

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambar Lokasi Penelitian

Kelurahan Kamalaputi merupakan salah satu kelurahan yang berada di kabupaten sumba timur yang merupakan wilayah bagian dari wilayah kerja puskesmas waingapu. Luas kelurahan ini 5.8km dengan ketinggian 45mpdl, kelurahan kamalaputi sendiri memiliki jumlah penduduk sebanyak jiwa 4.486 jiwa diantaranya penduduk laki-laki sebanyak 42.338 dan perempuan 2.48 jiwa dengan kepadatan penduduk sebanyak 773 per km, kamalaputi memiliki jumlah RT sebanyak 20 dan RW 6.

4.1.2 Data Umum Partisipan

Data umum dalam penelitian ini mencakup informasi mengenai usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan partisipan yang merupakan pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 di wilayah kerja Puskesmas waingapu.

Tabel 4. 1 Data Umum Partisipan

Karakteristik partisipan					
No	umur	Jenis	Tingkat	Jenis	Diagnosa
medis	(Tahun)	kelamin	pendidikan	pekerjaan	
1	56	p	SD	Ibu	
Diabetes Melitus				Rumah Tangga	
Tipe II					

Berdasarkan data yang diperoleh, diketahui bahwa partisipan yang diteliti berusia 56 tahun, berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan tingkat pendidikannya, partisipan merupakan lulusan Sekolah Dasar (SD), dan memiliki latar belakang pekerjaan sebagai Ibu rumah. Partisipan tersebut diketahui menderita Diabetes Mellitus Tipe 2.

4.1.3 Data Khusus Partisipan

Data khusus partisipan dalam penelitian ini mencakup informasi yang berkaitan dengan proses asuhan keperawatan, yaitu meliputi diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Data ini difokuskan pada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 dari wilayah kerja Puskesmas waingapu. Rincian data tersebut disajikan sebagai berikut:

4.2 Pengkajian

IDENTITAS KLIEN Nama (Inisial) : Ny.N

Umur (Tahun) : 56 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Suku/Bangsa : Indonesia

Agama : Islam

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Pendidikan : SD

Alamat : Kamalaputi

Penanggung : Askes/Astek/Jamsostek/JPS/Sendiri

IDENTITAS PENANGGUNGJAWAB KLIEN

Nama (Inisial) : Tn.A

Umur (Tahun) : 60

jenis Kelamin : Laki-laki

Suku/Bangsa : Indonesia

Agama : Islam

Pekerjaan : Petani

Pendidikan : Smp

Alamat : Kamalaputi

Hubungan dengan klien : Suami

I. RIWAYAT KESEHATAN

1.1 Keluhan Utama

Pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialami.

1.2 Riwayat Kesehatan (Penyakit) Sekarang

Pada saat di kunjungan rumah pasien mengatakan tidak Pada saat di kunjungan rumah pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialami.

1.3 Riwayat Kesehatan (Penyakit) Dahulu

Pasien mengatakan tidak ada penyakit dahulu

1.4 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi

1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

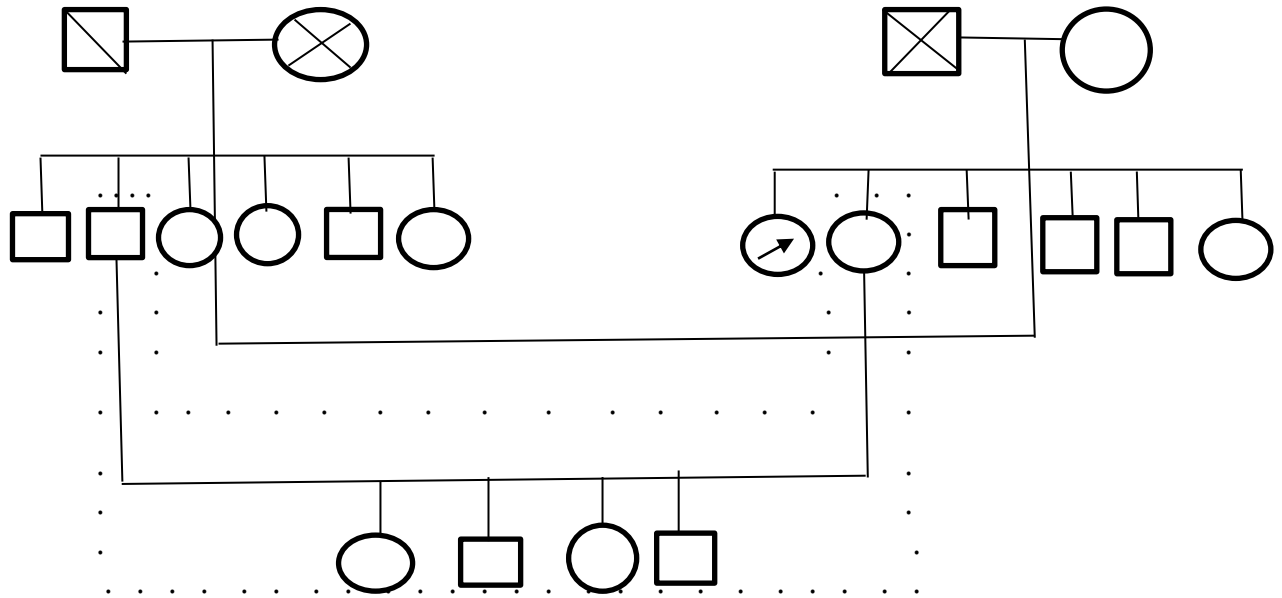
Pasien mengatakan ada riwayat kesehatan keluarga

1.6 Riwayat Penyakit Tropik

Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit tropis seperti Malaria, TBC, DBD.

1.7 Genogram

(Bagan 3 Turunan dan Keterangan)



Keterangan:

	= Meninggal laki-laki		= Pasien
	= Meninggal perempuan		= Garis perkawinan
	= Laki-laki		= Garis keturunan
	= Perempuan		= Tinggal serumah

1.8 Riwayat Kesehatan Lingkungan

Lingkungan sekitar rumah bersih

1.9 Riwayat Kesehatan Lainnya: Pasien Ibu (Keluarga Berencana)

Pasien menyatakan pernah KB

Alat bantu yang dipakai: -Gigi palsu :(tidak) -Kacamata : (tidak)

Lainnya (sebutkan):

1.10. Riwayat Psikososial dan Spiritual: Sosial/Interaksi:

Hubungan dengan klien (Tidak kenal)

Dukungan keluarga (aktif)

Dukungan kelompok/ teman/ masyarakat (aktif)

Reaksi saat interaksi (Tidak kooperatif/ bermusuhan/ mudah tersinggung/ defensive/ curiga/ kontak mata lainnya: Kooperatif, mudah di ajak komunikasi, kontak mata baik, tidak defensif

konflik yang terjadi terhadap (Peran/ Nilai/ lainnya):

pasien menerima kondisi sakit dengan sabar.

Spiritual:

Konsep tentang penguasa kehidupan (Tuhan/ Allah/ Dewa/ Lainnya):

Pasien menyakini bahwa Allah SWT adalah penguasa kehidupan dan segala sesuatu terjadi atas kehendaknya.

Sumber kekuatan/harapan saat sakit (Tuhan/ Allah/ Dewa/ Lainnya):

Allah SWT, doa dan dukungan keluarga menjadi sumber kekuatan dan harapan pasien.

Ritual agama yang bermakna/ berarti/ diharapkan saat ini (Sholat/ Baca kitab suci/ Lainnya):

Sholat 5 waktu, membaca AL-Quaran, berzikir dan berdoa untuk kesembuhan.

Sarana/ peralatan/ orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual agama yang diharapkan saat ini (Lewat ibadah Rohaniawan/ Lainnya):

Mukena\ sajadah, AL-Quran, serta dukungan keluarga

Upaya kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan agama (Makanan/ Tindakan Obat-obatan/ Lainnya):

Tidak ada, pasien menerima semua tindakan medis selama tidak bertentangan dengan ajaran islam.

Keyakinan/kepercayaan bahwa Tuhan akan menolong dalam menghadapi situasi sakit saat ini: (Ya)

Keyakinan/kepercayaan bahwa penyakit dapat disembuhkan: (Ya)

Persepsi terhadap penyebab penyakit (Hukuman Cobaan/ peringatan/ Lainnya):

Pasien menganggap penyakit sebagai cobaan dari Allah SWT dan percaya ada hikmah di baliknya.

POLA FUNGSI KESEHATAN

Hal Yang Dikaji	Sebelum sakit	DiRumah Sakit\Saat Ini
2.1 Pola Kognitif Persepsi	Pasien kurang memahami tentang penyakit DM dan tidak rutin kontrol kesehatan	Pasien mulai memahami penyakitnya, mengeluh sering kesemutan, pandangan kabur, dan luka sulit sembuh
2.2 Pola Nutrisi-Metabolik a) Antropometri ✓ BB ✓ TB ✓ IMT b) Biochemical ✓ Laboratorium focus nutrisi c) Clinical ✓ Tanda-tanda klinis rambut ✓ Turgor kulit ✓ Mukosa bibir ✓ Warna lidah (apakah ada ulcer) ✓ Konjungtiva anemis atau tidak) a) Diet ✓ Nafsu makan ✓ Jenis makanan ✓ Frekuensi makan ✓ Jenis Diet ✓ Mual/ Muntah/ Sariawan ✓ Minum (frekuensi, Jumlah, Jenis)	65 160 cm 29,3 Normal Normal Baik lembab lidah normal Tidak anemis Sering konsumsi makanan manis, nasi porsi besar, jarang olahraga. Sering konsumsi nasi porsi besar, makanan manis (teh manis, kue, gorengan 3x\hari Sering konsumsi makanan yang manis dan yang berminyak Tidak ada mual muntah, tidak ada sariawan Sering minum teh manis dan minum kemasaan.	60 160 23,4 Normal Normal Sedikit menurun Kering Lidah tampak kotor Tampak pucat Nafsu makan cukup, sudah mulai diet DM (rendah gula, rendah karbohidrat sederhana) Diet rendah gula, rendah karbohidrat sederhana, tinggi serat, porsi terkontrol 3x\hari Diet diabetes melitus (rendah gula dan kalori terkontrol) Tidak ada mual muntah, tidak ada sariawan Air putih +1500-2000
2.3 Pola Eliminasi		
a) BAK ✓ Frekuensi (x/hari) ✓ Warna ✓ Keluhan	Sering minum teh manis dan minum kemasaan.	Tidak ada mual muntah, tidak ada sariawan Air putih +1500-2000

✓ Penggunaan alat bantu (kateter/ lainnya) b) BAB ✓ Frekuensi (x/hari) ✓ Waktu (pagi/ siang/ malam/ tidak tentu) ✓ Warna ✓ Keluhan ✓ Konsistensi ✓ Penggunaan laxative ✓ Penggunaan alat bantu	8-10x\hari (sering,terutama malam hari \ nokturia) Kuning jernih Sering BAK (poliura) Tidak menggunakan kateter 1x\hari Pagi hari Kuning kecoklatan Tidak ada Lembek Tidak mengunakan Tidak ada	ml\hari. tidak konsumsi minuman manis 8-10x\hari (sering,terutama malam hari \ nokturia) Kuning jernih Sering BAK (poliura) Tidak menggunakan kateter 1x\hari Pagi hari Kuning kecoklatan Tidak ada Lembek Tidak menggunakan Tidak ada																																										
2.4 Pola Personal Hygiene ✓ Mandi (frekuensi) ✓ Oral hygiene (frekuensi) ✓ Cuci Rambut (frekuensi) ✓ Mengganti Pakaian (frekuensi) ✓ Penampilan umum	2x\hari 2x\hari 2-3x\minggu 2x\hari Bersih, rapi, kesadaran compos mentis	2x\hari 2x\hari 2-3x\minggu 2x\hari Bersih, rapi, kesadaran compos mentis																																										
2.5 Pola Aktivitas dan Latihan <table><tr><td>ADL</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr><tr><td>Makan\minum</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Toileting</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Mobilisasi dari tempat tidur</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Berpakaian</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Berpindah</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ambulasi</td><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 0: mandiri 1: dengan alat bantu 2: di bantu orang lain 3: di bantu orang lain dan alat 4: tergantung total	ADL	0	1	2	3	4	Makan\minum	0					Toileting	0					Mobilisasi dari tempat tidur	0					Berpakaian	0					Berpindah	0					Ambulasi	0					Mandiri	Mandiri
ADL	0	1	2	3	4																																							
Makan\minum	0																																											
Toileting	0																																											
Mobilisasi dari tempat tidur	0																																											
Berpakaian	0																																											
Berpindah	0																																											
Ambulasi	0																																											

2.5 Pola Istirahat dan Tidur ✓ Waktu ✓ Frekuensi ✓ Kebiasaan/ Ritual tidur ✓ Keluhan	+6-7jam\hari 1x tidur malam,kadang terbangun karna BAK Shoalat sebelum tidur Sering terbangun malam hari karena sering BAK Tidak ada	+6-7jam\hari 1x tidur malam,kadang terbangun karna BAK Shoalat sebelum tidur Sering terbangun malam hari karena sering BAK Tidak ada
2.7 Pola Peran-Hubungan (peran secara individu, perubahan peran atau tidak)	Pasien berperan sebagai ibu rumah tangga, dan aktif dalam kegiatan keluarga dan sosial.	Peran sedikit terganggu karena kondisi lemah dan harus menjalani perawatan. Aktivitas dibantu keluarga.
2.8 Pola Seksualitas-Reproduksi (Pemenuhan kebutuhan seksualitas dan reproduksi individu)	Kebutuhan seksual terpenuhi dengan baik, tidak ada keluhan.	Aktivitas seksual menurun karena kondisi fisik fisik lemah.
2.9 Pola Koping-Toleransi Stres (masalah, strategi penyelesaian, support sistem, solusi)	Masalah:pasien merasa cemas tentang penyakitnya dan takut terjadinya komplikasi. Strategi penyelesaian: shoalat,berdiskusi dengan keluarga,mengikuti anjuran tenaga kesehatan. Support system: keluarga (suami\istri\anak) sangat mendukung dan membantu kontrol rutin. Solusi: edukasi tentang DM,menjaga pola makan,olahraga teratur,minum obat rutin, kontrol gula darah,	Masalah:pasien merasa cemas tentang penyakitnya dan takut terjadinya komplikasi. Strategi penyelesaian: shoalat,berdiskusi dengan keluarga,mengikuti anjuran tenaga kesehatan. Support system: keluarga (suami\istri\anak) sangat mendukung dan membantu kontrol rutin. Solusi: edukasi tentang DM,menjaga pola makan,olahraga teratur,minum obat rutin, kontrol gula darah,
2.10 Pola Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan (Merokok/ konsumsi alkohol/	Pola makan tinggi gula dan karbohidrat Pasien tidak merokok	Pola makan tinggi gula dan karbohidrat Pasien tidak merokok

bergadang/ lainnya)	dan tidak konsumsi alkohol	dan tidak konsumsi alkohol
---------------------	----------------------------	----------------------------

III. PEMERIKSAAN FISIK (Inspeksi, Palpasi, perkusi, Auskultasi, Olfaksi)

3.1 Keadaan umum: kesadaran compos mentis, tampak lemah ringan, GCS 15 (E4 V5 M6)

3.2 Tanda-tanda vital

S : 36,7 C, (axilla)

N : 88x/mnt (Teratur)

TD : 120/90 mmHg (Lengan kanan)

RR : 20x/mnt (Normal)

3.3 Body Systems:

1) Pernapasan (B1: Breathing)

Hidung : tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung

Trachea : di tengah (tidak deviasi)

Suara tambahan : tidak ada

wheezing : Lokasi: tidak ada

ronchi : Lokasi : tidak ada

rales : Lokasi: tidak ada

crackles : Lokasi : tidak ada

Bentuk dada: (Normal chest)

Fokal fremitus : Normal, simetris kanan dan kiri

Lainnya (sebutkan) : tidak ada kelainan

2) Kardiovaskuler (B2: Bleeding)

Nyeri dada (tidak ada)

Pusing (tidak)

(kram kaki)

Lainnya (jika ada nyeri, lakukan pengkajian nyeri PQRST): tidak ada

Suara jantung: S1 S2 terdengar reguler

Ada kelainan: tidak ada murmur (sebutkan)

(Ekstremitas bawah)

Ada kelainan: edema ringan pada kaki kanan dan kiri (sebutkan)

Penggunaan alat bantu: tidak ada

Ictus cordis: Teraba di ICS V linea midclavicular kiri

Perkusi jantung: batas jantung normal

3) Persyarafan (B3: Brain)

(Composmentis)

Glasgow Coma Scale (GCS): E :4 V : M : 6 nilai total : 15

Parameter	Respon/ Reaksi	Skor
Mata /Eye (E)	▪ Membuka mata spontan	4
	▪ Membuka mata karena diajak berbicara/ dipanggil	3
	▪ Membuka mata karena rangsangan nyeri	2
	▪ Tidak ada respon	1
Verbal(V)	▪ Orientasi baik, dapat berbicara dengan lancar	5
	▪ Bingung	4
	▪ Kata-kata tidak sesuai	3
	▪ Suara tidak jelas (bergumam)	2
Motorik(M)	▪ Tidak ada respon	1
	▪ Mematuhi perintah	6
	▪ Melokalisir nyeri	5
	▪ Menghindari nyeri	4
	▪ Fleksi abnormal	3
	▪ Ekstensi abnormal	2

Ket:

Composmentis : Skor GCS 14-15

Apatis : Skor GCS 12-13

Delirium : Skor GCS 10-11

Somnolen : Skor GCS 7-9

Stupor : Skor GCS 4-6

Koma : Skor GCS 3

Kepala dan wajah : bentuk kepala simetris,tidak ada benjolan,wajah tampak lelah ringan.

Mata:

Sklera : (Putih)

Conjunctiva : (Merah muda)

Pupil : (Isokor)

Leher (sebutkan) tidak ada pembesaran kelenjar getah bening,tidak ada peningkatan JVP

Refleks (spesifik) :(+\+)

-Lainnya (sebutkan):tidak ada kelainan

Persepsi sensori: Pendengaran :

kiri : baik,tidak ada gangguan

kanan : baik,tidak ada gangguan

Penciuman : baik,dapat membedakan bau

Pengecapan : Manis: menurun

Asin: normal

Pahit: normal

Penglihatan : - kiri :sedikit kabur (riwayat gula darah tinggi)

kanan : sedikit kabur

Perabaan : Panas: menurun pada ekstremitas bawah Dingin: menurun pada telapak kaki Tekan: menurun pada telapak kaki Lainnya (jika ada nyeri pada B3, lakukan pengkajian nyeri PQRST):

P: saat istirahat malam hari

Q: seperti tertusuk\terbakar

R:telapak kaki kanan dan kiri

S:skala 2

T:hilang timbul

4).Perkemihan-Eliminasi Uri (B4: Bladder)

Produksi urine : 2500ml Frekuensi : 8x/hari Warna : kuning jernih Bau : khas urine

(Oliguri)(Poliuri)(Hematuri) (Tidak ada masalah) Lainnya (sebutkan jika ada masalah lain dan jika ada nyeri, lakukan pengkajian nyeri PQRST) abdomen (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi, Perkusi, Olfaksi): Pasien mengeluh sering buang air kecil terutama di malam hari (nocturia), tidak ada nyeri saat BAK.

5).Pencernaan-Eliminasi Alvi (B5: Bowel)

Mulut dan tenggorok (Inspeksi/ Olfaksi) : mukosa mulut bibir kering, bibir tampak kering, tidak ada sariawan, tidak ada bau mulut menyengat, tidak ada pembesaran tonsil. Abdomen (Inspeksi, Auskultasi, Palpasi, Perkusi, Olfaksi):

Inspeksi: abdomen simetris, tidak ada distensi

Auskultasi: bising usus normal (5-20x\menit)

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

Perkusi: timpani

Olfaksi: tidak ada bau abnormal

Rectum : tidak ada hemoroid, tidak ada perdarahan. BAB : 1x/ hari Konsistensi: lunak

(konstipasi) (tidak ada masalah)

Lainnya (sebutkan jika ada masalah lain dan jika ada nyeri, lakukan pengkajian nyeri PQRST): pasien kadang mengalami konstipasi ringan karena kurang aktivitas dan asupan serat kurang.

6).Tulang-Otot-Integumen (B6: Bone)

Kemampuan pergerakan sendi

- Paralise : (tidak)

- Parese : ya () tidak ()

- Lainnya (sebutkan) : gerakan sendi bebas namun terasa kesemutan pada kaki

Extremitas:

- Atas : (Tidak ada kelainan)

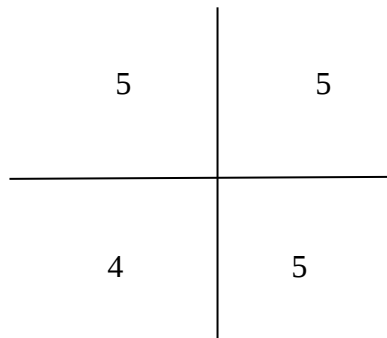
Lokasi : tidak ada

- Bawah : (tidak ada kelainan)

Lokasi: tidak ada

-Uji refleks: menurun pada ekstremitas bawah (neuropati perifer)

Kekuatan Otot:



Ket:

5 (100%) = Normal

4 (75%) =Dapat melawan gaya berat gravitasi dan tahanan ringan-sedang dari pemeriksa

3 (50%) =Dapat melawan gaya gravitasi tapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa

2 (25%) =Ada gerakan sendi, tidak dapat melawan tahanan minimal gravitasi

1 (10%) =kontraksi otot minimal (gerakan ujung jari)

0 (0%) =Paralisis, Tidak ada gerakan/ tidak ada kontraksi otot

Tulang belakang:normal, tidak ada kifosis berlebihan

Kulit:

-warna kulit:(pigmentasi)

-Akral : (Hangat)

-(Turgor : Baik)

Kuku:

-warna: putih

Panjang: pendek

simetris: simetris kebersihan: bersih kerapian: rapi tekstur:tebal bentuk:normal

kontur: halus kemerahan: tidak ada bengkak: tidak ada pus:tidak ada kista:tidak

ada tumor: tidak ada sianosis: tidak ada

-Palpasi: rasakan kekerasan dan ketebalan kuku: kuku terasa keras dan menebal,tidak mudah lentur

Periksa pengisian kembali pada kapiler (capillary refill): <2 detik normal

Lainnya (sebutkan jika ada masalah lain dan jika ada nyeri pada B6, lakukan pengkajian nyeri PQRST)

7) Sistem Endokrin

Pembesaran kelenjar tiroid: (Tidak)

Nafas berbau keton: (tidak)

(Poliuri) (Polipagia) (polidpsi)

Luka gangren: (Tidak)

Hasil pemeriksaan Laboratorium fokus endokrin: (GDS) : 319

8).Sistem Reproduksi

Kelamin:perempuan

-Kebersihan: (bersih)

Perempuan:

-Payudara: (simetris)

-Benjolan: (tidak ada)

-Kelamin : (normal)

-Keputihan: (tidak ada)

-Siklus haid: (4 hari teratur)

Lainnya (sebutkan jika ada masalah lain dan jika ada nyeri pada sistem reproduksi, lakukan pengkajian nyeri PQRST)

KLASIFIKASI DATA (Data Fokus)

Tgl Jam	Data Subjektif(DS)	Data Objektif(DO)
14\02\26 07.00	DS: Ny.N mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialami.	DO: Pasien tampak bingung

ANALISA DATA

DATA (DS DO)	MASALAH (Problem)	PENYEBAB (Etiologi)
DS: Ny.N mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dialami DO: Pasien tampak bingung	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan (D.0111)

4.3 Diagnosa Keperawatan

1. Defisit Pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi

4.4 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	Defisit Pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x8jam Di harapkan Tingkat pengetahuan membaik Dengan kriteria hasil: 7 Perilaku sesuai anjuran Menurun 8 Verbalisasi minat dalam belajar Menurun 9 Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang sesuatu topik Menurun 10 Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik Menurun 11 pertanyaan tentang masalah yang dihadapi Menurun 12 persepsi yang keliru terhadap masalah Menurun	<u>Edukasi kesehatan (1.12383)</u> Observasi 3 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 4 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 2 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan

4.5 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

No	Hari\tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1.	18\02\2026	Defisit Pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon: ibu tampak kooperatif duduk mendengarkan dan mengatakan siap mendengarkan penjelasan. 2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Respon: Pasien mengatakan belum memahami cara mengontrol kadar gula darah dan pentingnya pola hidup sehat dalam pengelolaan diabetes. 3. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan Respon: ibu menerima media leaflet, poster. 4. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Respon: ibu mengatakan bersedia menerima informasi lanjutan pada kunjungan berikutnya. 5. Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon: ibu mengatakan mengerti tetapi masih bingung 6. Menjelaskan faktor resiko risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Respon: ibu mengatakan tidak memahami cara menjaga pola makan	S: Ny.N mengatakan tidak mengetahui penyakit yang dialami O: Pasien tampak bingung A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi
2.	19\02\2026	Defisit Pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon: ibu tampak kooperatif duduk mendengarkan dan mengatakan siap mendengarkan 2. Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Respon: ibu mengatakan mengerti tetapi masih bingung 3. Menyediakan materi dan media	S: Ny.n mengatakan sudah mulai mengetahui penyakit yang dialami O: Pasien tampak bingung A: Masalah teratasi sebagian

			pendidikan kesehatan Respon: : ibu menerima media leaflet,poster. 4. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Respon: ibu mengatakan bersedia menerima informasi lanjutan pada kunjungan berikutnya 5. Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon:ibu mengatakan sudah mulai mengerti 6. Menjelaskan faktor resiko risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Respon:ibu mengatakan sudah mulai mengaja pola makan	P: Lanjutkan intervensi
3.	20/02\2026	Defisit Pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi	1 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon:ibu tampak kooperatif duduk mendengarkan dan mengatakan siap mendengarkan 2 Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Respon: ibu mengatakan mengerti tetapi masih bingung 3 Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan Respon: : ibu menerima media leaflet,poster. 4 Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan ibu mengatakan bersedia menerima informasi lanjutan pada kunjungan berikutnya. 5 Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon:ibu mengatakan sudah mengerti 6 Menjelaskan faktor resiko risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Respon:ibu mengatakan sudah bisa menjaga pola makan	S: Ny.n mengatakan sudah mengetahui penyakit yang dialami O:Pasien tampak mengerti A:Masalah sudah teratasi P: Hentikan intervensi

PEMBAHASAN

hasil studi kasus yang sudah dilakukan tentang penerapan Edukasi diet Seimbang pada pasien diabetes melitus tipe II dengan masalah keperawatan Defisit pengetahuan antara teori dengan kasus nyata asuhan keperawatan pada Ny.n dengan diagnose medis DM tipe 2 di wilayah kerja puskesmas waingapu. Berdasarkan pengkajian pada Ny.n tanggal 18 Februari 2026, penulis mengangkat 1(satu) diagnose keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini, proses keperawatan dibagi menjadi lima langkah, yaitu: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

Perencanaan Tahapan perencanaan memberikan peluang bagi perawat, pasien, keluarga, dan individu terdekat pasien untuk menyusun strategi tindakan keperawatan dalam menangani isu yang dihadapi pasien. Proses perencanaan ini berfungsi sebagai panduan tertulis yang secara akurat mencerminkan rencana tindakan keperawatan yang akan diterapkan pada pasien sesuai dengan kebutuhan berdasarkan diagnosis keperawatan. Fase perencanaan dikenal sebagai bagian krusial dari proses keperawatan karena ini merupakan langkah awal yang menentukan arah tujuan yang ingin dicapai, aktivitas yang akan dilakukan, serta siapa, kapan, dan bagaimana pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut. penyusunan rencana tindakan keperawatan untuk pasien, keluarga, dan individu terdekat harus melibatkan partisipasi secara maksimal. (Ii 2020)

Hal tersebut sesuai teori yang ditemukan oleh (Pokhrel 2024) yang menjelaskan bahwa gejala diabetes tipe 2 yaitu kelelahan, rasa lelah dapat muncul karna kadar gula tinggi dalam darah tidak dapat masuk optimal kedalam sel fungsi insulin menurun. Riwayat penyakit dahulu pasien menderita DM sejak 6 tahun yang lalu. Saat pengkajian, ditemukan bahwa keluarga belum mampu menjalankan perannya dengan baik dalam merawat dan mengenali masalah kesehatan yang dialami pasien.

Menurut (Kanda and Tanggo 2022) setelah didapatkan data dari pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh, maka dibuatlah analisa data dan membuat kesimpulan diagnose keperawatan. Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dengan menggunakan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (PPNI, 2020) adalah: Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi,

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.n dan sesuai dengan ketebatasan karakteristik dibuktikan pengangkatan diagnose pada buku SDKI(2020) maka penulis mengangkat 1(satu) diagnosa keperawatan yaitu: Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi hal ini di dukung oleh hasil pengkajian pada data subjektif didapatkan pasien mengatakan tidak tau tentang penyakit yang dia alami.

Menurut PPNI (2020), dalam pelaksanaan intervensi, dilakukan observasi untuk menilai kesiapan serta kemampuan klien dalam menerima informasi. Langkah ini bertujuan untuk memastikan pendekatan yang komprehensif sehingga kondisi klien benar-benar siap dalam menerima informasi yang diberikan. Selanjutnya, penyediaan materi dan media edukasi kesehatan dilakukan untuk meningkatkan pemahaman klien terhadap informasi yang disampaikan serta mempermudah proses edukasi kesehatan. Mengatur jadwal penyuluhan kesehatan berdasarkan kesepakatan bersama juga dinilai dapat meningkatkan kesiapan klien dalam menerima informasi serta membantu mereka lebih fokus saat mengikuti penyuluhan. Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengajukan pertanyaan menjadi langkah penting dalam mengidentifikasi bagian materi yang belum dipahami terkait penyakit diabetes melitus (DM). Implementasi intervensi keperawatan dilakukan guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara spesifik. Tahapan pelaksanaan dimulai setelah rencana intervensi disusun, dan ditujukan untuk membantu klien dalam mencapai hasil yang diharapkan (Ummah, 2020)

Berdasarkan hasil studi kasus di lakukan tanggal 18 februari 2026 yaitu edukasi diet dan pada saat edukasi diet kesehatan pasien mengatakan akan menjaga pola makanya dan keluarga pasien mengatakan akan lebih sering meningkatkan

kepada pasien untuk tidak mengkonsumsi makanan yang tidak boleh di konsumsi, pada saat edukasi kesehatan pasien dan keluarga tampak menyimak dan mengerti pokok bahasa yang telah di berikan dan Saat diberikan pertanyaan, pasien dan keluarganya mampu memberikan jawaban. Setelah peneliti melakukan edukasi diet peneliti melakukan pemeriksaan GDS dan hasilnya 119 mg/dl.

Evaluasi dalam keperawatan adalah tahap akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien sudah mencapai tujuan yang diharapkan. Pada tahap ini, perawat membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan keperawatan untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien. Evaluasi dilakukan secara terus-menerus dengan memperhatikan respons pasien, keberhasilan intervensi, serta masalah yang masih muncul. Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar untuk melanjutkan, mengubah, atau menghentikan tindakan keperawatan agar pelayanan yang diberikan lebih efektif dan sesuai dengan kebutuhan pasien.