

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu. Terdapat di Kabupaten Sumba Timur. Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu merupakan Rumah Sakit yang terakreditasi paripurna dengan nilai B yang terdiri dari 2 instalasi yaitu instalasi rawat jalan dan instalasi rawat inap. Instalasi rawat inap terdiri dari poli penyakit paru, poli saraf, poli beda, poli anak, poli gigi dan mulut, poli kebidanan dan poli KB, poli VCT, poli mata dan poli gizi. Instalasi rawat inap yaitu ruang dahlia untuk penyakit dalam, ruang kemuning ntuk kebidanan, ruang PICU untuk pasien anak - anak dengan masalah kesehatan yang emergenci, ruang perina untuk pasien baru lahir dengan masalah kesehatan, ruang ICU untuk pasien emergency ruang VIP dan utama ntuk semuua umur .

4.1.2 Ruang dahlia

Ruang dahlia adalah salah satu instalasi rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Umbu Rara Meha Waingapu yang dikhususkan untuk penyakit dalam dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 44 tempat tidur yang terdiri dari 3 kelas perawatan yaitu kelas satu terdiri dari 2 fruangan yaitu ruang rawat untuk pasien laki- laki memiliki 2 tempat dan ruang rawat untuk pasien perempuan memiliki 2 tempat tidur. kelas 2 terdiri dari 2 ruangan dan memiliki 5 tempat tidur untuk pasien laki- laki, dan 5 tempat tidur untuk pasien perempuan. Kelas 3 terdiri dari 4 ruangan yaitu 1 ruangan non infeksius untuk pasien laki- laki memiliki 5 tempat tidur, 1 ruangan non infeksius untuk pasien perempuan memiliki 7 tempat tidur, 1 ruangan

31 infeksius untuk pasien laki- laki memiliki 5 tempat tidur, 1 ruangan infeksius untuk pasien perempuan memiliki 5 tempat tidur dan ruang observasi yang memiliki 2 tempat tidur

4.1.2. Ketenagaan

Tenaga kerja di Ruang Dahlia RSUD umbu rara meha waingapu dengan penjabaran sebagai berikut .

Tabel 4.1 :Distribusi ketenagaan Ruang Dahlia RSUDA waingapu Pada bulan mei 2024

Jenis ketenagaan	Jumlah	%
S1	7	24
Perawat vokasional (DIII)	11	39
Perawat (SPK)	2	7
Admistrasi (SMA)	3	10
Cleaning service (SMA)	6	20

4.2. Hasil asuhan keperawatan

4.2.1. Pengkajian keperawatan

1. Pengkajian

Tabel 4.2.1 Identitas Pasien

Identitas klien	Hasil
Nama (insial)	NY.R
Umur (tahun)	45 tahun
Jenis kelamin	Perempuan
Suku/Bangsa	Sumba /indonesia
Agama	Kristen protestan
Pekerjaan	Ibu rumah tangga
Pendidikan	Smp sederajat
Penanggung jawab	BPJS
NO.Reg/RM	10xxxx
Tanggal/MRS	8 juni 2024
Diagnosa medis	DM tipe II

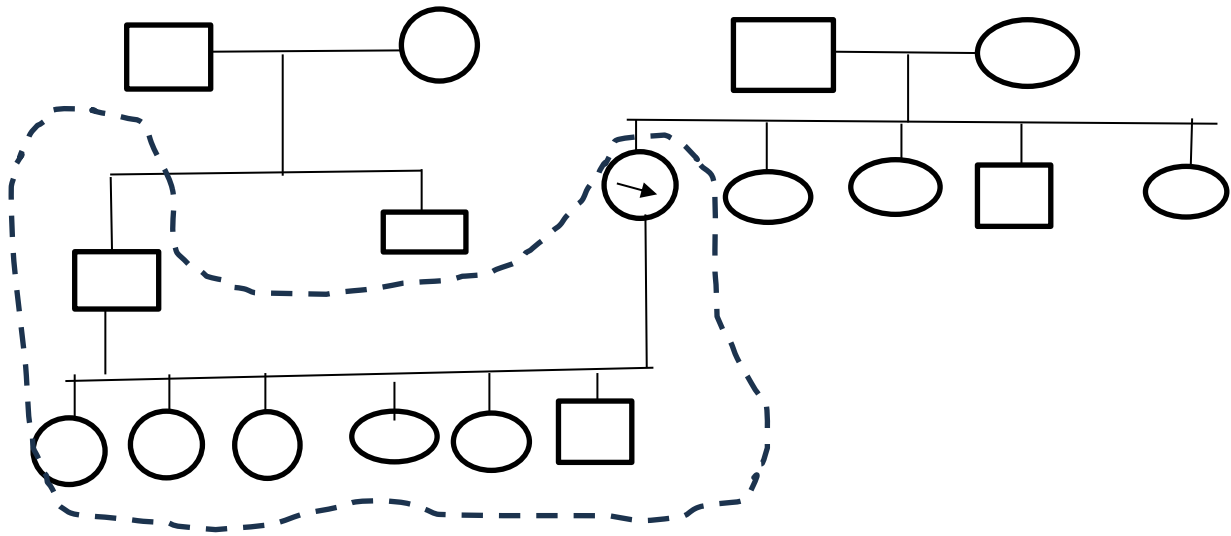
Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan hasil pengkajian pada klien Ny. R berjenis kelamin perempuan, berumur 45 tahun, beragama Kristen, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat di Kanatang, Sumba Timur, Indonesia. Nomor register XXXX, yang dirawat di RSUD Uumbu Rara Meha Waingapu

Tabel 4.2.2 Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan	Hasil
Keluhan utama	Pasien mengatakan sering BAK di malam hari dan merasa haus terus-menerus
Riwayat sekarang	Pada tanggal 8 juni 2024 jam 10.00 WITA merasakan lemas, dan kesemutan pada bagian kaki. Lalu di bawa ke UGD RSUD Uumbu Rara Meha Waingapu, saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sering merasa haus, terus-menerus, sering BAK di malam hari, merasa lemas dan lelah, kesemutan pada jari-jari kaki dan tangan. Pasien juga mengatakan tidak mengetahui pengobatan penyakit DM dan dilakukan pengukuran GDS dengan hasil GDS 449 mg / dl dan dipindahkan ke ruang dahlia pada tanggal 8 juni pukul 13.00 WITA. Dengan Tanda-tanda vital tekanan darah 160/ 80 mmhg, nadi 96x/menit, RR 22X/menit, saturasi oksigen 99% dan nilai GDS 400 mg/dl
Riwayat kesehatan dahulu	Pasien mengatakan 6 bulan yang lalu pernah mengalami penyakit hipertensi
Riwayat alergi	Klien mengatakan tidak ada alergi makanan, minuman, maupun obat-obatan
Riwayat kesehatan keluarga	Pasien mengatakan ada keluarga yang pernah menderita DM tipe II yang sama yaitu ayah pasien
Riwayat penyakit tropik	Klien mengatakan pernah mengalami penyakit tropik seperti malaria, dan DBD

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan hasil riwayat kesehatan pada klien Ny. R keluhan utama yang ditemukan pada klien yaitu pusing dan lelah dan sering merasa haus terus-menerus, Keluhan sekarang yang ditemukan pada klien didapatkan Riwayat kesehatan dahulu yang ditemukan pada klien pernah mengalami penyakit hipertensi

G.genogram (bagan tiga turunan dan keterangan)



Ket :

□ : laki-laki

○ : perempuan

— : garis turunan

----- : tinggal serumah

□ → : pasien laki- laki

○ → : pasien perempuan

□ // : meninggal laki-laki

○ // : meninggal perempuan

h. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, ada tempat sampah, rumput-rumput ada, serta di belakang rumah klien terdapat kandang kuda dan di sekitaran rumah terdapat beberapa pohon.

3. Riwayat Kesehatan Lainnya :

Pasien terlihat tidak menggunakan alat bantu seperti gigi palsu, kaca mata dan

lain sebagainya.

4.Riwayat Psikososial dan Spritual

Sosial/Interaksi dan Spiritual

Pasien mengatakan dukungan keluarga dan kurang, saat dilakukan pengkajian pasien tampak ko,operatif dan tidak terjadi konflik. Pasien percaya bahwa penguasa kehidupan dan sumber kekuatan saat ini adalah Tuhan Yesus. Ritual keagamaan yang diharapkan pasien saat ini adalah berdoa setiap hari , orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual agama yaitu rohaniawan. Pasien mengatakan tidak ada upaya Kesehatan yang bertantangan dengan keyakinan agama dan pasien percaya bahwa Tuhan akan menolong dalam menghadapi situasi saat ini. Pasien mengatakan bahwa penyebab penyakit saat ini adalah karena sistem kekebalan tubuh pasien yang mengalami penurunan sehingga pasien mudah terserang penyakit.

5.Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola Kognitif-Persepsi

Sebelum sakit pasien menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai ibu rumah tangga.Setelah sakit pasien tidak dapat menjalan kan tugas dan tanggung jawab tersebut.

a. Pola Nutrisi-Metabolik

1) Antropometri

Sebelum sakit berat badan pasien 60 Kg, tinggi badan 158 cm. Setelah sakit selama 1 minggu sebelum dirawat dirumah sakit berat badan pasein 59 kg, tinggi badan 158 cm. Saat dirawat dirumah sakit selama 6 hari berat badan pasien 58 kg, dan tinggi badan 158 cm.

Biochemical

2) Clinical

Sebelum sakit tanda-tanda klinis hitam pasien hitam, tebal dan tidak terdapat ketombe, tugor kulit Kembali < 2 detik (lengan bawah), mukosa bibir lembab berwarna merah muda, warna lidah merah muda serta terdapat lapisan putih di atas permukaan lidah dan konjungtiva tidak anemis. Setelah sakit rambut pasien tampak putih, tebal dan terdapat ketombe, tugor kulit Kembali < 2 detik (lengan bawah), mukosa bibir tampak kering, pucat, warna lidah merah muda serta terdapat lapisan putih di permukaan lidah dan konjungtiva tidak anemis.

3) Diet (makan dan minum)

Sebelum sakit pasien mengatakan biasa makan 3-4 kali sehari dan muda terasa lapar, jenis makanan yang di konsumsi nasi, sayur, telur dan kadang juga daging, pasien menyukai semua jenis makanan, pantangan atau alergi tidak ada, frekuensi makan 3x/hari (porsi makan dihabiskan) dan pasien tidak menjalani diet. Setelah sakit, frekuensi makan 3x/hari (porsi makan tidak dihabiskan) dan pasien tidak menjalani diet.

Pasien mengatakan sebelum dan sesudah sakit pasien mengatakan minum air sebanyak 7-8x/hari, 250 liter (dalam sekali minum) dan jenis minuman air putih

4) Mual/Muntah/Sariawan

Sebelum dan setelah sakit pasien mengatakan tidak memiliki keluhan mual, muntah dan sariawan.

5) Pola eliminasi (BAK dan BAB)

Pasien mengatakan sebelum sakit buang air kecil 4-5x/hari, warna kuning bening, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan alat bantu. Setelah sakit pasien buang air

kecil sebanyak 6-7x/hari, warna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan dan tidak menggunakan alat bantu.

Pasien mengatakan sebelum sakit buang air besar 1x/hari, konsistensi lembut mudah dikeluarkan, waktu pagi dan malam hari, warna kuning, tidak ada keluhan serta tidak menggunakan alat bantu dan laxative. Setelah sakit pasien buang air besar sebanyak 1x/hari, konsistensi padat mudah dikeluarkan, waktu tidak menentu, warna kecoklatan, tidak ada keluhan serta tidak menggunakan alat bantu dan laxative.

b. Pola Personal Hygiene

Pasien mengatakan sebelum sakit mandi 2x/hari, sikat gigi 1x/hari, cuci rambut 2x/minggu, mengganti pakaian 2x/hari dan penampilan umum pasien bersih dan rapi. Setelah sakit pasien mengatakan mandi 2 hari sekali, sikat gigi 1x/hari, pasien mengatakan selama sakit tidak pernah mencuci rambutnya, ganti baju 1x/hari dan penampilan umum pasien tampak kusam dan berantakan.

c. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien melakukan kegiatan secara mandiri dan tidak di bantu oleh orang lain. saat dirumah sakit makan dan minum dibantu oleh orang lain, toileting di bantu orang lain dan alat, mobilitas dari tempat tidur di bantu oleh orang lain, berpakaian mandiri, dan berpindah dibantu orang lain serta ambulasi di bantu oleh orang lain.

d. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum sakit tidur malam 7 jam, frekuensi tidur 1x/hari, ritual/kebiasaan tidur adalah berdoa dan tidak memiliki keluhan. Setelah sakit pasien tidur malam 5-6 jam, tidur siang 1-2 jam, frekuensi tidur 2-3x/hari,

ritual/kebiasaan tidur adalah berdoa dan pasien mengalami kesulitan tidur dan sering terbangun pada malam hari karena batuk dan sesak napas

e. Pola peran hubungan

Sebelum sakit pasien mengatakan dapat menjalankan tugas dan tanggung jawabnya sebagai ibu rumah tangga . Setelah sakit pasien mengatakan merasa cemas karena tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawabnya sebagai ibu rumah tangga.

f. Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam

g. Pola koping toleransi stress

Pasien mengatakan setelah sakit pasien merasa cemas sehubungan dengan keadaan saat ini dan tidak dapat menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai ibu rumah tangga, pasien mempercayakan pengobatan kepada tenaga kesehatan dan mendapatkan dukungan dari teman dan keluarga

h. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan sebelum dan sesudah sakit pasien tidak pernah mengonsumsi alcohol, merokok dan bergadang

6. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi, Olfaksi)

a. Keadaan umum:

Pasien tampak lemah pucat, tingkat kesadaran compasmentis GCS 15 (E:4, V :5, E:6) dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu suhu S : 36,5n °C, N : 96^x/_{mnt}, TD : 160/80 mmHg, dan RR 22^x/_{mnt}. GDS :400 mg/dl

b. Body system

1) Pernapasan (B1 : Breathing)

Pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak nafas ,irama nafas teratur tidak retrasi

otot pernafsan, tidak ad penggunaan alat bantu pernapasan.

2) Cardiovascular (B2 bleeding)

Inspeksi: bentuk simetris tidak ada kelainan atau masa toraks,tidak ada perubahan warna kulit, nafas bau keton, tidak ada lesi, tidak ada edema , saat diperkusi tidak ada cairan , masa, atau udara, saat diauskultasi suara nafas vaskuler, tidak ada suara tambahan seperti wheezing dan ronchi dan frekuensi nafas 12-20/ menit .

3) Persyarafan (B3 : Brain)

Tidak ada kejang atau lumpuh, pada pemeriksaan clonial nervus olpoktori pasien dapat membedakan aroma kopi dan minyak kayu putih, clonial optik pasien tidak menggunakan kacamata, kranial okolomotor pasien dapat mengontrol respon pupil terhadap cahaya, clonial tokler pasien dapat menggerakkan mata kearah bawah serta keluar dan kedalam. Klanial vestibulocochlear pasien tidak ada gangguan pada pendengaran dapat mendeteksi getarn dan volume, kranial glosssofaringgeal pasien dapat membedakan rasa asam, manis,pahit dan asin. perestasi pada jari- jari tangan dan kaki tingkat kesadaran *Composmentis* (CM) dengan nilai GCS 15 (E₄V₅M₆).

4) Kepala dan wajah

Tidak terdapat lesi di kepala dan wajah serta tidak terdapat edema. Mata tampak simetris, sklera putih bersih, conjungtiva merah muda, pupil isokor, pada leher tidak terdapat pembengkakan kelenjar tiroid dan tidak terdapat jejas

5) Persepsi sensori

Pasien dapat mendengar dengan jelas, telinga kiri dan kanan tampak bersih, tidak terdapat cairan serta dapat mendengar dengan jelas. Pasien dapat membedakan bau seperti : bau kopi dan parfum, pasien juga dapat membedakan

rasa pahit, asin, asam serta manis dan pasien dapat merasakan panas, dingin dan dapat merasakan tekanan pada permukaan kulit

6) Perkemihan-Eliminasi Urin (B4: Bladder)

Terdapat gangguan eliminasi urin seperti poliuri, Pasien mengatakan dalam sehari pasien BAK sebanyak 7-8 x/m, warna kuning pekat, bau amoniak dan tidak terdapat dan nyeri serta pasien tidak terpasang kateter.

7) Pencernaan-Eliminasi Alvi (B5: Bowel)

Mulut klien tampak bersih dan tidak tercium napas tidak sedap. Terdapat poliuria, polidipsia Saat dilakukan pemeriksaan pada abdomen saat di inspeksi tidak terdapat benjolan atau acites, auskultasi terdengar bising usus 8x/menit, palpasi tidak terasa nyeri tekan dan saat di perkusi terdengar suara timpani. Pasien mengatakan dalam sehari pasien BAB sebanyak 1 kali dengan konsistensi lunak serta mudah dikeluarkan, warna kuning dan tidak terdapat gangguan eliminasi seperti konstipasi dan diare

8) Tulang-Otot-Integumen (B6: Bone)

Kemampuan pergerakan sendi pasien mengatakan mampu mengerjakan semua anggota gerakanya, pasien tidak mengalami gangguan seperti paralise dan parese, jari kaki dan tangan lengkap (terdapat 5 jari yang terdiri dari ibu jari, jari telunjuk, jari tengah, jari manis dan kelingking) dan terdapat kelainan pada ekstremitas bawah kaki sering kesemutan dan nyeri , dan kekuatan otot 5555 | 4444

Tulang belakang : Pasien tampak bungkuk, kulit pasiet tampak berwarna sawo matang tidak terlihat ikterik, akral hangat dan tugor kuliy baik (kembali dalam < 2 detik lengan bawah).

9) Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, hiperglikemia GDS, 400 mg/dl.229mg/dl, tidak ada luka gangrenen

10) Sistem Reproduksi

Payudara tampak simetris, tidak terdapat benjolan, pasien mengatakan tidak mengalami keputihan dan siklus haid teratur.

7. pemeriksaan penunjang

Tabel 4.2.3. Pemeriksaan laboratorium

Tgl pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Hasil pemeriksaan	Nilai normal
	Lekosit	13.61	4.8-10.8 $10^3/\mu\text{l}$
	eritrosit	4.22	4.20-5.40 $10^6/\mu\text{l}$
	Hemaglobin	13.8.g/dl	14-18 g/dL
	Hematokrit	38.0%	37.0 – 54.0 %
	Glukosa sewaktu	449 mg/dl	< 200m g/Dl
	Ureum	25.9.mg/dl	19.3 – 49,2 mg//dL
	Creatinin	1.2.mg/dl	0,7 – 1.3 mg/dL
	HbA1c	10.5%	< 5,7 %

Berdasarkan hasil tabel laboratorium pada pengkajian awal pada Ny.R terjadi peningkatan kadar glukosa darah sewaktu yaitu 449mg/dl

Tanggal pemeriksaan 9 juni 2024

Hasil Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe II di Instalasi Rawat Inap Ruang Dahlia RSUD Umbu Rara meha Waingapu

Tabel 4.2.4. hasil pemeriksaan gula darah

Tanggal	Jam
	08.00
	12.00
10 Juni 2024	499 mg/dl
	400 g/ dl
11 Juni 2023	249 mg/dl
	297 mg/ dl
12 juni 2024	249 mg/dl
	189 mg/ dl

8. Terapi

Tabel 4.2.5 Terapi

NO	Nama obat dan dosis	Kandungan dalam obat	Manfaat
1.	NaCl 0.9% 20 TPM (IV Line)	Mengandung 39,34 g Na dan 60,69 g Cl.	Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi , isotonik ekstraseluler, depresi natrium dan juga dapat digunakan sebagai pelarut sediaan injeksi .
2.	Novorapid 3x 16 unit (Insulin)	Insulin aspart	Menurunkan gula darah
3.	Levemir 1x 16 unit (Insulin)	Insulin detemir	Meningkatkan kontrol glikemik pada penderita diabetes
4.	Metformin 2x500 mg per oral	Metformin 500 mg,	Mengontrol dan menurunkan kadar gula darah pada penderita diabetes tipe 2

Berdasarkan tabel 4.6 klien Ny.R mendapatkan terapi cairan NaCl 0,9 %, novorapid,levemir, dan metformin

Klasifikasi Data

Tabel 4.2.6. Klasifikasi Data (Data Fokus)

Data subjektif (Ds)	Data Objektif (DO)
<p>DS: Pasien mengatakan sering BAK dimalam hari dan merasa haus terus - menerus, kesemutan pada jari -jari kaki dan tangan, merasa lelah dan lemas.</p> <p>Pasien mengatakan tidak mengetahui cara pengobatan penyakit DM.</p>	<p>Pasien tampak lemas, pasien menanyakan cara pengobatan penyakit diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 15 (E:4, v:5,E: 6) - TD : 160/80 mmHg - RR: 22^x/_{mnt} - Suhu : 36,5n °C, - N : 96^x/_{mnt}, <p>Glukosa darah sewaktu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senin 10 juni 2024 jam 08.00 GDS :449 mg/dl, jam 12.00 GDS : 400mg/dl - Selasa 11 juni 2024 jam 08.00 GDS : 249 mg/dl . Jam 12.00 GDS : 297 mg/dl - Rabu 12 juli 2024 jam 08.00 GDS: 249 jam 12.00 GDS : 189

Analisa Data

Tabel 4.7 8 analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS: Pasien mengatakan sering BAK dimalam hari dan merasa haus terus -menerus DO: - GCS 15 (E:4, v:5,E: 6) - TD : 160/80 mmHg - RR: 22^x/mnt - Suhu : 36,5n °C, - N : 96^x/mnt, Glukosa darah sewaktu :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senin 10 juni 2024 jam 08.00 GDS :449 mg/dl, jam 12.00 GDS : 400mg/dl - Selasa 11 juni 2024 jam 08.00 GDS : 249 mg/dl . Jam 12.00 GDS : 297 mg/dl - Rabu 12 juli 2024 jam 08.00 GDS: 249 jam 12.00 GDS : 189 	Risistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosadarah (D.0027)
2	<p>DS: Pasien mengatakan tidak mengetahui cara pengobatan penyakit DM. DO: pasien menanyakan cara pengobatan penyakit diabetes</p>	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan D.0111

4.3. Diagnosa Keperawatan

Nama pasien :Ny. R

Nomor RM :xxxxx

Ruangan :DahliaTabel 4.3. diagnosa keperawatan

No Dx	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan (SDKI) (Berdasarkan Prioritas)	Tanggal Teratasi	Paraf Mahasiswa
(D.0027)	10 jni 2024	Ketidakstabilan kadar glukosadarah berhubungan dengan resistensi insulin	13 juni 2024	
(D.0111)	10 jni 2024	Defisit pengetahuan	13 juni 2024	

4.4. Intervensi keperawatan

Tabel 4.4. intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Ketidakstabilan kadar glukosadarah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil sbb; 6. Mengantuk menurun 7. Lelah / lesu menurun 8. Kadar glukosa darah membaik 9. Rasa haus menurun 10. Kadar glkosa dlam urin membaik	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi 11) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 12) Identifikasi situsai yang menyebabkan kebutuhan insulin menuingkat 13) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu. 14) Monitor tanda dan gejala, hiperglikemia 15) Monitor intake dan output cairan Terapeutik 16) Berikan asupan cairan oral

		<p>Edukasi</p> <p>17) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dL</p> <p>18) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>19) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>20) anjurkan pengelolaan diabetes.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian insulin</p>
<p>2 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi(D.0111)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat pengetahuan (L.12111) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>3. Kemampuan pengetahuan menjelaskan suatu topik atau masalah yang dihadapi meningkat</p> <p>4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p>	<p>Edukasi diet (I.12369)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi</p> <p>2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>3. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>4. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang di programkan</p> <p>Terapeutik</p> <p>7. Persiapkan materi, media dan alat peraga</p>

-
8. Berikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya

Edukasi

9. Jelaskan kepatuhan diet terhadap kesehatan
 10. Informasikan makanan yang di perbolehkan dan dilarang
 11. Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi
-

4.5. Implementasi keperawatan

Setelah pengkajian di lakukan pada Ny. R di RSUD Umbu Rara Meha Waingapu dapatkan masalah keperawatan yang di susun berdasarkan implementaasi keperawatan

Tabel 4.5. implementasi keperawatan

NO.DX	Tgl /jam	Implementasi dan respon	Paraf mahasiswa
(D.0027)	Senin 10 juni 2024 08.00	1 Memonitor kadar glukosa darah Respon : Glukosa daragh 449 mg/dl	
	08. 15	2 Memonitor tanda gejala hiperglekimia Respon : pasien mengatakan merasa haus terus- menerus , merasa lelah, dan mengantuk karena Susah tidur dimalam hari karena sering Buang air kecil.	
	09 .25	3 Memberikan cairan IV Respon : Pasien di berikan cairan NaCl0,9 % dengan 20 tpm	

	11.25	4	Memonitor kadar glukosa darah Respon : GDS :400 mg /dl
	12.00	5	Mengkalaborasi pemberian insulin novorapid 16 unit Respon : insulin telah diberikan
(D.0111)	Senin 10 juni 2024	1.	mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon : Pasien mengatakan siap untuk menerima informasi
	12.30		menerima informasi
	12.45		Mengidentifikasi tingkat pengetahuan pasien tentang cara pengobatan diabetes Respon: pasien mengatakan belum mengetahui cara pengobatan diabetes
	13.00	2.	Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu Respon : pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan yang manis, berminyak, dan berlemak
	13.15	3.	Menjelaskan tentang kepatuhan diet terhadap kesehatan Respon : pasien mengatakan setelah keluar dari Rumah Sakit akan mengatur pola makan
	14.00	4.	Memberikan kesempatan kepada klien untuk bertanya Respon : pasien menanyakan cara pengobatan diabetes secara mandiri
(D.0027)	Selasa, 11/06/20 24 08.00	1)	Memonitor kadar glukosa darah Respon: GDS : 249mg/dl
	08.30	2)	Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia Respon : pasien mengatakan lelah berkurang , rasa haus sedikit berkurang dan mengantuk berkurang.

11.20	3) Memonitor intake dan aput cairan Respon : Intake : 2000 ml Output : 1700 Ml BC : + 300 m
11.30	4) Memonitor kadar glukosa darah Respon: 297 mg/dl
12.00	5) Mengkalaborasi pemberian insulin novorapid 16 unit Respon: Insulin telah diberikan
13.00	Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
-	
(D.0111) Selasa 11/06/20 24 13.20	5. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon : Pasien mengatakan siap untuk menerima informasi, Pasien mampu memberikan penjelasan mengenai penyakit yang dialami
13.45	- Menjelaskan hubungan asupan makanan, latihan peningkatan dan penurunan berat badan Respon : Pasien mengatakan akan mengurangi mengomsumsi makanan yang berminyak. Makan manis,dan berlemak yang dapat meningkatkan berat badan dan kadar gula darah
(D.0027) Rabu,12/ 06/2024 Jam 08.00	1. Memonitor kadar glukosa darah Respon :GDS : 249 mg/dl
09.00	2. Memonitor tanda dan gejala hiperglekimia Respon : pasien mengatakan lelah, haus menurun, dan mengantuuuk menurun.
12.00	3. Mengkalaborasi pemberian insulin novorapid 16 unit Respon: insulin telah diberikan
13.00	4. Memonitor kadar glukosa darah Respon: GDS : 189 mg/dl

13.20	5. Mengajarkan cara menggunakan insulin novarapid, dosis, waktu, dan rute, secara mandiri Respon : pasien mampu menjelaskan materi yang disampaikan
(D.0111) Rabu,13/06/2024 Jam 13.10	1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon: Pasien tampak memahami dan mampu mengulang penjelasan
	2. Menjelaskan hubungan asupan makanan, latihan peningkatan dan penurunan berat badan Respon : Pasien mengatakan akan mengurangi mengomsumsi makanan yang berminyak. Makan manis,dan berlemak yang dapat meningkatkan berat badan dan kadar gula darah
14.00	4. Menjelaskan cara pengobatan diabetes secara mandiri Respon : pasien mengatakan suda paham tentang pengobatan DM

Berdasarkan tabel diatas Implementasi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien Ny.R dilakukan selama 3 hari di rumah sakit pada tanggal 10 juni -12 Maret 2024

4.6. Evaluasi keperawatan

Tabel 4.6. evaluasi keperawatan

Hari / tanggal	Diagnosis keperawatan	Evaluasi (SOAP)	paraf
Senin , 10 juni 2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan lelah atau lesu, kadar glukosa dalam darah atau urine tinggi (D.0027)	<p>S: Pasien mengatakan terkadang merasa Lelah</p> <p>O: GDS pukul 12.00 wita (449 mg/dl)</p> <p>A: masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kadar glukosa darah 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi 3. pemberian insulin novorapid 3×16 unit secara sc 	
	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangterpapar informasi (D.0111)	<p>S: Pasien mengatakan tidak mengetahui bahwa pasien mengalami kencing manis biasa di sebut DM</p> <p>O: Pasien terlihat tidak tenang</p> <p>A: Tingkat pengetahuan belum meningkat</p> <p>P:Lanjutkan intervensi Lakukan pendidikan kesehatan</p>	
Selasa 11 juni 2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungandengan resistensi insulin ditandai dengan lelah atau lesu, kadar glukosa dalam darah atau urine tinggi (D.0027)	<p>S: Pasien mengatakan masih sering merasa lelah</p> <p>O: GDS pukul 12.00 wita (sebelum makan) 297 mg/dl Kulit terlihat kering Pemberian insulin novorapid 3×16 unit secarasc</p> <p>A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah sedikit teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor kadar glukosa darah - pemberian insulin novorapid 3×16 unit secara sc 	

	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kuran terpapar informasi (D.0111)	<p>S : Pasien mengatakan memahami mengenai cara pengobatan secara mandiri</p> <p>O: pasien dapat mengulang beberapa informasi yang telah disampaikan</p> <p>A: Tingkat pengetahuan cukup meningkat P: Lanjutkan intervensi Lakukan pendidikan kesehatan</p>
Rabu 12 juni 2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan lelah atau lesu, kadar glukosa dalam darah atau urine tinggi (D.0027)	<p>S: Pasien mengatakan lelah sudah mullai berkurang Pasien memahami pengelolaan Diabetes Melitus</p> <p>O: Pasien memahami pengelolaan DM Pasien mampu mengulang penjelasan yang di berikan GDS pukul 12.00 wita (sebelum makan) 180 mg/dl Kulit terlihat kering - Pemberian insulin Novorapid 3 ×16 unit secara sc</p> <p>A: Kestabilan kadar glukosa darah meningkat</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kuran terpapar informasi (D.0111)	<p>S:Pasien mengatakan sudah mulai paham mengenai cara pengobatan penyakit DM yang telah di sampaikan</p> <p>O: pasien mengatakan sudah paham tentang pengobatan DM</p> <p>A: Tingkat pengetahuan meningkat P: Intervensi dinentikan</p>

Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien. Evaluasi dilakukan terus- menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan .

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan akan diuraikan kesenjangan -kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan asuhan keperawatan pada ny. R. Dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah di RSUD Umu Rara Meha Waingapu. Pembahasan ini akan di bahas sesuai dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan , implementasi dan evaluasi keperawatan

4.2.1 Pengkajian

Pada pembahasan kasus ini penulis akan membahas tentang masalah keperawatan yang sesuai dengan teori dan hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.r dengan kasus penyakit Diabetes Mellitus type II yang dilakukan pada 10 juni sampai 12 juni 2024 di ruang dahlia RSUD Umu Rara Meha Waingapu. Tindakan yang dilakukan pada pasien meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Adapun sesuai dengan teori bahwa pasien yang mengalami penyakit Diabetes Mellitus dapat ditemukan diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah dan deficit pengetahuan, berikut pembahasan mengenai diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien saat melakukan asuhan keperawatan selama 3×8 jam.

4.2.1 Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi

insulin dibuktikan dengan lelah, kadar glukosa darah tinggi (D.0027)

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018) Ketidakstabilan kadar glukosa darah (Hiperglikemia) memiliki definisi variasi kadar glukosa darah naik dari rentang normal yang ditandai dengan gejala dan tanda mayor yaitu mengeluh lelah/lesu dan kadar glukosa dalam darah /urin tinggi. Pada pengkajian didapatkan diagnosis keperawatan pada Ny. R yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Hal ini sesuai dengan teori yang terdapat pada buku SDKI dengan data yang didapatkan pada Ny.R mengeluh lelah, merasa haus terus, dan sering BAK di malam hari, kadar GDS jam 08:00 449 = mg/dl, kadar GDS 12:00 =449 mg/dl. Pada Ny.R didapatkan data yang menunjang untuk diangkat diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Menurut Kemenkes, (2020), Diabetes mellitus (DM) type II adalah jenis yang paling banyak dikenal luas, rata-rata penderita DM berumur ≥ 30 tahun, pada DM type II pankreas mampu menghasilkan insulin, namun sifat insulin yang dihasilkan buruk dan tidak dapat bekerja seperti yang diharapkan sebagai kunci untuk memasukkan glukosa (gula darah) ke dalam sel, Dengan demikian terjadi peningkatan glukosa dalam darah. Peluang lain terjadinya DM type II adalah bahwa jaringan tubuh dan sel otot pasien tidak peka secara efektif terhadap (obstruksi insulin) sehingga glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel dan dalam jangka panjang menumpuk dalam aliran darah (Kemenkes, 2020) .

Menurut pendapat penulis terjadinya ketidakstabilan kadar glukosa karena terjadi resistensi insulin sehingga tidak bisa mengubah glukosa menjadi sumber energi dan tertumpuknya glukosa di dalam darah menjadi hiperglikemia.

Perencanaan asuhan keperawatan yang akan di berikan pada Ny.R. dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin meliputi mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda, gejala hiperglikemia, memberikan cairan oral, mengajarkan pengelolaan diabetes (penggunaan insulin, obat oral) , monitor asupan cairan, menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, dan kolaborasi pemberian insulin dan cairan IV. Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam, yaitu pada Ny.R dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan GDS 08:00 = 180 mg/dl, GDS 12:00 = 297 mg/dl menunjukkan mulai stabil tetapi masih dalam keadaan dipantau, , pasien diberikan edukasi mengenai pengelolaan diabetes berupa tetap menjaga pola makan, rutin minum dan melakukan olahraga menganjurkan mengecek kadar glukosa darah secara mandiri.

Hasil perbandingan pada Ny.R dengan diagnosis keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah mengalami kenaikan dan penurunan glukosa darah sejak 3 hari yang lalu dan pada hari ke 3 perawatan. Perbedaan lamanya penurunan kadar glukosa darah dipengaruhi oleh umur, pola makan, penyakit yang menyertai, kepatuhan minum obat dan pola makan serta juga mengalami penurunan fungsi pancreas, dan tidak minum obat dan kontrol, untuk pola makan membatasi gula masih rendah. Perbandingan pada Ny.R yaitu memiliki riwayat hipertensi yang dimana hipertensi dapat mempengaruhi sekresi insulin di pankreas yang meningkatkan kadar gula darah, serta pola hidup pasien tidak sehat selama ini dan tidak mengetahui kalau memiliki diabetes mellitus.

4.2.3 Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

(D.0111)

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI,2018), defisit pengetahuan memiliki definisi tidak adanya atau kurangnya informasi yang kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dan dapat disebabkan karena keterbatasan kognitif, kurangnya terpapar informasi, ketidaktahuan menemukan sumber informasi dan lain sebagainya. Terdapat gejala dan tanda mayor yaitu pasien menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan anjuran dan menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

Pada saat pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan pada NY. R yaitu defisi pengetahuan. Hal ini sesuai dengan teori yang didapatkan pada buku SDKI dengan data yang didapatkan Ny.R, pasien menyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku yang keliru terhadap masalah, didapatkan data yang menunjang untuk diangkat diagnosis defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi. (Menurut Mubarak 2015), mengatakan bahwa dalam memberikan pendidikan kesehatan agar dapat mencapai tujuan harus diperhatikan beberapa hal di antaranya yaitu materi atau pesan dan metode yang disampaikan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti. Penelitian yang dilakukan oleh (Yusyaf 2013) menunjukkan bahwa adanya peningkatan pengetahuan keluarga setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media lembar balik.

Tingginya jumlah penderita DM di sebabkan oleh gaya hidup, tingkat pengetahuan yang rendah dan kurangnya kesadaran untuk melakukan deteksi dini, pola makan yang ke barat-baratan di mana banyak mengandung protein, lemak, gula dan garam tetapi sedikit mengandung serat (Fatmawaty, 2017). Menurut pendapat penulis memberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga gaya hidup,

dan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit pasien. Dan saat di hari ketiga, pasien mengungkapkan betapa pentingnya menjaga pola makan ataupun gaya hidup. Dengan menjaga gaya hidup, dapat mencegah penyakit datang dan dapat menjaga kesehatan. Perencanaan asuhan keperawatan yang akan di berikan pada pasien 2 dengan masalah keperawatan deficit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi, meliputi Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan bertanya.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam pada NY.R masalah deficit pengetahuan teratasi dengan klien mengatakan mengerti cara pengobatan penyakit diabetes dan mengetahui cara menjaga kadar glukosa agar stabil.

Hasil perbandingan pada diagnose keperawatan deficit pengetahuan pada Ny.R memiliki kesamaan yaitu tidak mengetahui cara pengobatan diabetes melitus penyakit diabetes mellitus.