

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Umbu Rara Meha Waingapu, yang terletak di Kabupaten Sumba Timur, telah meraih akreditasi paripurna dengan predikat B. Fasilitas ini menyediakan dua layanan utama, yaitu instalasi rawat jalan dan instalasi rawat inap. Pelayanan rawat jalan mencakup berbagai poliklinik spesialis, di antaranya poliklinik paru, saraf, penyakit dalam, bedah, anak, gigi dan mulut, kebidanan dan keluarga berencana (KB), VCT, mata, serta gizi. Sementara itu, layanan rawat inap terdiri dari sejumlah ruang perawatan khusus, seperti Ruang Dahlia yang dikhususkan untuk pasien penyakit dalam, Ruang Kemuning untuk pelayanan kebidanan, Ruang PICU bagi anak-anak dengan kondisi kritis, serta Ruang Perina untuk perawatan bayi baru lahir dengan masalah kesehatan. Selain itu, terdapat Ruang ICU untuk pasien dalam kondisi gawat darurat, serta Ruang VIP dan Ruang Utama yang melayani pasien dari berbagai kelompok usia.

4.1.1 Ruang Dahlia

Ruang Dahlia merupakan salah satu unit rawat inap di Rumah Sakit Umum Umbu Rara Meha Waingapu yang difokuskan pada penanganan pasien dengan penyakit dalam. Ruang ini memiliki kapasitas total sebanyak 44 tempat tidur yang terbagi ke dalam tiga kelas perawatan. Kelas 1 terdiri atas dua kamar, masing-masing untuk pasien laki-laki dan perempuan, dengan kapasitas dua tempat tidur per kamar. Kelas 2 juga

memiliki dua kamar, masing-masing diperuntukkan bagi pasien laki-laki dan perempuan, dengan kapasitas lima tempat tidur pada setiap kamar. Sementara itu, kelas 3 terdiri dari empat kamar, yang mencakup: satu kamar non-infeksius untuk pasien laki-laki dengan lima tempat tidur, satu kamar non-infeksius untuk pasien perempuan dengan tujuh tempat tidur, satu kamar infeksius untuk pasien perempuan dengan lima tempat tidur, serta empat kamar isolasi khusus bagi pasien dengan penyakit menular, masing-masing berkapasitas dua tempat tidur. Selain itu, tersedia pula ruang observasi dengan dua tempat tidur untuk pemantauan kondisi pasien.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Maret 2025 terhadap pasien bernama Ny. R, seorang perempuan berusia 67 tahun. Pasien berasal dari suku Sumba, berkewarganegaraan Indonesia, beragama Katolik, bekerja sebagai petani, pendidikan SMA, dan tinggal di Kambajawa, Waingapu.

1. Identitas Penanggung Jawab

Penanggung jawab pasien adalah anak perempuan bernama Ny. M, berusia 35 tahun. Ia berasal dari suku Sumba dan berkewarganegaraan Indonesia. Ny. M beragama Katolik, berprofesi sebagai ibu rumah tangga, memiliki pendidikan terakhir hingga SMA, dan bertempat di Kambajawa, Waingapu.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan lemas

b. Riwayat Kesehatan (penyakit) sekarang

Pasien mengeluhkan rasa lemas, pusing, haus berlebihan, serta pandangan yang mulai kabur. Ia juga melaporkan frekuensi buang air kecil lebih dari 8 kali per hari, mudah lelah saat beraktivitas, dan sering mengalami kesemutan. Pasien tidak menjalani pola diet khusus, jarang berolahraga, makan seadanya, serta belum memahami konsep diet seimbang.

c. Riwayat Kesehatan (penyakit) Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes melitus dan hipertensi

d. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, minuman, obat-obatan, maupun terhadap perubahan suhu, baik dingin maupun panas.

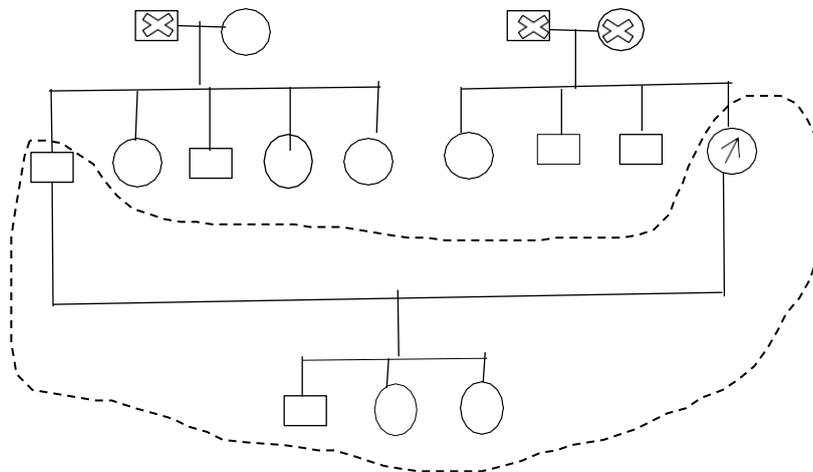
e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami sakit seperti yang diderita

f. Riwayat Penyakit Tropik

pasien mengatakan tidak pernah terkena penyakit tropik

g. Genogram (bagan 3 turunan dan keterangan)



Keterangan:

○ : laki laki

□ : perempuan

X : Anggota keluarga yang meninggal

| : garis keturunan

— : hubungan pernikahan

- - - - - : tinggal serumah

h. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan riwayat kesehatan lingkungan bersih

3. Riwayat Kesehatan Lainnya :

Pasien terlihat tidak menggunakan alat bantu, seperti gigi palsu, kacamata dan lain sebagainya.

a. Riwayat Psikososial dan Spritual Sosial/Interaksi dan Spritual

Pasien menyatakan bahwa dirinya senantiasa menerima dukungan dari keluarga serta lingkungan sekitar. Selama proses pengkajian berlangsung, pasien menunjukkan sikap kooperatif dan tidak

memperlihatkan adanya konflik internal. Secara spiritual, pasien meyakini Tuhan Yesus sebagai pusat kehidupannya dan sumber utama kekuatan yang menjadi pegangan dalam menghadapi kondisi saat ini. Pasien berharap dapat melakukan aktivitas keagamaan berupa doa dan menginginkan kehadiran rohaniawan untuk mendampingi pelaksanaan ritual tersebut. Selain itu, pasien menegaskan bahwa tidak ada intervensi atau tindakan medis yang bertentangan dengan keyakinan agamanya. Ia meyakini bahwa Tuhan akan memberikan pertolongan dalam menghadapi kondisi kesehatannya. Menurut pasien, penyebab penyakit yang dialaminya saat ini adalah kebiasaan mengonsumsi makanan manis secara berlebihan

4. Pola fungsi kesehatan

a. Pola kognitif-persepsi

Sebelum mengalami sakit, pasien aktif menjalankan peran dan tanggung jawabnya sebagai seorang petani. Namun, sejak mengalami gangguan kesehatan, pasien tidak lagi mampu melaksanakan aktivitas tersebut karena kondisi tubuh yang melemah.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

1) Antropometri

Sebelum sakit, berat badan pasien tercatat sebesar 55 kg dengan tinggi badan 155 cm. Namun, setelah mengalami gangguan kesehatan, berat badan pasien menurun menjadi 49 kg, sedangkan tinggi badan tetap sama, yaitu 155 cm. Penurunan berat badan ini menunjukkan adanya kemungkinan ketidakseimbangan antara asupan dan kebutuhan nutrisi, yang

dapat berdampak pada status metabolik pasien secara keseluruhan.

a) Biochemical

Tidak dilakukan pemeriksaan.

b) Clinical

Sebelum sakit, kondisi klinis pasien menunjukkan rambut berwarna hitam, tebal, dan tampak bersih. Turgor kulit pada lengan bawah kembali dalam waktu kurang dari 2 detik. Mukosa bibir tampak lembap dan berwarna merah muda. Lidah berwarna merah muda dengan lapisan putih di permukaannya, serta konjungtiva menunjukkan tanda-tanda anemia. Setelah sakit, rambut pasien masih tampak hitam dan tebal, namun terlihat kotor. Turgor kulit tetap kembali kurang dari 2 detik. Mukosa bibir tampak kering dan pucat. Lidah tetap berwarna merah muda dengan lapisan putih di permukaan, dan konjungtiva masih menunjukkan kondisi anemia.

5. Diet (Makan Dan Minum)

Sebelum jatuh sakit, pasien menyatakan memiliki nafsu makan yang baik. Jenis makanan yang biasa dikonsumsi meliputi nasi, sayur, telur, dan sesekali daging. Pasien menyukai semua jenis makanan, tidak memiliki pantangan, serta tidak memiliki riwayat alergi makanan. Frekuensi makan adalah tiga kali sehari dengan porsi makan selalu dihabiskan. Pasien juga tidak menjalani diet khusus. Setelah sakit, pasien mengalami penurunan nafsu makan.

Jenis makanan yang dikonsumsi masih meliputi nasi, sayur, dan ikan. Frekuensi makan tetap tiga kali sehari, namun porsi makanan tidak selalu dihabiskan. Pasien tetap tidak menjalani diet tertentu. Pasien juga menyatakan bahwa baik sebelum maupun sesudah sakit, ia mengonsumsi air putih sebanyak 4–8 kali per hari, dengan takaran sekitar 350 ml setiap kali minum.

6. Mual/Muntah/Sariawan

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

7. Pola eliminasi (BAK dan BAB)

Pasien mengatakan bahwa sebelum mengalami sakit, frekuensi buang air kecil berkisar antara 4-5 kali sehari dengan warna urin kuning jernih, tanpa keluhan dan tanpa menggunakan alat bantu. Setelah sakit, frekuensi buang air kecil menurun menjadi 3-4 kali sehari dengan warna urin yang berubah menjadi kuning kecoklatan, namun tetap tanpa keluhan dan tanpa pemakaian alat bantu. Sedangkan untuk buang air besar, pasien menyatakan bahwa sebelum sakit, frekuensi BAB adalah dua kali sehari, yakni pada pagi dan malam hari, dengan konsistensi tinja yang lembut, mudah dikeluarkan, berwarna kuning, serta tanpa keluhan dan penggunaan alat bantu maupun laksatif. Setelah sakit, frekuensi buang air besar menurun menjadi satu kali sehari dengan konsistensi tinja yang padat namun masih mudah dikeluarkan, warna berubah menjadi kecoklatan dengan waktu

yang tidak menentu, serta tetap tanpa keluhan dan tanpa penggunaan alat bantu maupun laxative.

8. Pola Personal Hygiene

Pasien mengatakan sebelum sakit rutin menjaga kebersihan diri dengan mandi 2x/hari, menyikat gigi 2x/hari, mencuci rambut 3 kali dalam seminggu, dan mengganti pakaian dua kali sehari penampilan umum pasien terlihat bersih dan rapi. Setelah sakit, kebiasaan mandi dan menyikat gigi tetap dua kali sehari, mencuci rambut tetap tiga kali seminggu, namun frekuensi mengganti pakaian menurun menjadi satu kali sehari penampilan umum pasien tampak terawat dibanding sebelumnya.

9. Pola Aktivitas dan Latihan.

Sebelum sakit, pasien mengatakan mampu melakukan aktivitas sehari-hari dan menjaga kebersihan diri secara mandiri tanpa bantuan orang lain. Namun, setelah sakit, pasien tidak dapat mandi sendiri dan membutuhkan bantuan dari anaknya karena merasa sangat lemas saat berjalan.

10. Pola Istirahat Dan Tidur

Sebelum sakit, pasien mengatakan memiliki waktu tidur malam sekitar 7 jam dengan frekuensi tidur satu kali sehari. Pasien memiliki kebiasaan berdoa sebelum tidur dan tidak mengalami gangguan tidur. Setelah sakit, durasi tidur malam berkurang menjadi 5–6 jam, ditambah tidur siang selama 1–2 jam, sehingga frekuensi tidur meningkat menjadi 2–3 kali sehari. Pasien tetap mempertahankan kebiasaan berdoa sebelum tidur, namun kini mengalami gangguan tidur berupa kesulitan untuk tidur dan sering terbangun di malam hari akibat sering buang air kecil.

11. Pola Peran Hubungan

Sebelum sakit, pasien mampu menjalankan tugas dan tanggung jawabnya sebagai seorang petani dengan baik. Namun, setelah sakit, pasien tidak lagi dapat melaksanakan pekerjaan dan tanggung jawab tersebut

12. Pola Seksual Reproduksi

Pasien mengatakan sudah menikah

13. Pola Koping Toleransi Stres

Setelah mengalami gangguan kesehatan, pasien menyatakan merasa cemas mengenai kondisi tubuhnya saat ini serta keterbatasannya dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab sebagai petani. Namun, pasien tetap menunjukkan keyakinan yang kuat terhadap tenaga medis yang merawatnya dan menerima dukungan emosional yang positif dari keluarga serta lingkungan sosial di sekitarnya.

14. Pola Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien mengatakan bahwa baik sebelum maupun setelah sakit, ia tidak pernah mengonsumsi alkohol, merokok, ataupun begadang.

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

a. **Keadaan umum** : pasien tampak sakit sedang dengan hasil pemeriksaan

tanda-tanda vital menunjukkan suhu tubuh 36,8°C, denyut nadi 110 kali per menit, tekanan darah 142/89 mmHg, dan frekuensi napas 22 kali per menit

b. *Body Systems* :

c. Pernapasan (B1 : Breathing)

Pada pemeriksaan sistem pernapasan, didapati kondisi normal tanpa adanya pergeseran posisi trakea. Tidak terdapat suara napas tambahan. Pola pernapasan pasien cenderung cepat dan dangkal dengan irama yang teratur. Bentuk dada simetris dan vokal fremitus terasa merata di seluruh area paru-paru.

d. Kardiovaskuler (B2 : Bleeding)

Pasien mengeluhkan merasa lemas, pusing, dan sering merasa haus. Hasil auskultasi menunjukkan bunyi jantung S1 dan S2 terdengar tunggal dan normal, tanpa adanya kelainan. Ictus cordis tidak tampak saat pemeriksaan.

e. Persyarafan (B3 : Brain)

Pasien dengan tingkat kesadaran *Composmentis* (CM) dengan nilai GCS 15 (E4V5M6).

f. Kepala dan wajah

Tidak ditemukan lesi maupun edema pada kepala dan wajah pasien. Kedua mata tampak simetris dengan sklera berwarna putih bersih, namun konjungtiva menunjukkan tanda-tanda anemia. Pupil berukuran sama (isokor). Pemeriksaan leher tidak mengungkapkan adanya pembesaran kelenjar tiroid maupun lesi.

g. Presepsi sensori

Pasien menunjukkan fungsi pendengaran yang baik pada kedua telinga, yang tampak bersih tanpa adanya cairan, serta kemampuan mendengar yang normal. Selain itu, pasien mampu mengenali berbagai aroma, seperti kopi dan parfum. Kemampuan membedakan rasa juga terjaga dengan baik, termasuk rasa pahit, asin, asam, dan manis. Fungsi sensorik kulit pasien dalam keadaan normal, dengan respons yang adekuat terhadap rangsangan suhu panas, dingin, serta tekanan pada permukaan kulit.

h. Perkemihan-Eliminasi Urin (B4: Bladder)

Pasien melaporkan frekuensi buang air kecil sekitar 3–4 kali sehari dengan warna urin kuning pekat dan berbau amoniak. Tidak ada keluhan yang berkaitan dengan gangguan eliminasi urin seperti poliuria, disuria, atau nyeri saat buang air kecil. Selain itu, pasien tidak menggunakan kateter.

i. Pencernaan-Eliminasi Alvi (B5: Bowel)

Kondisi mulut pasien tampak bersih tanpa adanya bau napas yang tidak sedap. Pemeriksaan inspeksi pada area abdomen tidak menunjukkan adanya benjolan ataupun tanda-tanda asites. Saat dilakukan auskultasi, bising usus terdengar sebanyak delapan kali per menit. Pada pemeriksaan palpasi,

pasien tidak mengeluhkan nyeri tekan, sementara hasil perkusi menghasilkan suara timpani yang normal. Pasien melaporkan frekuensi buang air besar sebanyak satu kali sehari dengan konsistensi feses yang lunak, mudah dikeluarkan, berwarna kuning, serta tanpa keluhan konstipasi atau diare.

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

Kemampuan Pergerakan Sendi: Pasien mengaku dapat menggerakkan seluruh anggota tubuh tanpa mengalami kesulitan. Pemeriksaan fisik tidak menunjukkan adanya gangguan motorik seperti paralisis atau paresis. Jari-jari tangan dan kaki lengkap, masing-masing terdiri dari lima jari yaitu ibu jari, jari telunjuk, jari tengah, jari manis, dan kelingking. Tidak ditemukan kelainan bentuk pada ekstremitas atas maupun bawah. Kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah dinilai stabil dengan skor 4 pada skala kekuatan otot. Tulang Belakang dan Kondisi Kulit: Pasien memiliki postur tubuh yang bungkuk. Warna kulit terlihat sawo matang tanpa adanya tanda-tanda ikterus. Bagian akral terasa hangat saat disentuh, dan turgor kulit menunjukkan kondisi baik, ditandai dengan kemampuan kulit kembali ke posisi semula dalam waktu kurang dari dua detik ketika diuji pada lengan bawah

k. Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak tercium napas bau keton, dan tidak terdapat luka gangren.

1. Sistem Reproduksi

Payudara pasien terlihat simetris tanpa adanya benjolan yang teraba. Pasien melaporkan tidak mengalami keputihan dan siklus menstruasinya berlangsung secara teratur.

4.2.2 Pemeriksaan Penunjang

Dari hasil pemeriksaan penunjang dari Pasien didapatkan data pada table berikut ini:

Table 5.1 pemeriksaan penunjang

| Jenis pemeriksaan | Hasil pemeriksaan |
|-----------------------|-------------------|
| Hematologi | |
| Hemoglobin | 11.5 g/dL |
| Hematokrit | 34.9 % |
| Lekosit | 12.56 ribu/uI |
| Trombosit | 151 ribu/uI |
| Eritrosit | 3.89/ juta/uI |
| Glukosa darah sewaktu | |
| | 216 mg/gL |
| Fungsi ginjal | |
| Urea | 39 mg/dL |
| Kreatinin | 0,7 mg/dL |
| Elektrolit darah | |
| Natrium | 132 mmol/L |
| Kalium | 3,69 Mmol/L |
| klorida | 93 mmol/L |

Tabel diatas menunjukkan bahwa data pasien yang diperoleh dari hasil glukosa darah sewaktu :GDS (+), pada pemeriksaan Hematologi : Hemoglobin :menurun, nilai hematokrit menurun, nilai leukosit pasien normal, eritrosit menurun.

4.2.3 Terapi

Berdasarkan terapi yang di dapatkan di ruang dahlia RSUD Umbu Rara Meha Waingapu dapat dilihat Pada tabel di bawah ini:

Table 6.1 Terapi Pasien

| Hari/tgg | Nama obat | Dosis | Cara pemberian | Manfaat |
|------------|----------------|-----------|----------------|---|
| 17/03/2025 | Metformin | 500mg | Po | Untuk mengontrol dan menurunkan kadar gul adarah |
| | Ondansetron | 2x4 mg | Iv | Untuk mencegan mual dan muntah |
| 18/03/2025 | Cefixime | 3x1 | Iv | Untuk mengobati infeksi saluran kemih |
| 19/03/2025 | Sansulin rapid | 3x6 unit | Suntik | Untuk mengontrol gula darah tinggi |
| | Sansulin log | 0-16 unit | Suntik | Untuk menghambat produksi glukosa darah |
| | Colchicine | 1x0 5g | Iv | Meredakan serangan asam urat dilakukan dengan cara mengurangi aktivitas sel darah putih yang memicu peradangan pada sendi saat kadar asam urat dalam tubuh meningkat. |
| | keterolac | 3x30 mg | Iv | Untuk meredakan peradangan dan rasa nyeri |

4.2.4 .Klasifikasi Data Dan Analisa Data

Table 7.1 Klasifikasi Data Dan Analisa Data

| Tggl/jam | Kelompok data | Penyebab | Masalah | Diagnosa keperawatan |
|--|--|------------------------------|--|---|
| Senin 17 maret 2025 Jam: 09.00 | DS: - Pasien mengatakan pusing, lemas, merasa haus dan pandangan mulai kabur sering buang air kecil lebih dari 8x/ hari Do : Pasien tampak pucat dan terbaring lemah di tempat tidur Konjungtiva Pasien tampak pucat Pasien tampak meringis Tampak mukosa bibir kering TTV: TD: 142/89 MmHg N: 110 x/Menit S: 36,8 ° RR: 22 x/Menit GDS :260 mg/dl | Resistensi insulin | ketidakstabilan kadar glukosa darah | ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan kadar glukosa tinggi (D.0027 |
| Senin 17 maret 2025 Jam: 09.00 | DS: Pasien mengatakan tidak tahu makanan apa yang di makan dan yang dihindari DO: pasien tampak kebingungan TD: 142/89 mmHg N: 110 x/menit S: 36,8 ° C RR: 22x/menit | Kurang Terpapar Informasi | Defisit pengetahuan | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kuramg terpapar informasi (D.0111). |

4.2.5 Intervensi keperawatan

Table 8.1 Intervensi Keperawatan

| Tggl /jam | Diagnosa keperawatan | Tujuan dan kriteria hasil | intervensi | Rasional |
|---------------|---|---|---|---|
| 17 maret 2025 | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan kenaikan glukosa darah (D.000327) | Setelah melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil: 1. Mengantuk menurun 2. Pusing menurun 3. Lelah/lesu menurun 4. Keluhan lapar menurun 5. Kadar glukosa dalam darah membaik | Manajemen hiperglikemia (1.03115) Observasi: 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor intake dan output cairan Terapeutik: 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi: 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 2. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 3. Anjurkan monitor kadar gula darah secara mandiri 4. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Insulin obat oral, monitor asupan cairan pengganti karbohidrat) Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan iv, jika perlu 3. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu | Observasi: 1. Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan kadar glukosa darah tinggi 2. Untuk mengetahui kebutuhan insulin meningkat 3. Untuk mengetahui peningkatan kadar glukosa darah 4. Untuk mengetahui keseimbangan cairan pasien Terapeutik: 1. Untuk mengganti cairan tubuh yang hilang 2. Agar mengetahui kenaikan glukosa darah Edukasi : 1. Agar kadar glukosa darah tidak tambah meningkat 2. Untuk meningkatkan kontrol metabolik dan mencegah komplikasi 3. Untuk mengidentifikasi kadar gula darah tinggi 4. Agar mengetahui cara mengelola obat Kolaborasi: 1. Untuk mengontrol kadar gula dalam darah 2. Untuk mengatasi kehilangan cairan dalam tubuh 3. Untuk mencegah rendahnya kalium dalam darah |

| | | | | |
|---------------------|---|--|---|---|
| 17 maret 2025 | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111) | Setelah melakukan tindakan keperawatan selam tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kurang pengetahuan membaik dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 4. Keliru membaik | Edukasi kesehatan (1.12383) Observasi: 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik: 5. Sediakan materi dan pendidikan kesehatan 6. Jadwalkan pendidikan sesuai kesepakatan 7. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: 1. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan | Observasi: 1. Untuk mengetahui apakah pasien dan keluarga siap menerima informasi Tarapeutik: 2. Agar memberikan informasi tentang edukasi gizi dan diet 3. Agar pasien mengetahui jadwal yang ditentukan 4. Untuk mengetahui sejauh mana pemahaman pasien Edukasi: 1. Agar pasien mengetahui faktor resiko diabetes melitus |
|---------------------|---|--|---|---|

| | | | | | |
|--|--|-------|---|---------|--|
| | | 09:35 | Respon: pasien dan keluarga mamahami penjelasan | bersama | |
|--|--|-------|---|---------|--|

| | | | | | |
|-------------------------------|--|---|--|--|--|
| | | 19:10 | <p>11. Kolaborasi pemberian insulin</p> <p>12. Respon: kolaborasi pemberian insulin rapid 3x6 unit dan insulin log 0-16 unit</p> | | |
| Selasa 18 maret 2025 | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi | <p>14:20</p> <p>17:30</p> <p>18:20</p> <p>19:15</p> | <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon: pasien mengatakan bersedia menerima informasi</p> <p>2. Menyediakan materi dan pendidikan kesehatan Respon: materi tentang edukasi gizi dan diet pada pasien DM</p> <p>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya Repon: pasien bertanya</p> <p>4. Memberikan penjelasan tentang pentingnya pengaturan makan untuk mengontrol kadar gula darah Respon: pasien menerima penjelasan</p> <p>5. Menjelaskan penjelasan tentang pentingnya pengaturan makan Respon: pasien memahami</p> <p>6. Menjelaskan konsep tentang diet Respon: pasien memahami</p> <p>7. Memberikan contoh pola makan seimbang</p> <p>8. Memberikan informasi tentang makanan yang di hindari</p> <p>9. Memberikan edukasi bersama keluarga tentang prinsip diet Respon: pasien dan keluarga mamahami penjelasan</p> | <p>S: : pasien mengatakan sudah memahami sedikit tentang makanan yang di makan dan yang dihindari</p> <p>O: Pasien tampak masih kebingungan saat di tanya tentang pola makan yang di anjurkan TTV: TD: 130/80 mmhg N: 110 x/menit S: 36,8 °C RR: 22x/menit</p> <p>A: Masalah defisit pengetahuan teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Menjelaskan penjelasan tentang pentingnya pengaturan makan</p> <p>2. Menjelaskan konsep tentang diet</p> <p>3. Memberikan contoh pola makan seimbang</p> <p>4. Memberikan informasi tentang makanan yang di hindari</p> <p>5. Memberikan edukasi bersama keluarga tentang prinsip diet</p> | |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------|--|---|--|
| | | 13:15 | <p>Respon: pasien menghabiskan makanannya</p> <p>8. Mengajarkan cara mengukur porsi makan dan menghindari makan berlebihan</p> <p>Respon: pasien memahami anjuran</p> <p>9. Membantu menghindari makanan tinggi gula seperti kue manis, gorengan dan minuman bersoda</p> <p>Respon: pasien memahami</p> <p>10. Kolaborasi pemberian insulin</p> <p>Respon: kolaborasi pemberian insulin rapid 3x6 unit dan insulin log 0-16 unit</p> | | |
| Rabu 19 maret 2025 | Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi | 08:12 08:20 | <p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Respon: pasien mengatakan bersedia menerima informasi</p> <p>2. Menyediakan materi dan pendidikan kesehatan</p> <p>Respon: materi tentang edukasi gizi dan diet pada pasien DM</p> <p>3. Memberikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Repon: pasien bertanya</p> <p>4. Memberikan penjelasan tentang pentingnya pengaturan makan untuk</p> | <p>S: Pasien mengatakan sudah memahami tentang makanan yang di makan dan yang dihindari</p> <p>O: Pasien sudah tidak tampak kebingungan lagi saat di tanya tentang pola makan yang di anjurkan</p> <p>RR: 110 x/ menit TTV: TD: 120/80 mmhg N: 110 x/menit S: 36 °C RR: 22x/menit</p> <p>A: Masalah defisit pengetahuan sudah</p> | |

| | | | | | |
|--|--|-------|--|---|--|
| | | 09:00 | <p>mengontrol kadar gula darah</p> <p>Respon: pasien menerima penjelasan</p> <p>Menjelaskan penjelasan tentang pentingnya pengaturan makan</p> <p>Respon: pasien memahami</p> <p>5. Menjelaskan konsep tentang diet</p> <p>Respon: pasien memahami</p> | <p>teratasi</p> <p>P: Intervensi</p> <p>dilanjutkan dirumah</p> | |
| | | 10:00 | <p>6. Memberikan contoh pola makan seimbang</p> <p>7. Memberikan informasi tentang makanan yang di hindari</p> <p>8. Memberikan edukasi bersama keluarga</p> | | |
| | | 12:00 | <p>tentang prinsip diet</p> <p>Respon: pasien dan keluarga mamahami penjelasan</p> | | |

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian dengan cara wawancara dan melihat secara langsung kondisi Ny: R dan keluarga, serta mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis yang berada di ruang Dahlia RSUD Umbu Rara Meha Waingapu.

Berdasarkan data yang diperoleh, pasien Ny. R, perempuan berusia 67 tahun, dengan diagnosis medis Diabetes Melitus Tipe 2 dan nomor rekam medis 01xxx, dirawat di ruang Dahlia. Menurut keterangan keluarga, Ny. R mengeluhkan rasa lemas, pusing, sering merasa haus, penglihatan mulai kabur, serta frekuensi buang air kecil yang meningkat lebih dari delapan kali sehari. Pasien juga merasa cepat lelah saat melakukan aktivitas sehari-hari. Sesuai hasil penelitian yang dilakukan oleh Siregar & Aryayuni (2019), saat dirawat di rumah sakit, pasien melaporkan kelemahan pada sisi kanan tubuh yang mulai dirasakan sejak pagi hari sebelum tiba di IGD RSUD Umbu Rara Meha Waingapu. Keluarga menyampaikan bahwa pasien memiliki riwayat Diabetes Melitus selama dua tahun dan sebelumnya pernah menjalani terapi obat diabetes. Pemeriksaan fisik menunjukkan membran mukosa yang tampak pucat, tekanan darah 142/89 mmHg, serta kadar gula darah mencapai 260 mg/dL.

Hal ini sesuai dengan temuan Sapti et al. (2019) yang menyatakan bahwa konseling melalui edukasi, informasi, dan komunikasi (KIE) terkait gizi, diet, serta peningkatan pengetahuan pasien, memiliki peran penting dalam mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien terhadap pola diet yang dianjurkan. Berdasarkan asumsi peneliti, teori tersebut sejalan dengan hasil bahwa pemberian edukasi mengenai gizi dan diet pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 efektif dalam membantu menstabilkan kadar glukosa darah.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Penegakkan diagnosa ini didasarkan pada data Ny: R yaitu Ibu mengatakan lemas, pusing sering haus, penglihatan sudah mulai kabur dan sering buang air kecil lebih dari 8x/hari dan merasa lelah Hal ini sesuai dengan teori PPNI (2017)

Untuk dapat mengangkat diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah ditemukan data subjektif dan data objektif lemas, pusing, merasa haus, pandangan sudah mulai menjadi kabur dan buang air kecil lebih dari 8x/hari, tampak sering haus, tampak sering lapar, ketidakseimbangan kadar glukosa darah, yaitu kondisi di mana pasien berisiko mengalami fluktuasi kadar glukosa darah di luar rentang normal (hiperglikemia atau hipoglikemia). Beberapa faktor yang meningkatkan risiko ini antara lain resistensi insulin, disfungsi sel beta pankreas, serta faktor genetik. Selain itu, pola makan yang tidak terkontrol, ketidakpatuhan terhadap terapi obat, stres, infeksi, dan kurangnya pemahaman pasien tentang manajemen diabetes juga dapat memperburuk kondisi ini. Jika tidak dikontrol dengan baik, kadar glukosa darah yang tidak stabil dapat menyebabkan berbagai komplikasi, seperti neuropati, nefropati, retinopati, hingga penyakit kardiovaskular.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosis yang diperoleh pada pasien, penulis menyusun intervensi sebagai berikut:

1. Ketidakteraturan kadar glukosa darah yang terkait dengan resistensi insulin memerlukan penanganan khusus sebagai strategi untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Intervensi ini didasarkan pada diagnosis keperawatan yang telah dibuat, dengan tujuan yang jelas serta kriteria hasil yang dapat diukur. Perencanaan keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang disusun sesuai kebutuhan pasien berdasarkan diagnosis yang ada. Rencana tersebut dibuat dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Kemenkes RI, 2017).

Intervensi keperawatan dilakukan selama tiga hari dengan tujuan utama meningkatkan kestabilan kadar glukosa darah. Kriteria hasil yang diharapkan antara lain penurunan rasa lelah atau lesu, serta perbaikan kadar glukosa darah hingga mencapai rentang normal. Rencana tindakan keperawatan untuk diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah mencakup: Observasi: Mengidentifikasi sejauh mana pasien dan keluarga mampu menerima informasi yang diberikan, serta menilai kebiasaan pola makan pasien saat ini dan sebelumnya. Terapeutik: Menjadwalkan waktu makan secara tepat untuk memfasilitasi edukasi kesehatan, dengan anjuran konsumsi makan besar tiga kali sehari dan makanan selingan dua hingga tiga kali sehari. Memberikan ruang bagi pasien dan keluarga untuk bertanya guna meningkatkan pemahaman. Edukasi: Menjelaskan pentingnya kepatuhan terhadap diet bagi kesehatan pasien, serta memberikan informasi mengenai jenis makanan yang dianjurkan dan yang sebaiknya dihindari, termasuk membatasi asupan gula. Kolaborasi: Melakukan rujukan kepada ahli gizi untuk penanganan lebih lanjut dan melibatkan anggota keluarga dalam proses perawatan bila diperlukan.

2. Defisit pengetahuan yang berkaitan dengan kurangnya paparan informasi memerlukan intervensi sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) kode 1.12383. Intervensi ini meliputi beberapa langkah, yaitu: Observasi: Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi. Terapeutik: Menyediakan materi dan media edukasi kesehatan yang sesuai, menjadwalkan sesi pendidikan kesehatan berdasarkan kesepakatan dengan pasien, memberi kesempatan untuk bertanya, serta menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. Edukasi: Memberikan penjelasan mengenai faktor risiko dan konsep diet yang tepat untuk kondisi pasien. Pada pasien Ny. R., intervensi dilakukan dengan mengidentifikasi kesiapan untuk menerima informasi serta menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden sangat dipengaruhi oleh perilaku mereka. Semakin tinggi pengetahuan seseorang, maka kesadaran terhadap pengelolaan penyakit juga semakin meningkat. Oleh karena itu, edukasi tentang diabetes melitus sangat penting untuk meningkatkan kesadaran pasien agar lebih rutin berobat ke rumah sakit dan

mampu mengontrol kadar gula darahnya secara efektif (Wahyu & Prijono, 2014).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap Ny. R dilakukan pada tanggal 17 Maret 2025. Peneliti memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya, khususnya berkaitan dengan penerapan diet pada pasien Diabetes Melitus yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah. Tujuan utama dari pengaturan diet ini adalah untuk mencapai serta mempertahankan kadar glukosa darah dan lipid dalam batas normal, menjaga berat badan ideal, serta memastikan pasien memperoleh asupan nutrisi yang seimbang, meliputi karbohidrat, serat, lemak, asam amino esensial, protein, vitamin, dan mineral. Dengan penerapan diet yang tepat, diharapkan kualitas hidup pasien meningkat dan risiko terjadinya komplikasi dapat diminimalisir. Intervensi ini dilakukan mengingat pasien sebelumnya kurang konsisten dalam menjalani pola makan sehat dan belum memperhatikan kecukupan nutrisinya secara optimal.

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan erat dengan resistensi insulin. Oleh karena itu, penting untuk memantau kadar glukosa darah pasien secara rutin. Pada pasien ini, kadar glukosa sewaktu tercatat sebesar 160 mg/dl, sedangkan kadar glukosa puasa mencapai 200 mg/dl. Pemantauan juga dilakukan terhadap tanda dan gejala hiperglikemia, seperti sering buang air kecil (poliuria), kelemahan, penglihatan kabur, serta keluhan sakit kepala. Pasien yang menggunakan popok menunjukkan peningkatan kelemahan dan gangguan penglihatan kabur. Selain itu, intake dan output cairan pasien juga dipantau. Total asupan cairan selama satu hari meliputi 250 cc bubur saring dan 150 cc susu pada pagi hari, 250 cc bubur saring dan 100 cc susu pada siang hari, serta cairan intravena sebanyak 20 tetes per menit selama 8 jam, dengan total cairan harian sekitar 1.500 ml. Pasien dianjurkan untuk menghindari aktivitas fisik apabila kadar glukosa darah melebihi 250 mg/dl. Kepatuhan pasien terhadap diet dan olahraga juga menjadi fokus pemantauan, dan pasien dilaporkan patuh terhadap anjuran tersebut. Dalam hal terapi, Pasien menerima infus cairan NaCl 0,9%. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa edukasi tentang penerapan diet yang tepat dapat membantu pasien diabetes dalam mengubah pola makannya sehingga kadar gula darah dapat terjaga tetap stabil. Gejala yang sering dialami pasien, seperti rasa kantuk berlebihan, pusing, kelelahan, rasa lapar

yang sering muncul, penglihatan kabur, dan keringat berlebih, cenderung berkurang dengan penerapan pola makan yang sesuai. Temuan ini sejalan dengan hasil studi sebelumnya yang menyatakan bahwa edukasi mengenai modifikasi diet melalui pola makan yang tepat efektif dalam menurunkan kadar glukosa darah (Viguiliouk, 2019).

2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi observasi: untuk mengidentifikasi kesiapan serta kemampuan pasien dalam menerima informasi yang diberikan. Sebagai bagian dari intervensi terapeutik, perawat menyediakan materi dan media yang sesuai untuk pendidikan kesehatan, menjadwalkan sesi edukasi berdasarkan kesepakatan bersama pasien, serta memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengajukan pertanyaan. Dalam proses edukasi, perawat menjelaskan faktor-faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan pasien serta memberikan penjelasan mengenai konsep diet yang sesuai dengan kondisi kesehatan pasien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap penutup dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengukur sejauh mana diagnosis keperawatan, perencanaan, dan pelaksanaan tindakan telah mencapai hasil yang diharapkan (Kemenkes RI, 2017). Meskipun berada pada tahap akhir, evaluasi sangat penting dalam menentukan keberhasilan intervensi yang telah dilakukan. Dalam penelitian ini, terdapat beberapa hal yang menjadi fokus pemantauan, yaitu keluhan lemas, pusing, sering buang air kecil, mudah mengantuk, kelelahan, serta rasa lelah saat beraktivitas. Berdasarkan hasil pengamatan dan intervensi yang telah dilakukan penulis melakukan evaluasi terhadap masalah keperawatan terkait ketidakstabilan kadar glukosa darah, yang akan dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan (resistensi insulin). Hasil evaluasi pasien mengatakan masih merasa sering haus dan penglihatan kabur. Tampak pasien masih terbaring lemah, TTV: TD: 142/89 mmHg RR:22x/m, S: 36,8 N: 110 x/m
2. Defisit pengetahuan yang dialami pasien berkaitan dengan kurangnya paparan informasi. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien mengaku tidak mengetahui jenis makanan yang sebaiknya dikonsumsi maupun yang harus dihindari, serta belum memahami apa itu diabetes melitus. Pasien juga tampak bingung saat ditanya mengenai makanan yang biasa dikonsumsi. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 142/89 mmHg, nadi 110 kali/menit, frekuensi napas 20 kali/menit,

dan suhu tubuh 36,8° C. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Asri Nurul Falah (2017), hasil evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien diabetes melitus dengan masalah defisit pengetahuan menunjukkan bahwa masalah tersebut dapat teratasi setelah tiga hari intervensi. Kriteria keberhasilannya adalah meningkatnya kemampuan pasien dalam menjelaskan pengetahuan terkait topik yang diberikan. Berdasarkan analisis peneliti, hasil evaluasi pada pasien diabetes melitus dengan defisit pengetahuan dalam penelitian ini sejalan dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018), dengan indikator meningkatnya tingkat pengetahuan pasien.