

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada kedua subjek asuhan dengan gangguan kebutuhan nutrisi pada pasien diabetes militus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian keperawatan

Hasil dari pengkajian kedua pasien di Ruang Beedah Angrek RS Mardi Waluyo Metro yaitu pasien 1 (Ny.W) dan pasien 2 (Ny.M) bahwa kedua pasien mempunyai keluhan utama yang sama berupa lemas yang disebabkan oleh ketidakstabilan glukosa darah

2. Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan pada pasien 1 (Ny.W) dan pasien 2 (Ny.M) adalah sama yaitu ketidakstabilan glukosa darah yang berhubungan dengan resistensi insulin, gangguan integritas jaringan/kulit berhubungan dengan neuropati perifer, dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (tindakan debridement ulkus diabetic)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada kedua pasien dibuat berdasarkan dari (Standar intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, 2018) dengan rencana keperawatan komprehensif dan memfokuskan pada tiga masalah keperawatan nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan pola tidur. Intervensi yang dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan yaitu pada diagnosa keperawatan ketidakstabilan glukosa darah intervensi keperawatan yang digunakan adalah manajemen hiperglikemia, dan menyesuaikan dengan kondisi pasien saat pengkajian.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya, pada diagnosa utama ketidakstabilan kadar glukosa darah penulis melakukan tindakan implementasi seperti, mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise pandangan kabur, sakit kepala), memberikan asupan oral, memberikan teknik non farmakologi (senam diabetes), mengajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan, mengkolaborasi pemberian insulin (ezelin 15 unit), memberikan cairan iv (IVFD RL500ml), memberikan obat oral Glimpiride 4mg. Diagnosa kedua yaitu gangguan integritas jaringan/kulit penulis melakukan tindakan implementasi berupa, memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi, melepaskan balutan dengan perlahan, membersihkan dengan NaCl, memasang balutan sesuai jenis luka, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori dan protein, mengkolaborasi pemberin antibiotic (inj ceftriaxone 5ml). Diagnosa ketiga yaitu nyeri akut penulis melakukan implementasi berupa mengidentifikasi karakteristik luka (warna, ukuran, durasi), mengidentifikasi skala nyeri, memonitor efektifitas Analgetik, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam), Memodifikasi lingkungan, kolaborasi pemberian analgetic (paracetamol 500 ml).

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada subjek asuhan 1 didapatkan pasien tidak mengeluh lemas, pasien mengatakan buang air kecil 8x/24 jam, gula darah sewaktu 187mg/dL, pasien dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kadar glukosa dara

secara mandiri, dan melakukan teknik non farmakologis yang sudah diajarkan (senam diabetes), luka pada bagian punggung dan telapak kaki membaik, luka tampak bersih, perlu dilakukan perawatan luka, pasien dianjurkan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri atau setiap 2 hari sekali di klinik terdekat, pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan pergerakan, pasien dianjurkan melakukan tarik nafas dalam secara mandiri apabila rasa nyeri muncul. Sedangkan untuk subjek asuhan 2 didapatkan pasien tidak lagi merasa lemas, buang air kecil 8x/24 jam gula darah sewaktu 179 mg/dL pasien dianjurkan untuk melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah secara mandiri, dan melakukan teknik non farmakologis yang sudah diajarkan (senam diabetes), luka pada bagian telapak kaki membaik, luka tampak bersih, perlu dilakukan perawatan luka, pasien dianjurkan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri atau setiap 2 hari sekali di klinik terdekat, pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan pergerakan, pasien dianjurkan melakukan tarik nafas dalam secara mandiri apabila rasa nyeri muncul.

B. SARAN

a. Bagi perawat

Diharapkan dengan adanya laporan tugas akhir ini dapat meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan gangguan kebutuhan nutrisi serta meningkatkan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam peningkatan kesehatan pasien.

b. Bagi RS Mardi Waluyo

Diharapkan RS Mardi Waluyo dapat memberikan pendidikan kesehatan mengenai diet yang harus dilakukan pada pasien diabetes melitus.

c. Bagi Poltekkes Tanjungkarang

Diharapkan dengan adanya laporan tugas akhir ini dapat menambah wawasan, pembelajaran dan sebagai wadah bacaan untuk asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan gangguan kebutuhan nutrisi.