

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada subyek asuhan yaitu pasien Tn. H dalam asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan nutrisi pada pasien diabetes melitus dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapatkan penulis kepada pasien Tn. H yaitu pasien mengeluh lemas tidak bertenaga, selalu merasa haus, Klien mengatakan tidak mampu berjalan atau berdiri, mulut terasa kering GDS: 251 mg/dL, berat badan klien menurun dari 70 kg hingga 55 kg. Terdapat keluhan lainnya yaitu kaki kanan terasa panas, klien mengatakan terdapat luka kecil dibagian kaki kanan luka muncul 5 hari yang lalu karena terbentur batu dan tak kunjung sembuh, klien mengatakan kaki dibagian yang luka nyeri bila ditekan, kaki kanan dibagian luka tampak bengkak, tampak kemerahan,

2. Diagnosa keperawatan

Laporan tugas akhir ini penulis menemukan 3 masalah keperawatan berdasarkan pengkajian kepada pasien. Masalah keperawatan tersebut yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit, dan intoleransi aktivitas. Laporan tugas akhir ini hanya berfokus pada masalah keperawatan utama saja yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan SIKI (2018) dan sesuai dengan keluhan, kondisi pasien. Intervensi yang ditetapkan sesuai diagnosa utama ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu intervensi utama: monitor tanda-tanda vital, monitor kadar glukosa darah dengan melakukan pengecekan GDS, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, anjurkan kepatuhan

terhadap diet dan olahraga, kolaborasi pemberian cairan IV atau oral, *jika perlu*. Intervensi pendukung: edukasi kesehatan seperti identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan mengenai penyakit diabetes melitus misalnya seperti menggunakan leaflet, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya

Diagnosa kedua gangguan integritas kulit dengan menggunakan intervensi .Memonitor tanda-tanda vital, monitor karakteristik luka, bersihkan luka dengan cairan NaCl, siapkan kassa steril lalu diberi cairan NaCl, pasang balutan kain kassa yang sudah diberi cairan NaCl sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan setiap sehari sekali, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik.

Diagnosa kedua intoleransi aktivitas identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misalnya seperti cahaya ruangan yang tidak terlalu terang, jauh dari suara kebisingan, batasi kunjungan kerabat klien yang akan menjenguk klien), fasilitas duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan penulis kepada subyek asuhan sesuai dengan intervensi yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018), implementasi hanya berfokus pada masalah keperawatan utama saja yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, implementasi dilakukan kepada pasien Tn. H dengan melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (mengukur tekanan darah, suhu, pernafasan, dan nadi), memonitor kadar glukosa darah, melakukan pengecekan GDS, mengkolaborasikan pemberian obat

glimepiride 2 g, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, menganjurkan pasien untuk menghindari olahraga saat kadar glukosa darah >150 mg/dL, menganjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri seperti pengecekan kadar glukosa darah diklinik kesehatan terdekat ataupun pengecekan secara mandiri dirumah, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. Pelaksanaan pada intervensi perawatan luka sudah dilakukan dan didapatkan hasil luka sudah tidak nyeri, namun kaki masih tampak kemerahan, dan masih tampak bengkak. Penulis menganjurkan untuk melakukan perawatan luka secara mandiri di rumah. Implementasi pada diagnosa ketiga yaitu manajemen energi didapatkan hasil evaluasi pasien sudah tidak lemas, pasien dapat melakukan aktivitas misalnya makan tanpa bantuan keluarga, pasien mampu duduk sendiri tanpa bantuan.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan setelah penulis melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang dialami subyek asuhan. Pada masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah didapatkan hasil evaluasi yaitu nilai GDS menurun, sesudah tindakan pada hari ketiga GDS: 147 mg/dL, sebelum tindakan nilai GDS: 251 mg/dL pasien mengatakan lemas berkurang, pasien sudah tidak merasa haus terus menerus, mulut masih terasa kering. Pasien harus tetap melakukan medical check up rutin, dan melakukan pengecekan kadar glukosa darah rutin.

B. Saran

Berdasarkan hasil dan pembahasan penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Saran bagi akademik

Penulis menyadari selama melaksanakan program studi DIII ini penulis masih merasa kurang puas mendapatkan atau memahami ilmu pengetahuan yang telah diajarkan, karena dengan diberlakukannya metode belajar during, untuk itu maka saran penulis bagi akademik yaitu lebih meningkatkan lagi metode-metode belajar during agar mahasiswa dapat lebih memahami materi yang disampaikan serta meningkatkan tingkat

kedisiplinan bagi mahasiswa agar terciptanya mutu pendidikan yang berkualitas, serta terciptanya perawat yang *professional* dan terampil.

2. Saran bagi rumah sakit

Diharapkan kedepannya dengan adanya laporan tugas akhir ini pihak rumah sakit lebih meningkatkan mutu pelayanannya misalnya, pada saat akan melakukan tindakan sebaiknya memberitahu apa saja SOP yang berlaku atau tindakan apa saja yang akan diimplementasikan kepada pasien khususnya diabetes melitus. Kemudian pada tahap intervensi diharapkan intervensi yang dibuat sesuai dengan pedoman buku SLKI.

3. Saran bagi perawat

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat dijadikan data bagi perawat selanjutnya dalam mengembangkan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien diabetes melitus khususnya pada masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah. Penulis menyarankan untuk perawat selanjutnya agar tetap memantau dan mengontrol nilai kadar glukosa dalam darah agar tetap dalam batas normal. Terdapat beberapa kesenjangan didalam pengkajian yaitu pada pasien yang penulis tangani tidak mengalami peningkatan urine, urine pasien yang penulis tangani masih dalam batas normal hal ini tentu saja terdapat perbedaan tanda dan gejala yang ada di buku SDKI (2017) maka hal ini perlu dikaji lebih lanjut pada penulis selanjutnya.