

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian studi kasus ini dilakukan berlokasi di Gg. Kita RT. 029 Kelurahan Lok Bahu, Kec. Sungai pinang, Kota Samarinda, Kalimantan timur.

2. Pengkajian

a. Identitas pasien

Pasien bernama Tn. M berjenis kelamin laki- laki, lahir pada tanggal 18 Agustus 1973, usia 50 tahun 10 bulan, beragama islam, status kawin, tidak berkerja dengan diagnosa medik diabetes melitus.

b. Hasil pengkajian

Dari hasil anamnesa yang dilakukan pada tanggal 18 Mei 2024 terhadap pasien dan keluarga pasien didapatkan identitas pasien yang bernama Tn. M usia 50 tahun 10 bulan, berjenis kelamin laki- laki. Saat dilakukan penyuluhan dan pengecekan kesehatan didapatkan data diabetes dengan gula darah sewaktu senilai 417 mg/ dl.

Pada pengkajian riwayat kesehatan, keluhan utama pasien kesemutan hilang timbul dikaki kurang lebih 3 bulan, nyeri lutut hilang timbul, mudah mengantuk dan mudah kelelahan . sedangkan pada pengkajian riwayat penyakit terdahulu ditemukan pasien hipertensi dan memiliki riwayat penyakit keluarga diabetes dan hipertensi dari ayahnya.

c. Keluhan utama

1) Saat dikaji :

Pada tanggal 29 Mei 2024 pasien mengeluh kesemutan hilang timbul dikaki kurang lebih 3 bulan, nyeri lutut dengan skala 4 hilang timbul, mudah mengantuk dan mudah kelelahan.

2) Riwayat penyakit sekarang :

Pada tanggal 18 Mei 2024 pasien mengikuti kegiatan pengecekan gula darah di rumah ketua RT. 029 dan didapatkan gula darah pasien 417 mg/dl tapi pasien tidak mau diperiksa di puskesmas ataupun rumah sakit karena pasien tidak mau kepikiran tentang penyakitnya. Pada tanggal 24 Mei 2024 pasien mengecek gula darahnya sebelum makan hasilnya 352mg/dl keesokan harinya pasien mengecek kembali gula darahnya sesudah makan hasilnya 378 mg/dl. Dan saat pengkajian pada tanggal 29 Mei 2024 pasien mengeluh kesemutan hilang timbul dikaki kurang lebih 3 bulan, nyeri lutut dengan skala 4 hilang timbul, mudah mengantuk dan mudah kelelahan, gula darahnya 262 mg/dl.

3) Riwayat penyakit keluarga :

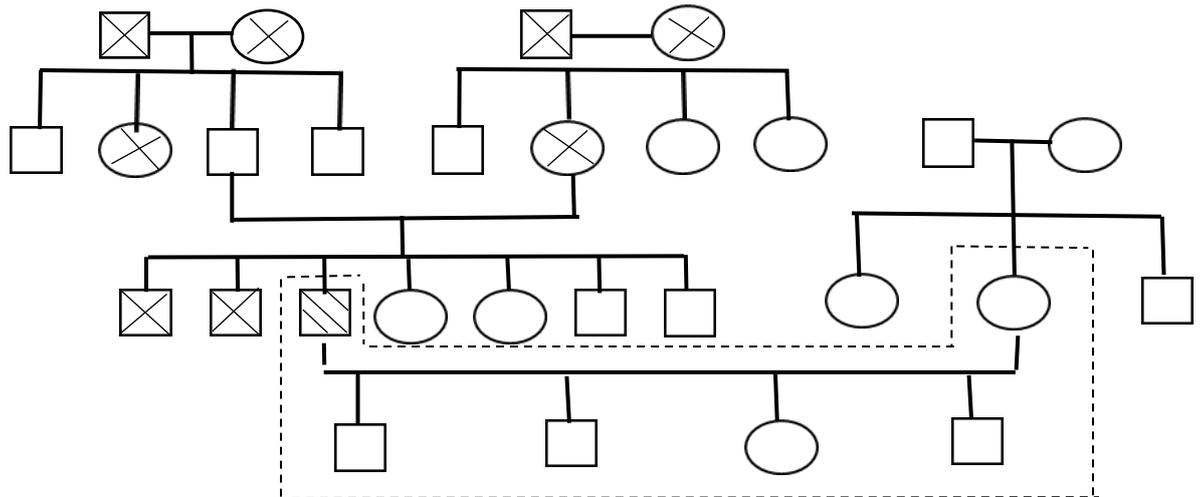
Pasien memiliki penyakit keluarga diabetes dan hipertensi

4) Riwayat penyakit terdahulu :

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan pernah dirawat masuk ke rumah sakit pada tahun 2013 dikarenakan makan durian yang berlebihan yang mengakibatkan keluar darah dari hidung

hingga kemulu, dan 2 bulan yang lalu mempunyai luka dikaki yang penyembuhannya 1bulan.

5) Genogram



Keterangan :

□ : Laki- laki

⊗ : Meninggal

○ : Perempuan

▨ : Pasien

— : Menikah

----- : Serumah

3. Pengkajian keperawatan

a. Neurosensori

Pasien mengatakan tidak ada pusing, tidak ada gangguan pengelihatannya, pendengarannya baik, tidak ada gangguan penciuman dan pasien mengatakan kesemutan di kaki. GCS, E : 4, V : 5, M : 6. Jumlah GCS : 15. Kesadaran : composmentis, pasien saat diajak bicara dapat mendengarkan dengan baik, pasien dapat mengingat waktu dengan baik, reaksi pupil isokor.

b. Sirkulasi

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi, pasien mengatakan kesemutan dikaki hasil tanda- tanda vital : TD = 140 /100 mmHg, N = 86x/menit, T = 36,2°C, Capillary revil time (CRT) = < 3 detik, Konjungtiva = tidak ada anemis, Sklera = normal berwarna putih.

c. Pernafasan

Pasien mengatakan tidak ada sesak, tidak ada batuk, tidak ada dahak, tidak ada gangguan penciuman, tidak memiliki riwayat penyakit pernafasan, RR = 16x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu pernafasan, tidak ada dispnea, pasien tidak menggunakan pernafasan cuping hidung, dan tidak menggunakan otot bantu pernafasan

d. Nyeri/ ketidaknyamanan

Pasien mengatakan nyeri dibagian lutut dengan skala 4, dengan rasa nyeri hilang timbul, seperti tertusuk tusuk, terdapat nyeri tekan di bagian lutut, pasien tampak meringis saat nyeri timbul, pasien tampak berhati- hati saat bergerak, tidak terdapat luka.

e. Makanan /cairan

Pasien mengatakan makan 3 sehari dengan porsi 1piring nasi, tidak ada rasa mual dan muntah, pasien mengatakan minum kurang lebih 1000ml sehari, mukosa bibir pasien lembab, elastisitas kulit pasien kembali 3 detik, kulit pasien tambak lembab, kulit pasien tidak bersisik, BB pasien 86kg dan bising usus 10x/menit.

f. Eliminasi

Pasien mengatakan BAB 1 sehari BAK 5x sehari, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat BAB/ BAK, tidak ada riwayat pendarahan , konstipasi, ataupun diare, pasien tidak terpasang kateter, tidak ada edema ,tidak ada nyeri tekan diabdomen

Rumus Balance Cairan (Intake-(Ouput-IWL))

$$\begin{aligned} \text{Rumus IWL} &= 10 \times \text{BB} \\ &= 10 \times 86 = 860 \text{ cc} \end{aligned}$$

$$\text{Intake 24 jam} = 1.500 \text{ cc/ hari}$$

$$\begin{aligned} \text{Output 24 jam} &= \text{Rumus (} 0,5\text{-}1,5 \times \text{BB} \times \text{Frekuensi BAK)} \\ &= 1,5 \times 86 \text{ Kg} \times 5 \\ &= 645 \text{ cc/hari} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Output + IWL} &= 645 \text{ cc/kg} + 860 \text{ cc} \\ &= 1.505 \text{ cc/hari} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Balance Cairan} &= \text{Intake} - (\text{Output} + \text{IWL}) \\ &= 1.500 - 1.505 \\ &= -5 \text{ cc/24 jam} \end{aligned}$$

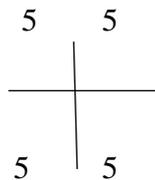
g. Seksualitas

Pasien mengatakan sudah menikah memiliki 3 anak dan pasien satu rumah dengan anak dan cucunya

h. Aktifitas/ istirahat

Pasien mengatakan bisa beraktifitas dirumah, pasien mengatakan tidur

malam dari jam 21: 00 – 04 : 00 wita, tidur siang dari jam 13 : 00 – 15 : 00 wita, tidak ada gangguan tidur, mata pasien tidak cekung, pasien tidak sering menguap, kekuatan otot



i. Hygiene

Pasien mengatakan mandi 2 sehari mandiri tanpa dibantu, gosok gigi 2x sehari, dan pasien mengatakan tidak ada merasa gatal, keadaan umum pasien bersih, penampilan umum pasien rapi, keadaan rambut pasien bersih tidak ada ketombe dan kuku pasien bersih

j. Integritas ego

Pasien mengatakan cemas dengan keadaannya sekarang dan pasien terlihat cemas.

k. Interaksi sosial

Pasien mengatakan akrab dengan orang-orang disekitar rumahnya dan pasien terlihat sangat akrab dengan orang sekitar rumahnya.

l. Penyuluhan / pembelajaran

Pasien mengatakan tidak mengerti tentang kondisi penyakitnya dan pengobatannya dan saat di tanya pasien tidak dapat menjawab tentang penyakitnya.

4. Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Bentuk kepala oval , kepala bersih tidak ada luka

b. Rambut

Distribusi rambut merata, berwarna putih, tekstur rambut halus, tidak ada ketombe

c. Mata

Posisi mata normal, jarak mata simetris, conjungtiva tidak ada anemis, kelopak mata normal, bulu mata lurus.

d. Telinga

Daun telinga bersih, bentuk cuping telinga lebar, posisi telinga normal dan simetris, pendengaran baik.

e. Mulut

Mukosa bibir lembab, berwarna merah sehat, lidah berwarna merah muda.

f. Hidung

Hidung simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak terpasang NGT dan oksigen.

g. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

h. Dada

Bentuk dada normal, gerakan dada simetris, tidak ada retraksi dinding

dada, bunyi seluruh lapang paru sonor, tidak ada suara tambahan nafas.

i. Abdomen

Abdomen 4 kuadran, tidak ada bekas luka, tidak ada benjolan, bising usus 10x/i, 4 kuadran abdomen berbunyi tympani, tidak terdapat nyeri di abdomen.

j. Anus

Tidak terdapat lecet/ kemerahan.

k. Kulit/kuku

Warna kulit sawo matang, turgor kembali <2detik, tekstur kulit halus, kuku/CRT <2detik, kuku pendek dan bersih

l. Urogenitalia

Urine berbau khas dan berwarna kuning, tidak terdapat tanda-tanda infeksi

m. Ekstremitas /muskuloskeletal

Kekuatan otot

5	5
5	5

5. Data fokus

a. Data subyektif (DS)

Pasien mengatakan kesemutan dibagian kaki kurang lebih 3bulan hilang timbul, pasien mengatakan mudah kelelahan dan mudah

mengantuk, dan nyeri lutut dengan skala 4

b. Data objektif (DO)

TD 140/100 mm/hg

N 86x/menit

RR 16x/menit

T 36,2°C

GDS 262 mg/dl

Pasien terlihat meringis saat berjalan, pasien terlihat cemas, pasien

bingung saat ditanya tentang penyakitnya.

6. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Tabel 4 1 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal	Data	Etiologi	Masalah
1.	29 Mei 2024	DS: Pasien mengatakan kesemutan dikaki selama kurang lebih 3bulan hilang timbul, kelelahan dan mudah mengantuk. DO: GDS = 262mg/dl	Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2.	29 Mei 2024	DS: Pasien mengatakan nyeri bagian lutut P: Nyeri saat berjalan Q:Seperti tertusuk-tusuk R: Dibagian lutut S : Skala 4 T : hilang timbul DO : Pasien terlihat meringis saat bergerak Pasien mengeluh nyeri.	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut
3.	29 Mei 2024	DS : Pasien mengatakan tidak mmengetahui tentang penyakit dan cara pengobatannya DO : Pasien tidak dapat menjawab terkait	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan

No	Tanggal	Data	Etiologi	Masalah
		penyakitnya		
4.	29 Mei 2024	DS : Pasien mengatakan cemas terhadap kondisi penyakit yang dialaminya. DO : Pasien terlihat cemas	Ancaman terhadap konsep diri	Anseitas

Prioritas diagnosa keperawatan

- Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia
- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
- Anseitas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri

7. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

- Intervensi

Inisial pasien : Bpk. M

Diagnosa : Diabetes Melitus

Tanggal Lahir : 18/08/1973

Tabel 4 2 Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi

No	Dx Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Ketidakstabilan glukosa darah (D.0027)	Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 30 menit diharapkan meningkat dengan kriteria hasil : 1. mengantuk dari skala 3 ke skala 1 2. kelelahan dari skala 4 ke skala 1 3. keluhan lapar dari skala 3 ke skala 1 Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Manajemen hiperglikemia (1.03115) <i>Observasi</i> 1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi 1.2 Memonitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i> 1.3 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia <i>Terapeutik</i> 1.4 Berikan asupan cairan oral <i>Edukasi</i> 1.5 Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl 1.6 Anjurkan memonitor kadar glukosa darah secara mandiri

No	Dx Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			1.7 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 1.8 Anjurkan pengelolaan diabetes (monitor asupan cairan pengganti karbohidrat)
2.	Nyeri akut (D.0077)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 30 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri dari skala 2 ke skala 5 2. Meringis dari skala 1 ke skala 5 3. Sikap protektif dari skala 2 ke skala 5 Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Manajemen nyeri (1.08238) <i>Observasi</i> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <i>Terapeutik</i> 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat) <i>Edukasi</i> 1.6 Jelaskan strategi meredakan nyeri
3.	Defisit pengetahuan (D.0111)	Tingkat pengetahuan (L.12111) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 30 menit diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran verbalisasi minat dalam belajar dari skala 2 ke skala 5 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang penyakit dari skala 2 ke skala 5 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan dari skala 2 ke skala 5 Keterangan : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang	Edukasi kesehatan (1.12383) <i>Observasi</i> 3.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <i>Terapeutik</i> 3.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3.3 Jadwalkn pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3.4 Berikan kesempatan untuk bertanya <i>Edukasi</i> 3.5 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 3.6 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

No	Dx Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	
4.	Ansietas	<p>Tingkat ansietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 30 menit diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan dari skala 2 ke skala 5 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi dari skala 2 ke skala 5 3. Perilaku tegang dari skala 2 ke skala 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Reduksi ansietas (1.09314)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (konsisi) 4.2 monitor tanda – tanda ansietas <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3 ciptakan suasana terapeutik untuk menumuhkan kepercayaan. 4.4 Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian 4.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.6 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4.7 Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 4.8 Latih teknik relaksasi

Tabel 4 3 Implementasi Keperawatan

Tanggal/ jam	Implementasi	Evaluasi respon	Paraf
Rabu, 29 Mei 2024 08 : 30	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Memonitor kadar glukosa darah 	<p>DS : Pasien mengatakan kesemutan dikaki kurang lebih 3 bulan, hilang timbul, kelelahan, dan mudah mengantuk</p> <p>DO : DDS : 262 mg/dl TD : 140/100 mm N : 86x/menit T : 36,2°C</p>	Agustina
08: 40	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, intensitas nyeri 2.2 Mengidentifikasi skala nyeri 	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri bagian lutut P :nyeri saat berjalan Q:seperti tertusuk- tusuk R : dibagian lutut S : skala 4 T : hilang timbul</p> <p>DO: Pasien terlihat meringis saat bergerak, Pasien mengeluh nyeri saat bergerak</p>	Agustina

Tanggal/ jam	Implementasi	Evaluasi respon	Paraf
08 : 50	3.1 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	DS: Pasien mengatakan siap menerima informasi tentang penyakitnya	Agustina
	3.2 Menjadwalkan pendidikan kesehatan	DO: Pasien mau mengikuti perintah dan membuat jadwal pada esok hari	
09 : 00	4.2 Memonitor tanda- tanda ansietas	DS: Pasien mengatakan cemas tentang penyakitnya	Agustina
	4.3 Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	DO: pasien terlihat cemas	
09 :10	1.4 Memberikan asupan cairan oral	DS : - DO: Pasien mengikuti anjuran meminum air sebanyak 1,5 L/ hari	Agustina
Kamis, 30 Mei 2024 08 : 30	1.3 Memonitor kadar glukosa darah	DS: Pasien mengatakan mengikuti anjuran minum 1,5 L	Agustina
	1.4 Memberikan asupan cairan oral	DO: GDS : 389 mg/dl sesudah makan. TD :150/110mm/hg N : 86x/menit T :36°C	
	1.8 Menganjurkan pengelolaan diabetes (memonitor asupan cairan pengganti karbohidrat)	Membuatkan jadwal minum tiap hari untuk memantau berapa cairan yang masuk	
08 : 50	2.4 Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	DS : Pasien mengatakan nyeri berkurang	Agustina
	2.5 Memberikan teknik nonfarmakologis rasa nyeri (kompres hangat)	DO:Pasien meringis saat bergerak	
	2.2 Mengidentifikasi skala nyeri		
	3.3 Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan	DS : Pasien mengatakan paham dari materi yang diberikan	
09 : 00	3.5 Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	DO : Pasien terlihat paham dan dapat menjawab pertanyaan tentang penyakitnya	Agustina
	3.4 Memberikan kesempatan untuk bertanya		
	4.1 Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah (kondisi)	DS : Pasien mengatakan menerima dengan kondisinya sekarang.	
	4.5 Menggunakan pendekatan		

Tanggal/ jam	Implementasi	Evaluasi respon	Paraf
09 :20 09 : 30	yang tenang dan menyakinkan 4.4 Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian 4.6 Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 4.8 Melatih teknik relaksasi	Pasien mengatakan nyaman suasana hatinya DO : Pasien terlihat tenang, pasien selalu di dampingi istrinya, dan pasien mau mengikuti perintah untuk teknik relaksasi	Agustina
Jum'at 31 Mei 2024 08 : 30 09 :00	1.2 Memonitor kadar glukosa darah 1.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia 1.4 Memberikan asupan cairal oral 1.7 Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 2.2 Mengidentifikasi skala nyeri 2.6 menjelaskan strategi meredakan nyeri	DS : Pasien mengatakan masih mengikuti anjuran minum air putih sebanyak 1,5/ hari. Pasien mengatakan sudah mengurangi makan malam DO : GDS : 198 Mg/dl TD : 130/90 N : 85x/menit T : 36°C Bibir pasien lembab, BAK 4x/sehari DS : Pasien mengatakan nyeri berkurang skala 2 DO : Pasien tidak mengeluh nyeri, pasien terlihat tenang	Agustina Agustina
Sabtu, 01 Juni 2024 08 : 00	1.2 Memonitor kadar glukosa darah 1.4 Memberikan asupan cairan oral	DS : - DO : GDS : 146mg/dl TD : 130/100mm/hg N : 89x/menit T : 36°C Bibir lembab, BAK 4-5x/menit	Agustina

Tabel 4 4 Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal /jam	No. Dx Kep	Evaluasi	Paraf																
Rabu, 29 Mei 2024 12 : 00	1	S : Pasien mengatakan kesemutan dikaki kurang lebih 3 bulan, hilang tibul, kelelahan, dan mudah mengantuk O : DDS : 262 mg/dl A : Masalah ketidakstabilan glukosa darah belum teratasi <table border="1" data-bbox="756 1809 1311 1939"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengantuk</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kelelahan</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lapar</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 1.2,1.3, 1.4, 1.8</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Mengantuk	4	1	3	Kelelahan	4	1	4	Keluhan lapar	4	1	3	Agustina
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Mengantuk	4	1	3																
Kelelahan	4	1	4																
Keluhan lapar	4	1	3																

12 : 00	2	<p>S : Pasien mengatakan nyeri bagian lutut P:nyeri saat berjalan Q:seperti tertusuk- tusuk R: dibagian lutut S : skala 4 T : hilang timbul</p> <p>O : Pasien terlihat meringis saat bergerak. Pasien mengeluh nyeri saat bergerak A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="756 672 1324 801"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Sikap proktaktif</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.2, 2.4, 2.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Keluhan nyeri	2	5	2	Meringis	1	5	1	Sikap proktaktif	2	5	2	Agustina
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Keluhan nyeri	2	5	2																
Meringis	1	5	1																
Sikap proktaktif	2	5	2																
12 : 00	3	<p>S : Pasien mengatakan tidak mengerti dengan penyakitnya dan cara pengobatannya O : Pasien bingung saat ditanya tentang penyakitnya. A : Masalah defisit pengetahuan belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="756 1048 1324 1326"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengetahui tentang penyakit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Perilaku sesuai dengan pengetahuan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.3, 3.4, 3.4</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Perilaku sesuai anjuran	2	5	2	Kemampuan mengetahui tentang penyakit	2	5	2	Perilaku sesuai dengan pengetahuan	2	5	2	Agustina
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Perilaku sesuai anjuran	2	5	2																
Kemampuan mengetahui tentang penyakit	2	5	2																
Perilaku sesuai dengan pengetahuan	2	5	2																
12 : 00	4	<p>S : Pasien mengatakan cemas tentang penyakitnya O : pasien terlihat cemas A : Masalah ansietas belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="756 1541 1337 1796"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kebingungan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Perilaku tegang</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 4.1, 4.4, 4.5, 4.6, 4.8</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Verbalisasi kebingungan	2	5	2	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5	2	Perilaku tegang	2	5	2	Agustina
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Verbalisasi kebingungan	2	5	2																
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5	2																
Perilaku tegang	2	5	2																
Kamis, 30 Mei 2024 12 : 00	1	<p>S : Pasien mengatakan mengikuti anjuran minum 1,5 L O : GDS = 389mg/dl sesudah makan. TD : 150/110mmHg N : 86x/menit</p>	Agustina																

12 : 00	2	<p>T :36 A : Masalah kadar glukosa darah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="758 392 1332 526"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengantuk</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kelelahan</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lapar</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.2, 1.3, 1.4, 1.7</p> <p>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang O : Pasien meringis saat bergerak A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="758 728 1332 862"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Sikap proktektif</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.2 dan 2.6</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Mengantuk	4	1	3	Kelelahan	4	1	3	Keluhan lapar	4	1	2	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Keluhan nyeri	2	5	3	Meringis	1	5	3	Sikap proktektif	2	5	4	Agustina
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																																
Mengantuk	4	1	3																																
Kelelahan	4	1	3																																
Keluhan lapar	4	1	2																																
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																																
Keluhan nyeri	2	5	3																																
Meringis	1	5	3																																
Sikap proktektif	2	5	4																																
12 : 00	3	<p>S : Pasien mengatakan paham sam materi yang diberikan O : Pasien terlihat paham dan dapat menjawab pertanyaan tentang penyakitnya A : Masalah defisit pengetahuan sudah tersatasi</p> <table border="1" data-bbox="774 1198 1364 1489"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengetahui tentang penyakit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku sesuai dengan pengetahuan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Perilaku sesuai anjuran	2	5	4	Kemampuan mengetahui tentang penyakit	2	5	5	Perilaku sesuai dengan pengetahuan	2	5	4	Agustina																
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																																
Perilaku sesuai anjuran	2	5	4																																
Kemampuan mengetahui tentang penyakit	2	5	5																																
Perilaku sesuai dengan pengetahuan	2	5	4																																
12 : 00	4	<p>S : Pasien mengatakan menerima dengan kondisinya sekarang. O : Pasien terlihat tenang, pasien selalu di dampingi istrinya, dan pasien mau mengikuti perintah untuk teknik relaksasi A : Masalah ansietas teratasi</p> <table border="1" data-bbox="766 1758 1356 2004"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kebingungan</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perilaku tegang</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Verbalisasi kebingungan	2	5	4	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5	5	Perilaku tegang	2	5	4	Agustina																
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																																
Verbalisasi kebingungan	2	5	4																																
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	2	5	5																																
Perilaku tegang	2	5	4																																

		P : Intervensi dihentikan																	
Jum'at 31 Mei 2024 12 : 00	1	<p>S : Pasien mengatakan masih mengikuti anjuran minum air putih sebanyak 1,5/ hari. Pasien mengatakan sudah mengurangi makan malam</p> <p>O :</p> <p>GDS : 198 Mg/dl TD : 130/90 N : 85x/menit T : 36 Bibir pasien lembab, BAK 4x/sehari</p> <p>A : Masalah ketidakstabilan glukosa darah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengantuk</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelelahan</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lapar</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.2 dan 1.4</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Mengantuk	4	1	4	Kelelahan	4	1	3	Keluhan lapar	4	1	3	Agustina
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Mengantuk	4	1	4																
Kelelahan	4	1	3																
Keluhan lapar	4	1	3																
12 : 00	2	<p>S : Pasien mengatakan nyeri menghilang</p> <p>O : Pasien tidak mengeluh nyeri, pasien terlihat tenang</p> <p>A : Masalah nyeri akut teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sikap proktektif</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Keluhan nyeri	2	5	4	Meringis	1	5	5	Sikap proktektif	2	5	5	Agustina
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Keluhan nyeri	2	5	4																
Meringis	1	5	5																
Sikap proktektif	2	5	5																
Sabtu, 01 Mei 2023 12 : 00	1	<p>S : -</p> <p>O : GDS : 146mg/dl TD : 130/100mm/hg N : 89x/menit T : 36 Bibir lembab, BAK 4-5x/i</p> <p>A : Masalah kadar glukosa darah terkontrol/ membaik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mengantuk</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelelahan</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lapar</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Mengantuk	4	1	4	Kelelahan	4	1	5	Keluhan lapar	4	1	4	Agustina
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Mengantuk	4	1	4																
Kelelahan	4	1	5																
Keluhan lapar	4	1	4																

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah proses mengumpulkan, menguji, menganalisis dan mengkomunikasikan informasi tentang pasien (Hutagalung, 2019). Pengkajian dilakukan pada hari Rabu, 29 Mei 2024 di wilayah jl. M, said, Gg. Kita RT.029 Kelurahan Lok bahu ,Kecamatan sungai pinang, Samarinda. Kalimantan Timur, dari hasil pengkajian pasien bernama Bpk. M umur 50tahun 10 bulan, pasien tidak berkerja, dan memiliki riwayat penyakit hipertensi. Pada saat di kaji pasien mengeluh kesemutan dikaki kurang lebih 3bulan hilang timbul, pasien mengatakan mudah kelelahan dan mudah mengantuk, dan nyeri lutut dengan skala 4.

Dari data objektif yang didapat meliputi tanda- tanda vital yang didapatkan tekanan darah 140/100mmHg, nadi 133x/menit, pernafasan 16x/menit dan suhu 36,2°C. Berat badan 86kg, hasil GDS 262mg/dl, dan terdapat nyeri tekan di lutut, pasien terlihat meringis saat bergerak.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis respon pasien terhadap masalah kesehatan ataupun proses kehidupannya yang dialami, baik aktual ataupun potensial (PPNI, 2017).

a. Diagnosa yang muncul

Berdasarkan manifestasi klinis dan data pengkajian yang ditemukan pada pasien Bpk. M maka diagnosa keperawatan yang pertama penulis tegakkan yaitu ketidakstabilan glukosa darah

berhubungan dengan hiperglikemia, penulis mengangkat diagnosa ini karena kadar glukosa darah pada Bpk. M tidak stabil dan tinggi menyebabkan kesemutan, mudah mengantuk, dan sering buang air kecil merupakan tanda gejala diabetes dan harus dipantau agar gula darah stabil.

Diagnosa yang kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Penulis mengangkat diagnosa ini karena nyeri pada pasien Bpk. M menyebabkan pasien susah beraktivitas dan nyeri saat berjalan sehingga masalah ini harus diselesaikan agar nyeri berkurang.

Diagnosa ke tiga yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Penulis mengangkat diagnose ini karena pasien Bpk. M tidak dapat menjawab pertanyaan terkait tentang penyakit, cara perawatan dan cara pengobatannya sehingga masalah ini harus diselesaikan agar dapat meningkatkan pengetahuan pasien.

Diagnosa ke empat yaitu Anseitas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien Bpk. M cemas terhadap kondisi penyakitnya sekarang karena takut terjadi komplikasi sehingga masalah ini harus diselesaikan agar pasien tidak cemas pada kondisinya.

b. Diagnosa yang tidak muncul

Pada kasus diabetes melitus ini, penulis tidak dapat

menegakkan seluruh diagnosa sesuai teori, karena tidak ditemukan tanda dan gejala lain yang mendukung diagnosa pada data yang di peroleh yaitu difisit nutrisi berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (diabetes melitus). Pada kasus ini tidak bisa diangkat dikarenakan tidak adanya tanda- tanda yang menunjukkan penurunan berat badan, pasien memiliki nafsu makan yang kuat makan 3x sehari.

Diagnosa ke dua resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi (diabetes melitus). Pada kasus ini tidak bisa diangkat dikarenakan pasien tidak ada rasa haus yang berlebihan, nadi normal, nafas normal, tekanan tinggi, tidak ada penurunan berat badan dan mukosa bibir lembab.

Diagnosa yang ke tiga gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit. Pada kasus ini tidak dapat diangkat dikarenakan tidak ada keluhan sulit tidur, pasien rileks, tidak ada keluhan mual ataupun muntah.

Diagnosa ke empat yaitu risiko hipovolemia berhubungan dengan kelebihan berat badan. Pada kasus ini tidak dapat di angkat karena pasien tidak mengalami pendarahan atau keluar cairan yang berlebihan. Berdasarkan hal diatas, ditemukan dua diagnosa pada teori, empat diagnosa yang tidak muncul, dan dua diagnosa baru ditemukan diluar teori. Hal ini disebabkan karena reaksi fisiologi individu dalam menanggapi penyakit berbeda- beda, serta kurangnya informasi yang sesuai dan akurat, sehingga segala sesuatu yang

diperoleh secara teoritis tidak digunakan sebagai diagnosis penelitian.

3. Perencanaan

Aktivitas keperawatan didefinisikan sebagai rencana atau intervensi keperawatan, yang merupakan strategi untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien. Hal ini dicapai dengan menguraikan suatu tindakan, mengimplementasikan rencana tersebut, dan kemudian mengevaluasi kemajuan pasien terhadap tujuan tersebut (Baringbing, 2020).

Penulis mengimplementasikan rencana tindakan keperawatan untuk Tn. M selama empat sesi 30 menit. Mengingat kadar gula darah pasien yang meningkat dan hasil yang diantisipasi dari ketidakstabilan glukosa darah yang meningkat atau meningkat, tujuan awal penulis adalah untuk mengatasi masalah ini.

Setelah diagnosis ketidakstabilan glukosa darah, rencana pengobatan meliputi pengelolaan hiperglikemia. Hal ini termasuk mengidentifikasi penyebab hiperglikemia, memantau gejala-gejala yang terkait, memberikan cairan oral kepada pasien, menginstruksikan pasien untuk tidak berolahraga saat kadar glukosa melebihi 250 mg/dL, dan memberikan konseling kepada pasien mengenai pentingnya asupan cairan pengganti karbohidrat dalam mengelola diabetes mereka.

Teori atau rencana tindakan tidak diimplementasikan pada intervensi diagnosis kedua. Namun, untuk nyeri akut, sebuah rencana tindakan dilakukan untuk manajemen nyeri. Hal ini termasuk menentukan

lokasi, sifat, lama, kualitas, dan intensitas nyeri, serta skala nyeri dan faktor-faktor yang berkontribusi atau meringankannya.

Sangatlah penting untuk memastikan dampak nyeri terhadap kualitas hidup dan mengusulkan metode alternatif yang tidak melibatkan penggunaan obat-obatan.

Strategi intervensi diagnosis ketiga diinformasikan oleh pemahaman tentang penerimaan individu terhadap informasi dan kapasitas mereka untuk terlibat dengan materi edukasi. Hal ini mencakup distribusi materi edukasi dan penjadwalan sesi pendidikan kesehatan, mendorong pertanyaan dan menguraikan potensi risiko kesehatan.

Ini merupakan intervensi keempat. Setelah diagnosis ditegakkan, langkah selanjutnya adalah memantau tingkat kecemasan pasien, mengidentifikasi indikator peringatan potensial, menyediakan lingkungan yang aman untuk perawatan, memastikan sumber kecemasan mereka, dan mempertahankan sikap yang tenang dan meyakinkan. Perawatan pasien Tn. M diatur sesuai dengan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap implementasi, perawat mengimplementasikan rencana keperawatan dengan memberikan perawatan langsung kepada pasien untuk membantu mereka mencapai tujuan yang telah ditetapkan pada tahap sebelumnya (Angraini, 2018). Berdasarkan perencanaan yang telah disusun oleh peneliti melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi

ketidakstabilan glukosa darah. Tindakan yang dilakukan yaitu memberikan asupan cairan oral sebanyak 1,5L/ hari. Menurut penelitian mengonsumsi air putih dapat memiliki banyak manfaat, antara lain mendukung dan mendorong pembuangan zat-zat berbahaya dalam tubuh, termasuk kelebihan kadar gula darah (Kusniawati, 2017), menurut (Kurniasari, 2023) terapi air putih bermanfaat bagi penderita diabetes karena dapat mengendalikan tanda gejala diabetes. Cairan merupakan komponen terbesar dalam tubuh yaitu 60% dari berat badan orang dewasa adalah cairan (Hall, 2019) .

Peneliti merencanakan tindakan keperawatan untuk mengatasi nyeri akut. Memberikan pendekatan kompres hangat adalah tindakan yang dilakukan. Menurut penelitian RN Abdurakhman et al. (2020), kompres hangat dapat mengurangi spasme jaringan fibrosa, merelaksasi otot tubuh, meningkatkan pasokan darah, dan membuat pasien merasa nyaman. Salah satu cara untuk mencegah dan mengurangi rasa nyeri adalah dengan kompres hangat.

Berdasarkan rencana yang dirancang oleh peneliti, tindakan keperawatan dilakukan untuk meredakan nyeri akut. Tujuan dari prosedur ini adalah untuk menyediakan kompresi hangat. Menurut penelitian RN Abdurakhman dkk (2020), kompres hangat dapat mengurangi kejang jaringan fibrosa, mengendurkan otot-otot tubuh, melancarkan sirkulasi darah dan memberikan kenyamanan pasien. Kompres hangat juga bermanfaat dalam mengurangi stres atau ketegangan mental, yang

merupakan salah satu cara mencegah dan mengurangi rasa sakit.

Berdasarkan rencana yang dibuat oleh peneliti, tindakan keperawatan yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, tujuan prosedur ini adalah untuk menyediakan materi tentang penyakit yang dialami nya agar pasien dapat mengerti tentang kondisinya.

Berdasarkan rencana yang dibuat peneliti, mereka menerapkan keperawatan untuk mengatasi masalah ansietas tindakan ini adalah mendorong keluarga untuk tinggal bersama pasien. Menurut sebuah penelitian (Lestari, 2019), dukungan keluarga dapat memberikan ketenangan dan keamanan pada pasien selama sakit.

5. Evaluasi

Sebagai kesimpulan, evaluasi bertujuan untuk memastikan apakah intervensi keperawatan yang diterapkan telah berhasil mengatasi masalah yang dihadapi.

Sebuah tinjauan terhadap rekam medis Tn. M menunjukkan empat diagnosis yang tampaknya telah dikelola atau diperbaiki secara efektif. Diagnosa-diagnosa tersebut meliputi: (1) Ketidakstabilan glukosa darah terkait hiperglikemia, yang dibuktikan dengan empat kali pemantauan kadar gula darah yang menunjukkan hasil yang menurun atau membaik; (2) Nyeri akut akibat agen cedera fisiologis, seperti yang dilaporkan oleh pasien Tn. M; dan (3) Defisit pengetahuan akibat kurang terpapar informasi, seperti yang dijelaskan oleh pasien Tn. M. Kemampuan pasien untuk mengartikulasikan dan menanggapi pertanyaan tentang kondisinya

mengindikasikan adanya defisit pengetahuan karena kurangnya paparan terhadap informasi terkait. Sebaliknya, pernyataannya bahwa ia tidak lagi mengalami kecemasan dan telah menerima keadaannya menunjukkan adanya defisit kecemasan yang terkait dengan ancaman terhadap konsep dirinya. Tn. M menyatakan bahwa rasa sakitnya telah hilang.