

BAB V

PEMBAHASAN

Dalam bab ini dibahas tentang kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus, yang penulis peroleh saat melaksanakan studi kasus asuhan keperawatan medikal bedah sistem endokrin Diabetes Melitus Tipe 2 pada Ny. V.M di ruangan Sta. Anna Rumah Sakit Budi Setia Langowan selama 4 hari mulai dari tanggal jumat 25 april 2025 sampai senin 28 april 2025, penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan.

5.1 PENGKAJIAN

Berdasarkan tinjauan teori, faktor penyebab terjadinya diabetes melitus tipe 2 yaitu : usia >45 tahun. Hal ini disebabkan oleh orang yang sudah berusia lebih dari 45 tahun cenderung kurang dan tidak berolahraga atau melakukan aktifitas fisik, kehilangan massa otot, dan adanya penambahan berat badan pada saat bertambahnya usia. Genetik, Penyakit diabetes melitus bisa di dapatkan dari orang tua. Gen penyebab diabetes melitus akan di bawa oleh anak apabila orang tua memiliki penyakit diabetes melitus. Obesitas. Kelebihan berat badan merupakan faktor utama dari adanya diabetes melitus tipe II. Dengan semakin banyaknya jaringan lemak yang dimiliki seseorang, maka semakin banyak pula sel yang berubah menjadi insulin. Pola makan yang salah, apabila kita makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang di butuhkan tubuh akan memacu datangnya diabetes melitus. Konsumsi makan yang berlebihan dan tidak di imbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah yang memadai dapat menyebabkan kadar gula darah meningkat dan sudah pasti akan menyebabkan diabetes melitus. Aktivitas kurang, seseorang yang malas beraktifitas fisik atau tidak aktif akan memiliki resiko lebih besar terkena diabetes melitus tipe II. Hal ini disebabkan oleh hal apaun yang melibatkan aktifitas fisik akan membantu tubuh dalam mengendalikan berat badan, dan menggunakan glukosa sebagai energi serta membuat sel lebih sensitive terhadap insulin (Barao, 2022).

Tanda dan gejala yang ada di tinjauan teori dan ada di tinjauan kasus yaitu: banyak kencing (*polyuria*), banyak minum (*polydipsia*), badan terasa lemah dan penglihatan kabur (gangguan penglihatan).

Tanda dan gejala yang ada di tinjauan teori tapi tidak ada di tinjauan kasus yaitu: banyak makan (*polifagia*), penurunan berat badan, gangguan saraf tepi, gatal/bisul, gangguan ereksi, dan keputihan.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori terdapat beberapa diagnosis keperawatan medikal bedah menurut perumusan dari (Tim Pokja SDKI, DPP, PPNI, 2017), yaitu sebagai berikut:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) berhubungan dengan disfungsi pankreas
2. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik
3. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan ulkus diabetikum
4. Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan hambatan lingkungan
5. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan Ancaman Terhadap Konsep Diri
6. Intoleransi Aktivitas (D.0056) berhubungan dengan Kelemahan
7. Risiko infeksi (D.0142) ditandai dengan risiko penyakit kronis
8. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0038)
9. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
10. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
11. Risiko perfusi gastrointestinal tidak efektif (D0013)
12. Risiko perfusi miokard tidak efektif (D.0014)
13. Risiko perfusi perifer tidak efektif (D.0015)
14. Risiko perfusi renal tidak efektif (D.0016)
15. Risiko disfungsi neurovaskuler (D.0067)
16. Risiko disfungsi seksual (D.0072)
17. Gangguan rasa nyaman (D.0074)
18. Keputusasaan (D.0088)
19. Keletihan. (D.0057)
20. Perilaku cenderung berisiko (D.0099)

21. Defisit pengetahuan (D.0111)
22. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112)
23. Ketidakpatuhan (D.0114)
24. Risiko gangguan integritas kulit (D.0139).

Diagnosa keperawatan yang ada di tinjauan teori dan tinjauan kasus yaitu :

1. Kedakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) berhubungan dengan disfungsi pankreas Diagnosa keperawatan ini diangkat karena pada pasien ditemukan tanda gejala berupa tingginya kadar glukosa darah 501 mg/dL, mudah lelah, sering merasa haus, badan terasa lemah, pusing, mengantuk, dan kedua kaki merasakan nyeri. Kedakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas.
2. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik Diagnosa keperawatan ini diangkat menjadi diagnosis keperawatan utama karena pasien terdapat *Ulkus Diabetikum* di bagian jari kaki sebelah kanan sehingga pasien tampak meringis dan gelisah dikarenakan menahan rasa sakit pada lukanya. dan Pemeriksaan lab menunjukkan bahwa HbA1c : 6,2 mengalami peningkatan.
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Kondisi klinis terkait (DM). Diagnosa ini diangkat karena pada pasien di temukan tanda dan gejala berupa luka di jari kaki digit 4 dan 5 sebelah kanan
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan lingkungan. Diagnosa ini diangkat karena pada pasien di temukan tanda dan gjala berupa sulit tidur, istirahat tidak cukup, pola tidur berubah, tidur tidak puas, sering menguap, ekspresi wajah mengantuk.
5. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri : Diagnosa ini diangkat karena pasien menghawatirkan tentang kondisi yang pasien alami, pasien berpikir luka tentang lukanya.
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan : Diagnosa ini diangkat karena pasien beraktivitas selalu di bantu oleh perawat/keluarga, pasien tidak mampu beraktivitas secara mandiri.

5.3 Intervensi, Implementasi, Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil pemeriksaan maka penulis menetapkan 6 diagnosis keperawatan kepada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dan menyusun intervensi dan mengimplementasikan kepada pasien serta melakukan evaluasi terhadap keadaan dan perkembangan Kesehatan pasien.

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas, dibuktikan dengan: sering merasa lelah, sering merasa haus, lemah badan, dan merasa pusing. Implementasi keperawatan yang telah diberikan kepada pasien : Mengidentifikasi penyebab Hiperglikemia, Memonitor kadar glukosa darah, Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, Menganjurkan kepatuhan diet dan olahraga, Penatalaksanaan pemberian insulin. Setelah Tindakan keperawatan selama 3 hari maka evaluasi yang di peroleh yaitu masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah sudah teratasi pasien mengatakan ia sudah tidak merasakan lemah badan, dan pusing GDS terakhir : 100 mg/Dl.
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan : pasien tampak meringis karna merasa nyeri pada *Ulkus Diabetikum* di jari kaki digit 4 dan 5 sebelah kanan, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 8/nyeri berat, dan menyebar ke seluruh kaki, nyeri dirasakan 2-3 menit dan hilang timbul. Implementasi keperawatan yang telah di berikan kepada pasien : Mengidentifikasi, Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengukur skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperringn nyeri, dan mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Kondisi klinis terkait (DM). Implementasi yang diberikan kepada pasien: Memonitor karakteristik luka, (perawatan luka) melepaskan balutan dan plester, membersihkan dengan cairan sodium chloride 0,9%, memasang balutan sesuai jenis luka,

menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 hari maka evaluasi yang dilakukan yaitu masalah gangguan integritas kulit belum teratasi dan implementasi dilanjutkan oleh pasien secara mandiri dirumah.

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, dibuktikan dengan : sulit tidur, istirahat tidak merasa cukup, pola tidur berubah, tidur tidak puas. Implementasi keperawatan yang telah diberikan kepada pasien: Mengidentifikasi aktifitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 hari maka evaluasi yang dilakukan yaitu masalah gangguan pola tidur teratasi.

5. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri dibuktikan dengan : pasien mengatakan menghawatirkan tentang kondisi yang pasien alami, dan pasien berpikir tentang lukanya. Implementasi yang di berikan pada pasien : Mengidentifikasi saat Tingkat ansietas berubah, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, dan menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien. Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 hari maka evaluasi yang di lakukan yaitu masalah ansietas teratasi: Pasien tampak sudah tidak memikirkan tentang kesembuhannya karena ia selalu berdoa kepada tuhan

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan : pasien tidak mampu beraktivitas dan dibantu oleh perawat/keluarga Implementasi yang di berikan pada pasien : Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan, sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, Ajurkan melakukan aktivitas secara bertahap, dan mekolaborasi dengan ahli gizi tentang cara

meningkatkan asupan makanan. Setelah dilakukan Tindakan Keperawatan selama 4 hari maka evaluasi yang dilakukan yaitu masalah intoleransi aktivitas teratasi.