

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Bab ini mendeskripsikan terkait dua pasien kelolaan Asuhan Keperawatan Pasien Defisit Pengetahuan Dengan Tindakan *Diabetes Self Managemen Education* (DSME) Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Diruang Poliklinik Penyakit Dalam Rsud Bangli. Deskripsi ini mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi serta evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Tabel 2
Pengkajian Keperawatan Pasien 1 dan 2 pada Asuhan Keperawatan Pasien Defisit Pengetahuan Dengan Tindakan *Diabetes Self Managemen Education* (DSME) Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Diruang Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bangli

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
Identitas Pasien	Ny. R.D, seorang pasien perempuan. Ny. R.D lahir pada tanggal 31 Desember 1974, dan saat ini berusia 49 tahun. Nomor rekam medisnya adalah 266929. Beliau adalah WNI (Warga Negara Indonesia) dan beragama Hindu. Pendidikan terakhir yang ditempuh oleh Ny. R.D adalah Sekolah Menengah Atas (SMA). Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 Februari 2024, jam 10.20 pagi, di ruangan Poli Bedah,	Ny. S, seorang perempuan Warga Negara Indonesia yang beragama Hindu dan memiliki pendidikan SD. Identitas ini menjadi titik awal dalam memahami latar belakang pasien sebelum melakukan proses perawatan. Melalui pengkajian ini, tim medis dapat memahami konteks sosial dan budaya pasien, yang dapat berpengaruh pada penyampaian informasi kesehatan dan pemilihan perawatan yang lebih efektif.

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
		Dengan mengetahui bahwa Ny. S adalah seorang perempuan Hindu dan berpendidikan SD. Pengkajian dilakukan Pada tanggal 15 Februari 2024, pukul 10.00 WITA, di ruangan poliklinik penyakit dalam RSUD Bangli.
Riwayat Kesehatan		
Keluhan Utama saat MRS	Keluhan utama saat MRS (Masuk Rumah Sakit) adalah badan pegal-pegal. Pasien mengalami ketidaknyamanan dan kekakuan pada tubuhnya yang membuatnya merasa pegal dan tidak nyaman.	Keluhan utama saat MRS adalah kelemahan fisik yang dirasakannya secara nyata. Pasien menyampaikan bahwa tubuhnya terasa tidak bertenaga dan mudah lelah. Dia juga mengalami sensasi pusing yang cukup mengganggu. Keluhan ini menjadi perhatian utama karena dapat menjadi tanda atau gejala dari suatu kondisi kesehatan yang lebih serius.
Diagnosa medis saat ini	Diagnosa medis saat ini adalah Diabetes Mellitus (DM) tipe 2.	Diagnosa medis saat ini adalah Diabetes Mellitus tipe 2
Riwayat keluhan/penyakit saat ini	Pasien Ny. R.D datang ke RSUD Bangli pada tanggal 16 Februari 2024, pukul 09.00 pagi dengan keluhan utama badan yang terasa pegal-pegal dan kurangnya nafsu makan. Setelah dilakukan pemeriksaan	Ny. S mengeluhkan kelemahan tubuh dan sensasi pusing yang dirasakannya. Dia juga merasa mual, meskipun tanpa gejala muntah yang disertai. Selama interaksi dengan petugas kesehatan

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
	lebih lanjut, pasien didiagnosis menderita Diabetes Mellitus (DM) tipe 2. Pasien telah memiliki riwayat penyakit ini sebelumnya dan mengatakan bahwa dengan menyuntik insulin, kadar gula darahnya dapat dikontrol, sehingga ia tidak merasa perlu untuk melakukan pemeriksaan rutin gula darah. Selama sakit ini, pasien mengaku tidak menjaga pola makan dengan baik. Pemeriksaan TTV menunjukkan adanya peningkatan tekanan darah dengan nilai 140/100 mmHg, denyut nadi sebanyak 102 kali per menit, suhu tubuh normal sebesar 36°C, laju pernapasan normal sebanyak 20 kali per menit, dan tingkat oksigen dalam darah yang normal dengan nilai SpO2 sebesar 98%. Selain itu, hasil pemeriksaan juga mencatatkan kadar gula darah sewaktu (GDS) pasien yang tinggi, mencapai 324 mg/dl.	di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bangli, Ny. S mengungkapkan bahwa kelemahan dan pusing yang dirasakannya dapat disebabkan oleh ketidaksesuaian penggunaan insulin. Ny. S mengakui bahwa dia telah kehabisan persediaan insulin selama dua hari terakhir, yang menyebabkan fluktuasi kadar gula darahnya. Selain itu, Ny. S juga mengungkapkan kurangnya pengetahuan tentang gejala diabetes yang dialaminya. Karena itu, dia bertanya kepada dokter dan perawat mengenai kondisinya.
Riwayat penyakit terdahulu	Pasien Ny. R.D memiliki riwayat kesehatan yang tercatat dengan baik.	Ny. S tidak memiliki riwayat rawat inap sebelumnya. Dia juga

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
	Beliau tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, juga tidak pernah menjalani operasi sebelumnya. Tidak ada riwayat kelainan bawaan yang signifikan yang pernah tercatat dalam riwayat kesehatannya. Selain itu, pasien juga tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat atau makanan yang perlu diperhatikan. Yang menarik, tidak ada riwayat penyakit yang sama atau serupa dalam keluarga pasien, menunjukkan bahwa keluarga tidak memiliki riwayat penyakit yang dapat diturunkan secara genetik.	tidak pernah menjalani operasi. Selain itu, Ny. S tidak memiliki riwayat kelainan bawaan atau alergi yang signifikan. Namun, ada riwayat penyakit keluarga yang perlu dicatat, yaitu diabetes mellitus (DM) yang dialami oleh ayah kandung Ny. S. Hal ini menunjukkan adanya faktor risiko genetik yang mempengaruhi kondisi kesehatan Ny. S, terutama terkait dengan DM tipe 2 yang didiagnosis pada dirinya saat ini.
Prosedur Invasif	Pasien Ny. R.D saat ini tidak memiliki prosedur invasif yang terpasang. Tidak ada infus intra vena, dower catheter, selang NGT, tracheostomy, atau prosedur invasif lainnya yang tercatat dalam pengkajiannya. Kondisi ini menunjukkan bahwa pasien tidak memerlukan perawatan atau intervensi yang melibatkan prosedur medis invasif dalam pengelolaan kondisinya saat ini.	Ny. S tidak sedang menjalani prosedur invasif saat ini.

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
Keadaan Umum	Ny. R.D pada saat pengkajian menunjukkan keadaan umum yang stabil. Kesadarannya dalam kondisi kompos mentis, yang menandakan bahwa pasien sadar dan responsif terhadap lingkungannya. Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal, dengan suhu tubuh 36°C, tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 102 kali per menit, pernapasan 20 kali per menit, dan tingkat oksigen dalam darah (SpO2) sebesar 98%. Kondisi ini menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan hemodinamik yang stabil tanpa tanda-tanda kesulitan pernapasan atau gangguan kardiovaskular yang signifikan.	Ny. S dalam keadaan sadar dan kompos mentis. Suhu tubuhnya stabil pada 37,4°C, dengan pernafasan sebanyak 20 kali per menit, nadi 83 kali per menit, dan tekanan darah 140/90 mmHg. Tingkat saturasi oksigen (SP.O2) dalam darah mencapai 96%.
Penilaian Nyeri	Penilaian nyeri pada pasien Ny. R.D mengindikasikan bahwa pasien tidak mengalami nyeri pada saat pengkajian. Pasien menunjukkan ekspresi wajah yang rileks dan tidak menunjukkan tanda-tanda fisik yang biasanya terkait dengan nyeri. Skala Wong-Baker dan Numeric Rating Scale (NRS) juga menunjukkan bahwa pasien tidak mengalami	Ny. S tidak mengalami nyeri saat ini. Skala nyeri Wong-Baker menunjukkan bahwa ekspresi wajahnya rileks, dengan skor 0, menunjukkan bahwa ia tidak mengalami nyeri. Selain itu, tidak ada keluhan nyeri yang disampaikan oleh pasien, dan tidak ada lokasi nyeri yang diidentifikasi.

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
	nyeri atau mengalami nyeri ringan. Pasien tidak melaporkan adanya nyeri saat ditanyakan. Selain itu, tidak ada lokasi nyeri yang disebutkan oleh pasien, serta tidak ada faktor pemicu atau memperberat nyeri yang diidentifikasi selama pengkajian.	
Pemeriksaan Fisik	Selama pemeriksaan fisik dari kepala sampai kaki pada pasien Ny. R.D, tidak ditemukan kelainan yang signifikan. Kepala pasien terlihat normosefali tanpa adanya lesi atau luka yang mencolok. Warna rambutnya terlihat normal dengan keluhan rontok yang tidak berarti. Pada pemeriksaan mata, konjungtiva terlihat merah muda dan sklera dalam kondisi normal. Penglihatan pasien juga tercatat normal tanpa adanya gangguan atau kelainan. Pupil pasien isokor dan tidak menunjukkan tanda-tanda abnormalitas. Tidak ada kelainan yang mencolok pada daerah leher, hidung, telinga, mulut, dan gigi. Pemeriksaan dada menunjukkan bentuk simetris dengan irama nafas yang teratur dan	Hasil pemeriksaan fisik pada Ny. S menunjukkan kondisi yang stabil. Kepalanya memiliki bentuk yang normal, tanpa adanya lesi atau luka yang tampak. Mata dan telinganya menunjukkan fungsi sensoris yang baik, dengan penglihatan normal dan pendengaran tanpa kelainan. Pemeriksaan pada mulut dan gigi tidak mengindikasikan adanya masalah, dengan bibir yang lembab dan gigi dalam keadaan penuh tanpa kelainan. Dada Ny. S terlihat simetris tanpa retraksi, dengan irama nafas yang regular dan suara nafas normal. Abdomennya terasa normal tanpa kembung atau tanda-tanda ascites, dan kulitnya memiliki warna dan kelembaban

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
	suara nafas yang normal. Tidak ada retraksi atau sekret yang mencolok. Pada pemeriksaan abdomen, tidak ditemukan kembung yang berarti dan bising usus terdengar normal. Tidak ada tanda-tanda ascites yang terdeteksi. Pada pemeriksaan ekstremitas, suhu akral terasa hangat dengan pergerakan yang aktif dan kekuatan otot yang kuat. Waktu isi ulang kapiler kurang dari 3 detik, menunjukkan perfusi yang baik. Tidak ada tanda-tanda hemiplegi, edema, atau kelainan kulit yang signifikan yang diamati selama pemeriksaan.	yang normal, tanpa luka atau hematoma yang mencolok. Secara keseluruhan, pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa Ny. S dalam keadaan yang baik tanpa adanya masalah fisik yang signifikan.
Data Biologis	Pernapasan pasien tercatat normal tanpa kesulitan bernafas atau menggunakan oksigen tambahan. Nafsu makannya tercatat baik, dan dia mengonsumsi makanan seperti bubur, telur rebus, dan sayur, sementara dia tidak menyukai makanan pedas atau yang berlemak. Pasien juga tidak mengeluhkan mual atau muntah. Eliminasi pasien dalam kondisi normal, tanpa masalah perkemihan	Pernapasan pasien terjadi tanpa kesulitan yang signifikan, dengan kesadaran yang baik dan tidak mengalami kesulitan bernafas. Meskipun terdapat riwayat DM tipe 2, pasien tidak memerlukan O2 tambahan atau alat bantu pernapasan lainnya. Saat ini, nafsu makannya menurun dan dia mengeluh mual, yang dapat menjadi tanda penurunan status nutrisi. Namun, eliminasi urin

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
	seperti retensi urine atau inkontinensia. Pasien tidur dengan baik, mencatat lama tidur sekitar 8 jam per hari tanpa kesulitan tidur siang. Dia memiliki kebiasaan pengantar tidur dengan menonton TV dan mematikan lampu saat tidur. Mobilisasi pasien tercatat normal dan mandiri tanpa menggunakan kursi roda. Dia juga aktif dalam kegiatan beribadah dan mengungkapkan bahwa agama atau kepercayaannya penting baginya.	dan tinja pasien dalam rentang yang normal, menunjukkan fungsi ginjal dan pencernaannya masih berjalan baik. Meskipun mengalami penurunan nafsu makan, pasien masih mampu mengonsumsi makanan dan minuman secara mandiri, meskipun dengan frekuensi yang sedikit berkurang.
Data Psikologis	Data psikologis pasien Ny. R.D mencerminkan stabilitas emosional dan kesejahteraan mental yang relatif baik. Pasien tidak melaporkan adanya masalah perkawinan, kekerasan fisik, atau perilaku yang merugikan diri sendiri atau orang lain. Dia juga tidak mengalami gangguan tidur yang signifikan. Meskipun tidak pernah berkonsultasi dengan psikolog atau psikiater sebelumnya, pasien memiliki keyakinan agama yang kuat dan aktif dalam kegiatan keagamaan. Selain itu, dia	Data psikologis dari Ny. S mencakup aspek-aspek yang relevan dengan kesejahteraan mental dan emosionalnya. Pasien tidak melaporkan adanya masalah dalam hubungan perkawinan atau keluarga. Selain itu, tidak ada riwayat pengalaman trauma atau kekerasan fisik dalam kehidupannya. Meskipun pasien mengalami gangguan tidur, tidak ada riwayat konsultasi dengan psikolog atau psikiater. Pasien juga tidak menggunakan obat-obatan atau alkohol

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
	menyatakan bahwa Tuhan, agama, atau kepercayaan memiliki peran penting dalam hidupnya. Pasien memiliki kebiasaan tidur dan pengantar tidur yang teratur, serta mencatat suasana hati yang stabil tanpa perubahan yang signifikan.	sebagai koping terhadap stres. Dalam keadaan stres, pasien cenderung untuk mencari pemecahan masalah atau tidur sebagai strategi untuk mengatasinya. Meskipun mengalami tekanan saat sakit, pasien masih memikirkan kesembuhan dan memiliki harapan untuk kembali sehat seperti biasanya.
Data Sosial, Ekonomi, Dan Spiritual	Pasien tinggal bersama anak dan menantu sebagai bagian dari keluarga yang dekat. Dalam hal pengambilan keputusan, pasien menetapkan bahwa pembuat keputusan dalam keluarga adalah suaminya atau anak-anaknya. Tidak ada laporan mengenai kesulitan hubungan dengan anggota keluarga lainnya, termasuk orang tua, sanak keluarga, atau pasangan hidup. Dari segi pekerjaan, pasien bekerja sebagai petani dengan jadwal kerja tiga kali seminggu, dimulai dari pukul 07.00 hingga 09.20. Keuangan pasien dianggap memadai. Dalam hal pembiayaan kesehatan, pasien mengandalkan biaya sendiri. Pasien aktif	Pasien tinggal bersama keluarga kandungnya dan pembuat keputusan dalam keluarganya adalah dibantu oleh anak dan menantunya. Tidak dilaporkan adanya kesulitan dalam hubungan keluarga. Ny. S tidak bekerja dan memiliki keuangan yang memadai. Pembiayaan kesehatannya ditanggung oleh asuransi. Meskipun tidak selalu, Ny. S melakukan kegiatan keagamaan seperti Tri Sandhya dan berdoa di tempat tidur. Pasien menganggap agama dan kepercayaannya penting dalam kehidupannya, dan memiliki harapan serta keyakinan akan kesembuhan dan

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
	dalam kegiatan beribadah dan menganggap Tuhan, agama, atau kepercayaan sebagai bagian penting dari kehidupannya. Meskipun tidak ada kebutuhan rohanian yang dinyatakan, pasien memiliki keyakinan agama yang kuat. Tidak ada kegiatan agama khusus yang diinginkan selama di rumah sakit.	kesejahteraan melalui spiritualitasnya.
Assesmen Fungsional	Penilaian fungsi harian menggunakan Indeks Barthel menunjukkan total skor sebesar 21. Skor ini mencerminkan tingkat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Skor maksimum pada Indeks Barthel adalah 100, yang menunjukkan kemandirian penuh dalam melakukan aktivitas, sedangkan skor minimum adalah 0, menandakan ketergantungan total pada perawatan orang lain. Dengan skor 21, pasien menunjukkan kemampuan yang baik dalam menjalankan sebagian besar aktivitas harian tanpa bantuan signifikan dari orang lain.	Berdasarkan Bartel Indeks, total skornya adalah 21, menunjukkan tingkat kemandirian yang baik. Ny. S mampu mengontrol BAB dan BAK secara mandiri, membersihkan diri, menggunakan toilet, makan, berpindah dari tidur ke duduk, berpakaian, naik turun tangga, mandi, dan berpindah tempat dengan berjalan mandiri. Namun, terdapat beberapa aktivitas di mana Ny. S memerlukan bantuan, seperti berpakaian dengan sebagian dibantu, serta mobilisasi/berjalan dan mandi dengan bantuan.
Pengkajian Risiko Jatuh	Setelah melakukan penilaian resiko jatuh, hasilnya menunjukkan	Pengkajian risiko jatuh untuk Ny. S dilakukan menggunakan skala

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
	2	3
	bahwa pasien memiliki risiko jatuh yang rendah. Ini menandakan bahwa faktor-faktor yang berkontribusi terhadap risiko jatuh pasien saat ini teridentifikasi dan dapat dikelola dengan baik. Evaluasi risiko jatuh ini penting untuk mengambil langkah-langkah pencegahan yang tepat guna mengurangi kemungkinan kecelakaan yang terjadi.	Morse. Berdasarkan pengkajian tersebut, Ny. S memiliki skor risiko rendah, dengan total skor 7. Faktor-faktor yang dinilai dalam pengkajian ini meliputi usia, defisit sensoris, aktivitas, riwayat jatuh, kognisi, pengobatan dan penggunaan alat kesehatan, mobilitas, pola buang air besar/buang air kecil, dan komorbiditas. Dengan skor 7, Ny. S dikategorikan memiliki risiko jatuh rendah, yang menunjukkan kemampuannya untuk mempertahankan keseimbangan dan mengurangi kemungkinan terjadinya kecelakaan jatuh.
Skrining Nutrisi	Hasil skrining nutrisi menggunakan MST menunjukkan bahwa pasien memiliki nilai MST sebesar 2, yang menunjukkan adanya risiko sedang terkait status nutrisi. Nilai ini menunjukkan bahwa pasien mengalami masalah nutrisi yang perlu diperhatikan lebih lanjut oleh tim medis. Risiko sedang tersebut menandakan adanya	Berdasarkan hasil skrining, Ny. S memiliki nilai MST sebesar 2, yang mengindikasikan risiko nutrisi sedang. Skrining ini melibatkan pertanyaan terkait penurunan berat badan yang tidak direncanakan dan penurunan nafsu makan. Ny. S mengalami penurunan berat badan dalam rentang 1-5 kg, dan meskipun ia belum mengalami penurunan

Fokus Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	2	3
	potensi kekurangan nutrisi atau masalah terkait pola makan yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan pasien secara keseluruhan.	nafsu makan, nilai MST-nya menunjukkan adanya risiko nutrisi sedang.
Terapi Pengobatan	Ny. R diresepkan dengan beberapa obat untuk mengelola kondisi kesehatannya. Ini termasuk Allopurinol 100 mg, Atorvastatin 20 mg, Candesartan 8 mg, Gabapentin 200 mg, dan Mecobalamin. Selain itu, dia juga menggunakan insulin Lantus dengan aturan penggunaan satu kali sehari, serta Sansulin Rapid Acting tiga kali sehari.	Ny. S diresepkan dengan beberapa obat untuk mengatasi kondisi kesehatannya. Pada malam hari, dia membutuhkan Samsulin G Long Acting sebanyak 14 unit. Selain itu, dia juga mengonsumsi Allopurinol 100 mg satu kali sehari dalam bentuk tablet, Amlodipin 5 mg sekali sehari dalam bentuk tablet, Atorvastatin 20 mg satu tablet pada malam hari, Candesartan 8 mg sekali sehari dalam bentuk tablet, Gabapentin 300 mg sekali sehari dalam bentuk tablet, dan Mecobalamin satu kapsul sehari. Selain itu, untuk pengaturan gula darahnya, dia menggunakan Sansulin Rapid Acting sebanyak 18 unit tiga kali sehari.

B. Diagnosis Keperawatan

Dalam rangka memberikan perawatan yang holistik dan efektif bagi pasien, penting untuk melakukan analisis mendalam terhadap data yang telah dikumpulkan selama proses pengkajian. Diagnosis Keperawatan merupakan tahap penting dalam merumuskan rencana perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Hasil selengkapnya disajikan sebagai berikut:

1. Analisis data

Tabel 3
Analisis Data Pasien 1 dan 2 pada Asuhan Keperawatan Pasien Defisit Pengetahuan Dengan Tindakan *Diabetes Self Managemen Education* (DSME) Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Diruang Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bangli

	Pasien 1	Pasien 2
Data Fokus	Data Subjektif: 1. Keluhan utama saat masuk rumah sakit adalah badan yang terasa pegal-pegal dan kurangnya nafsu makan. 2. Pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus (DM) tipe 2 dan mengeluhkan kurangnya pemahaman tentang gejala diabetes serta manajemen gula darahnya. 3. Pasien mengaku tidak menjaga pola makan dengan baik. 4. Pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya dan tidak memiliki riwayat operasi atau kelainan bawaan yang signifikan.	Data Subjektif: 1. Keluhan utama pasien adalah kelemahan tubuh, sensasi pusing, dan mual. 2. Pasien mengakui kehabisan persediaan insulin selama dua hari terakhir, yang menyebabkan fluktuasi kadar gula darahnya. 3. Pasien mengungkapkan kurangnya pengetahuan tentang gejala diabetes yang dialaminya. 4. Pasien tidak memiliki riwayat rawat inap sebelumnya atau riwayat operasi, namun ada riwayat keluarga terkait

	Pasien 1	Pasien 2
	Data Objektif: 1. Tekanan darah pasien adalah 140/100 mmHg. 2. Kadar gula darah sewaktu (GDS) pasien mencapai 324 mg/dL. 3. Pasien memiliki Indeks Barthel sebesar 21, menunjukkan kemampuan dalam aktivitas sehari-hari tanpa bantuan signifikan dari orang lain. 4. Pasien dinilai memiliki risiko sedang terkait status nutrisi berdasarkan skrining MST.	Diabetes Mellitus (DM) pada ayah kandungnya. Data Objektif: 1. Tekanan darah pasien adalah 140/90 mmHg. 2. Kondisi umum pasien stabil dengan suhu tubuh 37,4°C, pernapasan sebanyak 20 kali per menit, nadi 83 kali per menit, dan tekanan darah 140/90 mmHg. 3. Pasien memiliki Indeks Barthel sebesar 21, menunjukkan kemampuan dalam aktivitas sehari-hari tanpa bantuan signifikan dari orang lain. 4. Pasien dinilai memiliki risiko jatuh rendah berdasarkan skala Morse.
Analisis	Kurangnya pemahaman tentang gejala DM. ↓ Ketidakhahaman tentang pengelolaan gula darah. ↓ Kurangnya pengetahuan tentang pentingnya penggunaan insulin.	Kurangnya pemahaman tentang gejala DM. ↓ Ketidakhahaman tentang pengelolaan gula darah. ↓ Kurangnya pengetahuan tentang pentingnya penggunaan insulin.
Masalah Keperawatan	Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan

2. Diagnosa keperawatan

Defisit pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan kognitif dan kurangnya paparan informasi terkait pengendalian DM tipe 2 ditandai dengan perilaku tidak sesuai anjuran dan persepsi yang salah terhadap pengendalian DM tipe 2 dan menunjukkan perilaku apatis terhadap DM tipe 2 (D.0111).

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada kedua pasien adalah sebagai berikut:

Tabel 4
Rencana Keperawatan Pasien 1 dan 2 pada Asuhan Keperawatan Pasien Defisit Pengetahuan Dengan Tindakan *Diabetes Self Managemen Education* (DSME) Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Diruang Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bangli

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3
Defisit Pengetahuan (D.0111) Definisi: Ketidadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Penyebab: 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kesalahan dalam mengikuti anjuran 4. Kurangnya paparan informasi 5. Kurang minat dalam pembelajaran 6. Kurang kemampuan untuk mengingat informasi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1x30 menit diharapkan tingkat pengetahuan (L.12111) Membaik dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5) 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5) 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5) 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5) 6. Perilaku membaik (5)	Intervensi utama Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi factor-factor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3
7. Ketidaktahuan dalam menemukan sumber informasi Gejala dan Tanda Mayor: 1. Perilaku tidak sesuai dengan anjuran 2. Persepsi yang keliru terhadap masalah Gejala dan Tanda Minor: 1. Menjalani pemeriksaan yang tepat 2. Perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria) Kondisi Klinis Terkait: 1. Kondisi klinis baru yang dihadapi oleh klien 2. Penyakit akut 3. Penyakit kronis		Intervensi pendukung Edukasi Diet (I.12369) Observasi : 1. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 2. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan. Edukasi 3. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan. 4. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang

D. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 16 Februari 2024, pukul 09.00, dilakukan observasi terhadap Ny. R.D untuk mengidentifikasi kesiapan dan kemampuannya dalam menerima informasi terkait manajemen diabetes mellitus (DM). Ny. R.D menyatakan kesiapannya dan kemampuan menerima informasi dengan baik. Selanjutnya, pada pukul 09.02, dilakukan identifikasi terhadap faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Ny. R.D menunjukkan motivasinya dengan melakukan tindakan seperti mencuci tangan dengan benar sebelum makan. Kemudian, pada pukul 09.07,

diberikan terapi berupa penyediaan materi dan media pendidikan kesehatan, yang disambut dengan semangat oleh Ny. R.D.

Pada pukul 09.13, dijadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan Ny. R.D. Pasien menunjukkan kesepakatannya dan memahami materi yang diberikan. Pada pukul 09.15, diberikan kesempatan untuk bertanya kepada pasien. Ny. R.D. menanyakan beberapa hal terkait kontrol diet dan penggunaan insulin, menunjukkan kerjasama dan keinginan untuk memahami kondisinya. Pada pukul 09.20, dilakukan edukasi mengenai perilaku hidup bersih dan sehat, dan Ny. R.D. menunjukkan pemahaman setelah diajarkan mengenai cuci tangan yang benar dan pentingnya menghindari makanan tinggi gula.

Selanjutnya, pada pukul 09.25, diajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat, yang ditanggapi dengan baik oleh Ny. R.D. Pada pukul 09.28, dilakukan observasi untuk mengidentifikasi tingkat pengetahuan dan persepsi pasien serta keluarganya, yang menunjukkan pemahaman yang baik setelah diberikan edukasi. Terakhir, pada pukul 09.30, dilakukan edukasi mengenai tujuan kepatuhan diet, yang dipahami dengan baik oleh Ny. R.D.

Pada tanggal 15 Februari 2024, implementasi keperawatan untuk Ny. S dimulai pukul 10.00 dengan observasi terhadap kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi tentang manajemen diabetes mellitus (DM). Ny. S menunjukkan minat yang baik dan menyatakan kesiapannya untuk belajar lebih lanjut tentang kondisinya. Kemudian, pada pukul 10.10, dilakukan

penyediaan materi dan media pendidikan kesehatan yang disesuaikan dengan tingkat pemahaman Ny. S, yang disambut dengan minat tinggi dan antusiasme.

Selanjutnya, pada pukul 10.20, dilaksanakan sesi pendidikan kesehatan yang fokus pada menjelaskan tujuan dari setiap anjuran perawatan yang diberikan kepada Ny. S. Pasien menunjukkan pemahaman yang baik terhadap tujuan-tujuan tersebut dan menunjukkan niat yang kuat untuk mengikuti anjuran perawatan dengan tekun. Selama sesi tersebut, perawat memberikan penjelasan yang mudah dipahami oleh Ny. S dan memberikan kesempatan bagi pasien untuk bertanya apabila ada hal yang kurang dimengerti. Implementasi selengkapanya terlampir.

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 5
Evaluasi Keperawatan Pasien 1 dan 2 pada Asuhan Keperawatan Pasien Defisit Pengetahuan Dengan Tindakan *Diabetes Self Managemen Education* (DSME) Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Diruang Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Bangli

Hari,Tanggal, Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)
1	2
16 Februari 2024, pukul 09.30	Pasien 1 S (Subjective) Ny. R.D melaporkan bahwa dia merasa lebih siap dalam mengelola diabetes mellitus (DM) setelah menerima informasi tersebut. Dia juga mengatakan bahwa pemahamannya tentang penggunaan insulin telah meningkat. O (Objective) 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5): Ny. R.D telah mencatat dan menerapkan beberapa anjuran perawatan yang telah diajarkan, seperti mencuci tangan dengan benar sebelum makan dan menghindari makanan tinggi gula. 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5): Ny. R.D mampu menjelaskan kembali informasi yang telah dia terima tentang

	penggunaan insulin dengan lebih baik. 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5): Pasien menunjukkan pemahaman yang lebih baik tentang hubungan antara perilaku sehari-hari dan manajemen diabetes mellitus (DM). 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5): Ny. R.D memiliki sedikit pertanyaan tambahan dan tampak lebih yakin dengan pengetahuannya. 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5): Ny. R.D tampaknya telah mengatasi beberapa persepsi keliru tentang penggunaan insulin dan manajemen DM secara umum. 6. Perilaku membaik (5): Pasien menunjukkan kemajuan dalam perilaku yang mendukung manajemen DM. A (Assessment) Defisit pengetahuan teratasi. P (Plan) 1. Pantau kemajuan pasien dan memberikan dukungan serta klarifikasi atas pertanyaan atau ketidakjelasan yang timbul.
1	2
Tanggal 15 Februari 2024, pukul 10.30	S (Subjective) Ny. S melaporkan bahwa dia merasa lebih siap dalam mengelola diabetes mellitus (DM) setelah menerima informasi tersebut. Dia juga mengatakan bahwa pemahamannya tentang kontrol diet telah meningkat. O (Objective) 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat (5): Ny. S telah menunjukkan minat yang tinggi dalam mengikuti anjuran perawatan yang diberikan. 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5): Ny. S mampu menjelaskan kembali informasi yang telah dia terima tentang pentingnya kontrol diet dengan lebih baik. 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5): Pasien menunjukkan pemahaman yang lebih baik tentang hubungan antara pola makan dan manajemen diabetes mellitus (DM). 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5): Ny. S memiliki sedikit pertanyaan tambahan dan tampak lebih yakin dengan pengetahuannya. 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5): Ny. S tampaknya telah mengatasi beberapa persepsi keliru tentang kontrol diet dan manajemen DM secara umum.

-
6. Perilaku membaik (5): Pasien menunjukkan kemajuan dalam perilaku yang mendukung manajemen DM.

A (Assessment)

Defisit pengetahuan teratasi.

P (Plan)

1. Pantau kemajuan pasien dan memberikan dukungan serta klarifikasi atas pertanyaan atau ketidakjelasan yang timbul.
-