

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Dari laporan kasus ini, dapat disimpulkan bahwa :

1. Dari data hasil pengkajian pengkajian keperawatan pada Ny. J telah berusia 73 tahun, telah dirawat selama 3 hari dirumah sakit. Keluhan utama saat pengkajian adalah mengeluh lemah, glukosa darah sewaktu didapatkan hasil diatas normal yaitu 325 mg/dL setelah makan, mendapatkan suntik insulin sebanyak 6 unit setiap 3 kali sehari 30 menit sebelum makan dan pasien sudah mengidap penyakit Diabetes Mellitus sejak 6 tahun yang lalu.
2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan yang muncul adalah *problem* (P) ditemukan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, pada bagian etiologi (E) ditemukan penyebabnya adalah resistensi insulin serta pada bagian terakhir yaitu sign and symptom (S) ditemukan mengeluh lelah, kadar glukosa dalam darah tinggi, mulut kering, haus meningkat, jumlah urin meningkat.
3. Rencana keperawatan yang dirumuskan untuk mengatasi masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah dengan Manajemen Hiperglikemia sebagai intervensi utama dan Edukasi Diet sebagai intervensi pendukung
4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan intervensi yaitu Manajemen Hiperglikemia dan Edukasi Diet, dilakukan selama 5 kali pertemuan selama 60 menit. Dengan tindakan yang dilakukan adalah identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang

menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan), monitor kadar glukosa darah jika perlu, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), monitor intake dan output cairan, berikan asupan cairan oral, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa lebih dari 250 mg/dL, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan), kolaborasi pemberian insulin, jika perlu, kolaborasi pemberian cairan IV

5. Hasil evaluasi setelah diberikan intervensi manajemen hiperglikemia dan edukasi diet adalah mengantuk menurun, pusing menurun, lelah menurun, rasa lapar menurun, berkeringat menurun, mulut kering menurun, rasa haus menurun, kadar glukosa darah membaik. Pada hari pertama implementasi pasien mengatakan badannya terasa lemas dan kepala terasa pusing, pasien tampak lemas dan kadar glukosa darah pasien tinggi yaitu 325 mg/dL. Pada hari kedua pasien masih mengeluh badan terasa lemas dan pusing dengan kadar glukosa darah 293 mg/dL. Pada hari ketiga pasien mengatakan pusing sudah berkurang dan kadar glukosa darah 253 mg/dL. Pada hari keempat pasien mengatakan pusing sudah berkurang, pasien sudah rutin melakukan gerakan ringan yang dianjurkan perawat dan kadar glukosa darah 200 mg/dL. Pada hari kelima pasien mengatakan sudah tidak lelah dan lemas, kepalanya sudah tidak pusing, sudah dapat mengontrol rasa lapar, mulutnya

sudah tidak kering, rasa haus berkurang, sudah tidak sering berkeringat dengan kadar glukosa darah 170 mg/dL sehingga masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi.

B. Saran

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Pada laporan kasus ini terdapat 5 tindakan yang tidak dapat diimplementasikan akibat keterbatasan alat dan bahan, oleh sebab itu maka disarankan pada pihak rumah sakit bagian instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit untuk lebih memperhatikan ketersediaan alat dan bahan di rumah sakit agar tindakan keperawatan dapat dilakukan secara maksimal.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan karya tulis ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi peneliti selanjutnya mengenai tatalaksana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat diabetes mellitus tipe

2.