

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil studi kasus mengenai dua asuhan keperawatan yang diteliti dengan teknik studi dokumentasi dan observasi dokumentasi keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II + *diabetic foot* dengan resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah di Ruang Cempaka 3 BRSUD Tabanan yang dimulai dari tanggal 1 sampai 9 April 2020 yang di peroleh dari data lampiran Karya Tulis Ilmiah atas nama Wayan Erna Sulistya Cahyani dengan judul Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II + *Diabetic Foot* dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah di Ruang Cendrawasih RSUD Wangaya Tahun 2019 yang dilakukan pada tanggal 1 April samapai 26 April 2019 dapat disimpulkan bahwa :

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian keperawatan yang telah didokumentasikan oleh perawat terkait resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu pada dokumen kedua subjek data yang didokumentasikan oleh perawat tidak mendokumentasikan faktor resikonya yaitu kurang patuh pada rencana manajemen. Dalam hal ini terdapat kurang optimalnya pengkajian yang dilakukan oleh perawat di Ruang Cendrawasih RSUD Wangaya menggunakan SDKI

2. Diagnosa Keperawatan

Hasil perumusan diagnosa keperawatan ditemukan bahwa diagnose keperawatan pada subjek satu dan subjek dua memiliki kesamaan yaitu resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, namun pda rumusan diagnosa keperawatan tidak terdapat faktor resiko yang berhubungan dengan masalah

3. Perencanaan Keperawatan

Hasil perencanaan keperawatan yang ditemukan pada dokumen pasien satu dan dua memiliki kesamaan pada tujuan dan kriteria hasil maupun pada perencanaan keperawatan. Pada bagian tujuan dan kriteria hasil, dari kedua dokumen yang sama yaitu setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah pasien stabil dengan kriteria hasil kadar glukosa serum stabil: tidak terjadi hipoglikemia < 60 mg/dL dan tidak terjadi hiperglikemia > 300 mg/dL, keton urin : negatif, adanya prosedur yang benar untuk manajemen hiperglikemia dan hipoglikemia, mematuhi program pemantauan glukosa darah, serta status nutrisi adekuat. Rencana keperawatan secara mandiri dan kolaborasi. Sedangkan pada teori acuan peneliti rencana keperawatan terdiri dari intervensi utama yaitu manajemen hiperglikemia dan intervensi pendukung yaitu edukasi diet. Setiap intervensi terdiri dari observasi, terapeutik, kolaborasi, dan edukasi.

4. Implementasi Keperawatan

Hasil implementasi keperawatan yang ditemukan pada dokumen pasien satu dan dua memiliki kesamaan walaupun ada satu tindakan tambahan pada pasien dua (Ny. Su) yaitu memberikan obat oral. Implementasikan yang didokumentasikan pada kedua subjek selama 3x24 jam tidak semua sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Adapun beberapa perencanaan yang belum dilaksanakan yaitu pantau kadar AGD, keton urine, elektrolit sesuai program, mengelola insulin seperti yang ditentukan, memberi cairan IV sesuai kebutuhan, memfasilitasi kepatuhan terhadap diet dan latihan, beri informasi pada pasien atau keluarga penanggung jawab pasien tentang penatalaksanaan diabetes selama sakit, penatalaksanaan hipoglikemia yang tidak bisa diatasi dengan aktivitas mandiri, penatalaksanaan hiperglikemia yang

tidak bisa diatasi dengan aktivitas mandiri , kolaborasi pasien dan tim diabetes untuk membuat perubahan dalam pengobatan jika perlu.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan pada pasien satu dan dua yang telah diperoleh memiliki perbedaan yaitu pada dokumen pasien satu. . Evaluasi keperawatan pada kedua dokumen menggunakan metode SOAP. Berdasarkan teori yang dijadikan sebagai acuan evaluasi keperawatan menggunakan indicator kriteria hasil yaitu kadar glukosa darah membaik dengan kadar glukosa darah 70-110 mg/dL, pusing menurun, lelah/lesu menurun, keluhan lapar menurun. Berdasarkan hasil studi dokumentasi pada kedua dokumen subjek dengan teori acuan yang digunakan terdapat perbedaan pada indicator kriteria hasil. Hal ini terjadi karena di setiap rumah sakit khususnya di Ruang Cendrawasih RSUD Wangaya memiliki standar khusus di dalam pendokumentasian evaluasi keperawatan yang menggunakan metode pendokumentasian SOAP selain dengan cara menilai indikator kriteria hasil yang telah ditetapkan.

B. Saran

Pada penelitian ini ditemukan beberapa perbedaan pada pendokumentasian di rumah sakit dengan teori acuan yang digunakan penulis mulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan, maka disarankan pada:

1. Perawat di ruangan

Perawat di ruangan agar dapat mengoptimalkan dan mengembangkan ilmu pengetahuan mengenai asuhan keperawatan dengan mengadakan seminar dan pelatihan agar adanya persamaan persepsi seiring berkembangnya ilmu pengetahuan terutama ilmu keperawatan dalam mengaplikasikan standar acuan

SDKI, SLKI, dan SIKI yang telah dikeluarkan oleh PPNI dan berlaku di Indonesia secara optimal.

2. Peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya agar dapat menjadikan penelitian ini sebagai referensi dalam penelitian selanjutnya serta penelitian ini dapat dikembangkan dengan terori-teori baru yang didukung oleh jurnal penelitian.