

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### 5.1 Kesimpulan

##### 5.1.1 Tahap Pengkajian (Triangulasi Data & Patofisiologi):

Melalui metode triangulasi data, ditemukan bahwa Ny. S.W (75 tahun) mengalami ketidakstabilan metabolik Diabetes Melitus T2 kronis (sejak 2015) yang ditandai dengan gejala klasik 3P yang masif, penurunan berat badan drastis (12 kg dalam 1 tahun) akibat lipolisis dan katabolisme protein, serta dehidrasi seluler akibat diuresis osmotik yang dibuktikan dengan balance cairan negatif (mencapai -872 cc). Gangguan metabolik ini secara patofisiologis mempercepat aterosklerosis pembuluh darah yang memicu komplikasi makrovaskular akut (Hipertensi, UAP, NSTEMI dengan troponin I mencapai 32,8, dan suspek Stroke Infark) serta komplikasi mikrovaskular perifer berupa sirkulasi buruk (kulit kaki bersisik, nyeri berjalan, dan luka kering 4–5 cm yang lambat sembuh).

##### 5.1.2 Tahap Diagnosis Keperawatan:

Penegakan diagnosis aktual "Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Disfungsi Pankreas" di lapangan sudah sangat tepat karena didukung data mayor dan minor yang valid. Namun, diagnosis "Risiko Defisit Nutrisi" dinilai tidak pas/kontradiktif karena data antropometri pasien menunjukkan IMT 30 kg/m<sup>2</sup> (Obesitas) dan LILA 33 cm. Guna mencegah keparahan komplikasi makrovaskular berulang pasca-rawat, masalah keperawatan baru berupa Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah dan Ketidakefektifan Manajemen Kesehatan sangat prospektif dan penting untuk diangkat berdasarkan riwayat ketidakpatuhan jangka panjang pasien terhadap pola hidup sehat.

##### 5.1.3 Tahap Perencanaan (Intervensi):

Rencana keperawatan berfokus pada label SIKI *Manajemen Hiperqlikemia*. Ditemukan ketidaksesuaian penulisan kriteria hasil terhadap standar SLKI, di mana perawat tidak menggunakan label baku *Kestabilan Kadar Glukosa Darah* dan tidak menerapkan prinsip SMART. Selain itu, terdapat kesenjangan intervensi di mana perawat hanya berfokus pada tindakan

kolaboratif akut (pemberian insulin rapid 3x6 unit dan cairan intravena) serta mengabaikan tindakan mandiri keperawatan berupa identifikasi pemicu hiperglikemia dan edukasi kepatuhan perilaku diet.

#### 5.1.4 Tahap Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi (Kesenjangan Klinis):

Ditemukan kesenjangan yang masif antara praktik di lapangan dengan teori (SDKI, SLKI, SIKI). Pada tahap perencanaan, perawat belum merumuskan kriteria hasil (SLKI) secara SMART. Pada tahap implementasi, perawat lalai melakukan intervensi mandiri edukasi mengenai manajemen diabetes dan diet 3J karena berdalih tugas tersebut sepenuhnya milik ahli gizi. Kelalaian edukasi ini berdampak langsung pada ketidakstabilan glukosa darah akut di ruangan (GDS melonjak hingga 196 mg/dl akibat pasien bebas mengonsumsi makanan manis dari luar). Terakhir, dokumentasi evaluasi (SOAP) yang menyimpulkan "Tujuan Tercapai" dinilai kurang tepat karena secara objektif kadar gula darah pasien belum normal sempurna (GDS akhir 176 mg/dl), sehingga status yang benar adalah "Tujuan Tercapai Sebagian".

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi Perawat Pelaksana (Rekomendasi Utama di Bangsal Elisabeth Gruyters Lantai 4)

#### 5.2.1.1 Mengoptimalkan Peran Mandiri sebagai Edukator:

Perawat ruangan wajib memberikan edukasi kesehatan terstruktur mengenai pola Diet 3J (Jadwal, Jumlah kalori 1700 kkal, Jenis makanan rendah indeks glikemik), bahaya mengonsumsi makanan luar, serta manajemen pemantauan glukosa darah dan injeksi insulin mandiri di area abdomen sebagai bagian dari *discharge planning*, tanpa mendelegasikan peran edukasi perilaku sepenuhnya kepada ahli gizi.

#### 5.2.1.2 Memperketat Pengawasan Nutrisi Terintegrasi:

Perawat harus memantau kepatuhan lembar diet 3J dan bekerja sama dengan keluarga untuk memastikan tidak ada input makanan/minuman manis tambahan dari luar rumah sakit yang dapat memicu fluktuasi glukosa darah mendadak.

#### 5.2.1.3 Memperbaiki Tata Tulis Dokumentasi Berbasis SMART:

Perawat di bangsal harus merumuskan target luaran (SLKI) secara spesifik dengan angka nominal glukosa darah yang aman bagi lansia, serta bersikap objektif dalam evaluasi analisis (menetapkan status "Tujuan Tercapai Sebagian" jika indikator objektif belum sepenuhnya normal).

#### 5.2.1.4 Meningkatkan Spesifisitas Dokumentasi Integumen:

Perawat harus mendokumentasikan perkembangan luka kering berukuran 4–5 cm di kaki pasien secara mendalam dan periodik pada rekam medis (mencakup perubahan ukuran, warna, dan tanda-tanda regenerasi jaringan), bukan hanya menuliskan status luka secara global.

### 5.2.2 Bagi Manajemen Rumah Sakit (Institusi)

#### 5.2.2.1 Pelatihan Berpikir Kritis Berbasis SIKI:

Rumah sakit perlu mengadakan penyegaran (*refreshing*) berkala mengenai aplikasi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), dengan menekankan pentingnya menyeimbangkan tindakan dependen medis (seperti menyuntik insulin/memasang infus) dengan tindakan mandiri keperawatan (seperti edukasi dan konseling perilaku).

### 5.2.3 Bagi Pasien dan Keluarga

#### 5.2.3.1 Komitmen Manajemen Mandiri di Rumah:

Pasien dan keluarga diharapkan berkomitmen menerapkan pola Diet 3J secara disiplin di rumah (menghentikan kebiasaan minum teh manis di pagi hari dan membatasi *snack* ringan), rutin melakukan monitoring gula darah mandiri, serta melanjutkan aktivitas fisik ringan yang aman bagi geriatri seperti menggunakan sepeda statis di rumah secara teratur (durasi total 45 menit hingga 1 jam dengan interval istirahat tiap 5 menit).

### 5.2.4 Bagi Institusi Pendidikan & Peneliti Selanjutnya

#### 5.2.4.1 Pengembangan Media Edukasi Berbasis Geriatri: Hasil KTI ini dapat digunakan sebagai referensi teoritis bagi mahasiswa keperawatan mengenai asuhan diabetes melitus dengan komplikasi multi-organ pada lansia. Peneliti selanjutnya disarankan untuk mengembangkan metode atau media edukasi

diet DM yang aplikatif bagi pasien geriatri, seperti penggunaan lembar balik atau aplikasi pemantau kalori sederhana yang melibatkan peran aktif keluarga (*family center care*).