

**KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH (DIABETES MELITUS
TIPE II) PADA NY. S DI RUANGAN RUBY RS. UNIVERSITAS
TANJUNGPURA**



**KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)
ILMU KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

OLEH :

**DYAH WUNI
NIM.SRP21318080**

**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH
PONTIANAK
TAHUN 2022**

**KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH (DIABETES MELITUS
TIPE II) PADA NY. S DI RUANGAN RUBY RS. UNIVERSITAS
TANJUNGPURA**



**KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)
ILMU KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

OLEH :

**DYAH WUNI
NIM.SRP21318080**

**PROGRAM STUDI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH
PONTIANAK
TAHUN 2022**

HALAMAN PERSETUJUAN
SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR

Judul Karya Ilmiah Akhir : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Diabetes
Melitus Tipe II) Pada Ny.S Di Ruangan Ruby
Rumah Sakit Universitas Tanjungpura

Nama : Dyah Wuni

NIM : SRP21318080

Program Studi : Profesi Ners Keperawatan Reguler A

Menyetujui,

Pembimbing



Ns. Lince Amelia, M. Kep.
NIDN : 1114098601

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)

Oleh:

Dyah Wuni

SRP21318080

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir,

Program Studi Ners Kelas Reguler A

Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak

Tanggal : Juli 2022

Disetujui,

Pembimbing

Penguji



Ns. Lince Amelia ,M.Kep
NIDN : 1114098601

Ns.Jaka Pradika,M.Kep
NIDN.111112809

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ners

Ns. Indah Dwi Rahayu, M. Kep
NIDN : 1124058601

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir ini adalah benar-benar hasil pekerjaan saya. Adapun kutipan atau seduran hanya sebatas referensi semata dan apabila dikemudian hari karya ilmiah akhir yang saya buat ini terbukti meniru atau menjiplak karya orang lain, saya bersedia mendapat sanksi akademis maupun sanksi pidana dari lembaga yang berwenang.

Pontianak, Juli 2022

Hormat saya,



Dyah Wuni
SRP21318080

STIK MUHAMMADIYAH PONTIANAK
PROGRAM STUDI NERS KEPERAWATAN
Karya Ilmiah Akhir, Juli 2022

Dyah Wuni¹ Lince Amelia² Jaka Pradika³

**Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Diabetes Melitus Tipe II) Pada Ny.S
di Ruang Ruby RS.Universitas Tanjungpura**

ABSTRAK

Latar Belakang: Hiperglikemia merupakan kondisi medis yang ditandai dengan peningkatan kadar gula dalam darah yang melebihi batas normal sehingga menjadi karakteristik dari beberapa penyakit terutama penyakit diabetes mellitus. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dl dengan keluhan klasik (poliuria, polidipsi, dan polifagia. hasil pemeriksaan gula darah meningkat dari 6,9% pada 2013 menjadi 8,5 % pada tahun 2018. Faktor resiko dari Diabetes melitus tipe II yaitu usia, jenis kelamin, obesitas, hipertensi, genetik, makanan, merokok, alkohol, kurang aktivitas. Penatalaksanaan dilakukan dengan cara penggunaan insulin serta terapi non farmakologis pemberian terapi pijat refleksi terbukti dapat menurunkan kadar gula dalam darah pada penderita diabetes mellitus.

Tujuan: Mampu melaksanakan asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah (Diabetes Melitus Tipe II) pada ny.s di ruang ruby RS.Universitas Tanjungpura.

Metode: metode penyelesaian masalah pada karya ilmiah ini adalah menggunakan strategi pelaksanaan asuhan keperawatan; intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil: Dari tiga diagnosa yang diangkat yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, hipertermia dan bersihan jalan napas dapat dicapai karena kerja sama antara keluarga dan juga tim kesehatan sehingga hasil evaluasi masalah keperawatan ny.s teratasi.

Kata Kunci: Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah, Diabetes Melitus Tipe II.

MUHAMMADIYAH STICK PONTIANAK
NURSING NURSING STUDY PROGRAM
Final Scientific Work, July 2022

Dyah Wuni¹ Lince Amelia² Jaka Pradika³

Unstable Blood Glucose Levels (Diabetes Mellitus Tipe II) on Mrs. S in Ruby Room, Tanjungpura University Hospital

ABSTRACT

Background: *Hyperglycemia is a medical condition characterized by an increase in blood sugar levels that exceed normal limits so that it becomes a characteristic of several diseases, especially diabetes mellitus. Plasma glucose examination when 200 mg/dl with classic complaints (polyuria, polydipsia, and polyphagia. Blood sugar test results increased from 6.9% in 2013 to 8.5% in 2018. The risk factor for type II diabetes mellitus is age , gender, obesity, hypertension, genetics, diet, smoking, alcohol, lack of activity. Management is done by using insulin and non-pharmacological therapy giving reflexology therapy is proven to reduce blood sugar levels in people with diabetes mellitus.*

Objective: *To be able to carry out nursing care for unstable blood glucose levels (Diabetes Mellitus Type II) in nys in the ruby room of Tanjungpura University Hospital.*

Methods: *the method of solving problems in this scientific work is to use a strategy for implementing nursing care; nursing intervention, implementation, and evaluation.*

Results: *From the three diagnoses raised, namely instability of blood glucose levels, hyperthermia and airway clearance can be achieved because of the cooperation between the family and the health team so that the results of the evaluation of the nursing problems can be resolved.*

Keywords: *Blood Glucose Level Instability, Type II Diabetes Mellitus.*

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum, Wr. Wb.

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan seluruh rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, shalawat dan salam semoga selalu tercurahkan, terlimpahkan kepada Nabi kita Muhammad SAW yang telah membawa kita dari zaman kegelapan dan kebodohan ke zaman yang terang benderang seperti sekarang ini serta kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir dengan judul “Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Diabetes Melitus tipe II) Pada Ny. S Di Ruang Ruby RS. Universitas Tanjungpura

Adapun tujuan dari penulisan Karya Ilmiah Akhir penelitian ini diajukan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak untuk memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan. Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga skripsi penelitian ini dapat selesai. Ucapan terima kasih ini penulis tujukan kepada:

1. Ns. Haryanto, S.Kep,MSN, Ph. D. Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak.
2. Ns. Indah Dwi Rahayu, M.Kep Selaku Ketua Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak.

3. Ns. Lince Amelia, M.Kep. Selaku Pembimbing pertama yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan masukan sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir pada waktunya
4. Ns. Jaka Pradika, M.Kep Selaku penguji yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan masukan sehingga karya ilmiah menjadi lebih baik dari sebelumnya.
5. Dosen dan seluruh civitas akademik STIK Muhammadiyah Pontianak yang telah banyak membantu baik dalam ilmu yang diberikan maupun hal lain yang membantu penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir.
6. Terimakasih kepada Papa Kardiyo dan Mama Supartini yang telah memberikan doa, semangat, dukungan moril serta kasih sayang.
7. Teman-teman satu angkatan Program Studi Ners Profesi Reguler A Angkatan 2022 STIK Muhammadiyah Pontianak yang saling membantu dan memberikan motivasi dalam proses menyelesaikan karya ilmiah akhir.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas segala bantuan, perhatian, motivasi dan kerja sama kepada penulis dalam menyusun KIA.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Ilmiah Akhir ini masih terdapat banyak kekurangan karena keterbatasan ilmu, waktu, dan kemampuan. Untuk itu penulis mengharapkan tanggapan, kritik dan saran yang sifatnya membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir ini. Atas bantuan dari semua pihak penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya, semoga mendapatkan imbalan yang setimpal dari Allah SWT. Akhir kata, penulis berharap

semoga skripsi penelitian ini berguna bagi para pembaca dan pihak pihak lain yang berkepentingan.

Billahi Fi Sabililhaq Fastabiqul Khairot

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Pontianak, Juli 2022

Dyah Wuni
SRP21318080

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR SKEMA	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penulisan	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Ketidakstabilan kadar glukosa darah.....	6
B. Etiologi Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	6
C. Tanda gejala mayor dan minor	9
D. Klasifikasi.....	9
E. Diagnosis.....	10
F. Manifestasi Klinik Diabetes Melitus.....	11
G. Patofisiologi Diabetes Melitus	12
H. Pathway	13
I. Penatalaksanaan Diabetes Mellitus.....	13
J. Pemeriksaan Penunjang Diabetes Mellitus.....	16
K. Konsep Asuhan Keperawatan.....	17
1. Pengkajian	17
2. Pemeriksaan Fisik.....	20
3. Data psikologis	22
4. Data social	22
5. Data spiritual.....	22
6. Pemeriksaan penunjang	22
7. Analisa Data.....	23
8. Diagnosa Keperawatan	23
9. Intervensi Keperawatan	27
10. Implementasi Keperawatan	38
11. Evaluasi.....	39
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN	
A. Pengkajian	40
1. Identitas klien.....	40

2. Riwayat sekarang/ keluhan saat ini.....	40
3. Riwayat masa lalu.....	41
4. Riwayat keluarga	42
5. Riwayat lingkungan	43
6. Riwayat psikososia	43
7. Pemeriksaan fisik (inspeksi,palpasi,auskultasi dan perkusi)	44
8. Data penunjang	47
9. Terapi medikasi	49
B. Diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan,implementasi dan evaluasi	
1. Analisa data	49
2. Diagnosis keperawatan	49
3. Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi.....	49
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Pembahasan Proses Asuhan Keperawatan (Pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi)	60
1. Pengkajian.....	60
2. Diagnose keperawatan	60
3. Perencanaan	62
4. Implementasi.....	63
5. Evaluasi.....	65
B. Pembahasan Proses Praktik Profesi Dalam Pencapaian Target.....	65
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	67
B. Saran.....	68
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Jadwal makan	16
Tabel 2.2 Pemeriksaan penunang diabetes	17
Tabel 3.1 Pola aktivitas sekarang	42
Tabel 3.2 Pola aktivitas dahulu	43
Tabel 3.3 Pemeriksaan kimia klinik	48
Tabel 3.4 Pemeriksaan antigen coronavirus	48
Tabel 3.5 Pemeriksaan darah lengkap	48
Tabel 3.6 Pemeriksaan koagulasi darah	49
Tabel 3.7 Pemeriksaan urinalisasi	49
Tabel 3.8 Terapi medikasi	50

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 <i>Pathway</i>	14
--------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit yang ditandai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara kerja sekresi insulin. Gejala yang dikeluhkan pada penderita DM yaitu polidipsia, poliuria, polifagia, penurunan berat badan, kesemutan.

Kadar glukosa darah puasa seseorang $>126\text{mg/dl}$ dan tes glukosa darah sementara $>200\text{ mg/dl}$, orang tersebut dikatakan mengidap DM. Kadar gula darah akan berubah sepanjang hari. Gula darah akan meningkat setelah makan, dan kembali normal dalam waktu 2 jam (Yulia, 2015).

Hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi) dan perubahan metabolisme protein, lipid, dan karbohidrat adalah semua gejala diabetes mellitus, yang disebabkan oleh kurangnya kerja dan/atau produksi insulin. Polifagia, poliuria, dan polidipsia merupakan tiga keluhan yang sudah menjadi gejala standar DM yang sering dijumpai oleh penderita diabetes. Penyakit ini juga menjadi penyebab utama kebutaan, penyakit jantung dan gagal ginjal.

Organisasi internasional diabetes federation (IDF) memperkirakan sedikitnya terdapat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun didunia menderita diabetes pada tahun 2019 atau setara dengan angka prevelensi 9,3% dari total penduduk pada usia yang sama. Indonesia berada di peringkat ke 7 dari 10 negara

dengan penderita terbanyak, yaitu sebesar 10,7 juta. Data prevalensi DM menurut Rikesda hasil pemeriksaan gula darah meningkat dari 6,9% pada 2013 menjadi 8,5 % pada tahun 2018.

Angka ini menunjukkan bahwa baru sekitar 25 % penderita diabetes yang mengetahui bahwa dirinya menderita diabetes. Penderita DM pada responden yang tinggal di wilayah perkotaan lebih tinggi dibandingkan yang tinggal di perdesaan yaitu 2% berbanding 1 % pada riskesdas 2013 dan 1,89 % berbanding 1,01 % pada Riskesdas 2018.

Pemerintah melalui peraturan Nomor 2 Tahun 2018, peraturan menteri dalam negeri nomor 100 tahun 2018 dan peraturan menteri kesehatan nomor 4 tahun 2019 telah menetapkan bahwa upaya pengendalian DM, merupakan salah satu pelayanan minimal yang wajib dilakukan oleh pemerintah daerah. Setiap penderita DM akan menerima pelayanan sesuai standar minimal satu kali sebulan yang meliputi pengukuran gula darah, edukasi dan terapi farmakologi maupun non farmakologis serta rujukan jika diperlukan. Salah satu terapi non farmakologi pemberian terapi pijat refleksi terbukti dapat menurunkan kadar gula dalam darah pada penderita DM. Hal ini membuktikan beberapa hasil penelitian yang pernah dilakukan kepada klien DM, bahwa pemberian terapi pemijatan refleksi dapat dijadikan alternatif perawatan gula darah tinggi yang murah, mudah, dan aman (Isnaini dkk, 2021).

Peran perawat dalam pemberian asuhan keperawatan membantu penderita diabetes untuk mempertahankan kadar gula darah pada tingkat normal dan meningkatkan kualitas kehidupan secara maksimal dengan cara memberi intervensi asuhan keperawatan sehingga dapat memperbaiki kondisi kesehatan

penderita. Pentingnya cara yang tepat yang dapat dilakukan oleh perawat dalam mencegah kekambuhan pasien diabetes adalah dengan melakukan edukasi sedini mungkin cara pengaturan nutrisi melalui pola makan dengan pengontrolan diet yang benar, serta edukasi kepatuhan manajemen terapi secara benar (Intan, 2022).

Penulis tertarik mengangkat kasus DM dikarenakan penyakit ini merupakan salah satu penyakit yang sering kali tidak terdeteksi, bila tidak ditanggulangi, kondisi ini dapat menyebabkan penurunan produktivitas, disabilitas, dan kematian dini. Berdasarkan latar belakang dan pengalaman praktik yang ditemukan di rumah sakit, maka dari itulah penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul “Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (DM Tipe II) Pada Ny.S Di Ruang Ruby RS Universitas Tanjungpura”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka rumusan masalah yang akan diangkat yaitu “Bagaimanakah asuhan keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (DM Tipe II) Pada Ny.S Di Ruang Ruby RS Universitas Tanjungpura ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui bagaimanakah asuhan keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (DM Tipe II) Pada Ny.S Di Ruang Ruby RS Universitas Tanjungpura

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui asuhan keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (DM Tipe II) Pada Ny.S Di Ruang Ruby RS Universitas Tanjungpura

- b. Mengetahui gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (DM Tipe II) Pada Ny.S Di Ruang Ruby RS Universitas Tanjungpura
- c. Membandingkan asuhan keperawatan teoritis dan asuhan keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (DM Tipe II) Pada Ny.S Di Ruang Ruby RS Universitas Tanjungpura
- d. Mengetahui faktor pendukung dan penghambat yang terjadi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (DM Tipe II) Pada Ny.S Di Ruang Ruby RS Universitas Tanjungpura

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat teoritis

- a. Hasil karya tulis ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan pengetahuan tenaga kesehatan khususnya perawat mengenai asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien dengan DM tipe II.
- b. Hasil karya tulis ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan pengetahuan mahasiswa jurusan keperawatan mengenai asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien dengan DM tipe II
- c. Hasil karya tulis ini diharapkan dapat digunakan sebagai gambaran untuk penelitian lebih lanjut terkait asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien dengan DM tipe II.

2. Manfaat praktis

- a. Hasil karya tulis ini diharapkan dapat dijadikan pertimbangan oleh tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memberikan pelayanan asuhan

keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien dengan DM tipe II.

- b. Hasil karya tulis ini diharapkan dapat menambah pengetahuan pasien dan keluarga terkait manajemen ketidakstabilan kadar glukosa darah pada kasus DM tipe II.
- c. Hasil karya tulis ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi pihak institusi kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar praktik asuhan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan variasi kadar glukosa darah yang mengalami kenaikan (Hiperglikemi) atau penurunan (Hipoglikemi) dari rentang normal (PPNI, 2016). Hiperglikemi merupakan keadaan dimana kadar glukosa darah meningkat atau berlebihan. Keadaan ini disebabkan karena stres, infeksi, dan konsumsi obat-obatan tertentu. Hipoglikemia merupakan keadaan kadar glukosa darah dibawah normal, terjadi karena ketidakseimbangan antara makanan yang dimakan, aktivitas fisik dan obat-obatan yang digunakan (Devi, 2018).

B. Etiologi Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

Menurut Putri (2019) hipergikemia disebabkan oleh sebelas hal (*egregious eleven*), yaitu:

1. Kegagalan sel beta pankreas

Pada pasien dengan diagnosa DM type II fungsi sel beta yang menghasilkan insulin tidak bekerja secara maksimal dalam tugasnya sehingga dapat mempengaruhi peningkatan kadar glukosa darah.

2. Disfungsi sel alfa pankreas

Sel alfa memiliki fungsi sebagai sintesis glukagon yang kadarnya akan meningkat pada plasma darah dalam keadaan puasa. Peningkatan tersebut akan

menyebabkan produksi (*Hepatic Glucose production*) ini akan meningkat secara bermakna di banding individu normal.

3. Sel lemak

Sel lemak akan mengalami peningkatan proses lipolisis dan kadar asam lemak bebas (*free fatty acid*) (FFA) dalam plasma. Peningkatan FFA akan memicu proses *gluconeogenesis* dan akan mencetuskan resistensi insulin di hepar dan otot, sehingga akan mengganggu sekresi insulin. Gangguan tersebut disebut sebagai *Lipotocisitas*.

4. Otot

Pasien dengan diagnosa DM tipe II memiliki gangguan kinerja insulin di *intramioselular* yang disebabkan oleh gangguan *fosforilasi tirosin*, sehingga akan menyebabkan gangguan transpot glukosa di dalam sel otot, penurunan oksidasi glukosa dan juga penurunan sintesis glikogen.

5. Hepar

Pasien dengan DM tipe II akan mengalami resistensi insulin dan memicu proses *gluconeogenesis* sehingga akan mengakibatkan produksi glukosa dalam keadaan basal oleh hepar mengalami peningkatan.

6. Otak

Pada pasien yang memiliki berat badan obesitas (gendut) baik yang DM atau Non- DM, ditemukan keadaan hiperinsulinemia yang merupakan hasil mekanisme dari kompensasi resistensi insulin. Pada golongan ini asupan makanan justru meningkat akibat adanya resistensi insulin yang terjadi di otak.

7. Kolon/mikrobiota

Perubahan mikrobiota pada kolon berkontribusi dalam keadaan hipergli

kemia. Mikrobiota usus terbukti memiliki peran terhadap proses terjadinya DM tipe 1, DM tipe II, dan obesitas sehingga dapat menjelaskan bahwa hanya sebagian individu yang memiliki berat badan lebih akan berkembang menjadi DM.

8. Usus halus

Saluran pencernaan memiliki peran dalam penyerapan karbohidrat melalui kinerja enzim alfa glukosidase yang akan memecah polisakarida menjadi monosakarida dan diserap oleh usus sehingga akan meningkatkan glukosa darah setelah makan.

9. Ginjal

Ginjal memiliki peran dalam *pathogenesis* DM tipe II melalui enzim *sodium gluco-transporter* (SGLT-2). Pada penyandang DM terjadi peningkatan SGLT-2 sehingga memicu peningkatan reabsorpsi glukosa di tubulus ginjal dan akan mengakibatkan kadar glukosa darah.

10. Lambung

Kerusakan sel beta pankreas akan mempengaruhi produksi amilin menjadi menurun pada pasien diabetes. Penurunan tersebut akan mempercepat pengosongan di lambung dan meningkatkan absorbs glukosa di usus halus yang akan berhubungan dengan peningkatan kadar glukosa postprandial.

11. Sistem imun

Sitokin dapat menginduksi respons fase akut yang berhubungan dengan pathogenesis DM tipe II. Inflamasi sistemik berperan dalam menginduksi stress pada endoplasma akibat peningkatan kebutuhan metabolisme untuk insulin. DM tipe II ditandai dengan adanya resistensi

insulin perifer dan penurunan produksi insulin disertai dengan inflamasi kronik derajat rendah pada jaringan perifer adipose, hepar, otot.

C. Tanda gejala mayor dan minor

1. Hipoglikemia tanda mayor

Subjectif: Mengantuk dan pusing

Objectif: Gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah/urin rendah

2. Hipoglikemia tanda minor

Subjectif: palpitasi dan mengeluh lapar

Objectif: gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit bicara, berkeringat.

3. Hiperglikemia tanda mayor

Subjectif: lelah dan lesu

Objectif: kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

4. Hiperglikemia tanda minor

Subjectif: Mulut kering dan haus meningkat

Objectif: jumlah urin meningkat

D. Klasifikasi

Menurut American Diabetes Association (ADA) tahun 2020 yaitu :

1. DM Tipe I

DM tipe I merupakan proses autoimun atau idiopatik dapat menyerang orang semua golongan umur, namun lebih sering terjadi pada anak-anak. Penderita DM tipe I membutuhkan suntikan insulin setiap hari untuk mengontrol glukosa darahnya (IDF, 2019). DM tipe ini sering disebut juga Insulin Dependent DM (IDDM), yang berhubungan dengan antibody berupa *Islet Cell*

Antibodies (ICA), *Insulin Autoantibodies* (IAA), dan *Glutamic Acid Decarboxylase Antibodies* (GADA). 90% anak-anak penderita IDDM mempunyai jenis antibodi ini.

2. DM Tipe II

DM tipe II atau yang sering disebut dengan *Non Insulin Dependent DM* (NIDDM) adalah jenis DM yang paling sering terjadi, mencakup sekitar 85% pasien DM. Keadaan ini ditandai oleh resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif. DM tipe ini lebih sering terjadi pada usia diatas 40 tahun, tetapi dapat pula terjadi 11 pada orang dewasa muda dan anak-anak.

3. DM Gestational

Diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan dan tidak mempunyai riwayat diabetes sebelum kehamilan.

4. DM Tipe Lain

Contoh dari DM tipe lain (ADA, 2020), yaitu :

- a. Sindrom diabetes monogenik (diabetes neonatal)
- b. Penyakit pada pankreas
- c. Diabetes yang diinduksi bahan kimia (penggunaan glukokortikoid pada HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ)

E. Diagnosis

Kriteria Diagnosis DM adalah sebagai berikut (ADA, 2020)

1. Kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dL. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam.
2. Glukosa plasma 2 jam setelah makan ≥ 200 mg/dL. Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) adalah pemeriksaan glukosa setelah mendapat pemasukan glukosa

yang setara dengan 75 gram glukosa anhidrat yang dilarutkan dalam air.

3. Nilai A1C \geq 6,5% . Dilakukan pada sarana laboratorium yang telah terstandardisasi dengan baik.
4. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu \geq 200 mg/dl dengan keluhan klasik (poliuria, polidipsi, dan polifagia).

F. Manifestasi Klinik DM

Menurut Pribadi (2017) dalam Fansuri (2019), yaitu :

1) Poliuri (Peningkatan pengeluaran urin)

Peningkatan pengeluaran urine mengakibatkan glikosuria karena glukosa darah sudah mencapai 180 mg/dL pada ginjal yang normal. Dengan kadar glukosa darah 180 mg/dL, ginjal sudah tidak bisa mereabsorpsi glukosa dari filtrat glomerulus sehingga timbul glikosuria. Karena glukosa menarik air, osmotik diuresis akan terjadi mengakibatkan polyuria

2) Polidipsia (Peningkatan rasa haus)

Peningkatan pengeluaran urine yang sangat besar dapat menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonic (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH (Antidiuretic Hormone) dan menimbulkan rasa haus.

3) Polifagia (Peningkatan rasa lapar)

Sel tubuh mengalami kekurangan bahan bakar sehingga pasien merasa sering lapar dan lemas, hal tersebut disebabkan karena glukosa dalam tubuh semakin habis sedangkan kadar glukosa dalam darah cukup tinggi.

4) Rasa lelah dan kelemahan otot

Rasa lelah dan kelemahan otot terjadi karena katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan organ tubuh untuk menggunakan glukosa sebagai energi sehingga hal ini membuat pasien dengan DM sering merasa lelah.

5) Berat badan turun

Turunnya berat badan pada pasien dengan DM disebabkan karena tubuh terpaksa mengambil dan membakar lemak dan protein sebagai energi

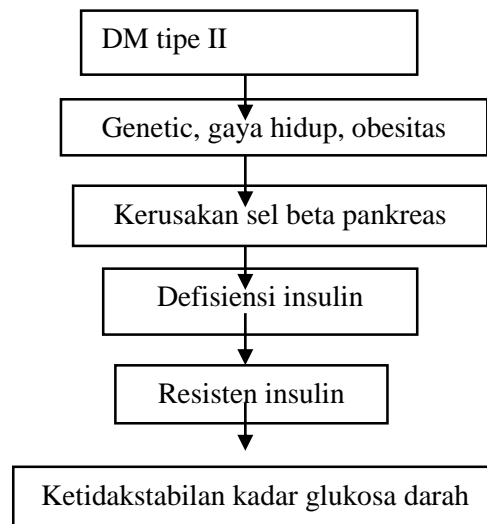
G. Patofisiologi DM

Pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin. Pada DM tipe II jumlah insulin kurang (Defisiensi Insulin) terjadi karena kerusakan, menurunnya reseptor insulin pada jaringan perifer, menurunnya reseptor glukosa di kelenjar pankreas (Fatimah, 2015). Sehingga jumlah glukosa yang masuk ke dalam sel berkurang (Resistensi insulin). Keadaan ini menyebabkan sebagian besar glukosa tetap berada dalam sirkulasi darah sehingga terjadi hiperglikemia.

Pada perkembangan awal DM tipe II sel beta akan mengalami gangguan sekresi insulin, apabila tidak segera ditangani maka akan menyebabkan kerusakan pada sel beta pankreas. Ketika kadar gula dalam darah meningkat, pankreas akan mengeluarkan hormon yang dinamakan insulin sehingga memungkinkan sel tubuh akan menyerap glukosa tersebut sebagai energi. Hiperglikemia pada pasien DM terjadi karena menurunnya penyerapan glukosa oleh sel yang diikuti dengan meningkatnya pengeluaran glukosa dalam hati. Pengeluaran glukosa dalam hati akan meningkat karena adanya proses yang

menghasilkan glukogenolisis dan glukoneogenesis tanpa hambatan karena insulin tidak diproduksi (Sherwood, 2011).

H. Pathway



Skema 2.1

Sumber: Anggit, 2017;Fatimah, 2015.

I. Penatalaksanaan DM

Menurut Tendra (2013) dalam Andriani (2021), Penatalaksanaan DM sebagai berikut:

1. Edukasi

Pemberian informasi tentang gaya hidup yang perlu diperbaiki secara khusus seperti: memperbaiki pola makan, pola latihan fisik, serta rutin untuk melakukan pemeriksaan gula darah. Informasi yang cukup dapat memperbaiki pengetahuan serta sikap bagi penderita DM.

2. Terapi Gizi

Pada penderita DM prinsip pengaturan zat gizi bertujuan untuk mempertahankan kadar glukosa dalam darah mendekati normal, mempertahankan atau mencapai berat badan yang ideal, mencegah komplikasi

akut dan kronik serta meningkatkan kualitas hidup diarahkan pada gizi seimbang dengan cara melakukan diet 3J, yaitu :

a. Jenis makanan

Pada penderita DM sebaiknya menghindari makanan yang kadar glukosanya tinggi, seperti: susu kental manis dan madu. Pilihlah makanan dengan indeks glikemik rendah dan kaya akan serat seperti: kacang-kacangan, sayur-sayuran, biji-bijian. Batasi mengkonsumsi garam natrium yang berlebih. Batasi mengkonsumsi makanan yang mengandung purin (jeroan, sarden, kaldu, emping, dan unggas). Cegah dislipidemia dengan cara menghindari makanan yang mengandung banyak lemak secara berlebihan (keju, udang, santan, kerang, cumi, telur, susu full cream atau makanan dengan lemak jenuh).

b. Jumlah makanan

Kebutuhan kalori setiap orang berbeda-beda, tergantung pada berat badan, tinggi badan, jenis kelamin serta kondisi kesehatan pada klien. Perhitungan kebutuhan kalori pada klien berdasarkan pada rumus HarrisBenedict yang memperhitungkan jenis kelamin, usia, berat badan, tinggi badan hingga tingkat aktivitas fisik yang dilakukan.

$$\text{Pada wanita: } \frac{655,1 + 9,6 \times (\text{BB dalam Kg}) + 1,9 \times (\text{TB dalam cm})}{4,7 \times \text{usia}}$$

$$\text{Pada pria: } \frac{66,5 + 13,8 \times (\text{BB dalam Kg}) + 5 \times (\text{TB dalam cm})}{6,8 \times \text{usia}}$$

Hasil dari perhitungan kemudian dikalikan dengan faktor aktivitas fisik.

Faktor aktivitas fisik dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Pada aktivitas fisik berat dikalikan dengan 1,4
- 2) Pada aktivitas fisik sedang dikalikan dengan 1,3
- 3) Pada aktifitas fisik rendah dikalikan 1,2

c. Jadwal makan

Jadwal makan diit harus diikuti sesuai dengan internalnya yaitu dengan:

Tabel 2.1 Jadwal makan

Kegiatan	Waktu	Contoh menu sehari
Sarapan Pagi	06.00	Roti putih dengan selai kacang. Telur rebus Lalapan daun selada/tomat
Snack	09.00	Apel
Makan siang	12.00	Nasi Semur daging Tempe goreng Pecel Jeruk
Snack	15.00	Puding pepaya
Makan malam	18.00	Nasi Pepes ikan Cah tahu Tumis kangkung Apel
Snack	21.00	Crackers tawar atau buah

Mengatur jam makan yang teratur sangatlah penting, jarak antar 2 kali makan yang ideal sekitar 4-5 jam, jika jarak waktu 2 kali makan terlalu lama akan membuat gula darah menurun dan sebaliknyaa jika terlalu dekat jaraknya gul darah akan tinggi.

3. Latihan Fisik

Dalam penatalaksanaan diabetes, latihan fisik atau olahraga sangatlah pentingbagi penderita DM karena efeknya dapat menurunkan kadar gula darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskuler.

4. Farmakologis

Menurut Perkeni (2015) Berdasarkan cara kerjanya, obat antidiabetes di bagi menjadi 5 golongan :

- a. Pemicu sekresi insulin: sulfonylurea dan glinid
- b. Peningkatan sensitivitas terhadap insulin: metformin dan tiazolidindion
- c. Penghambat glukoneogenesis (metformin)
- d. Penghambat absorpsi glukosa: penghambat *glukosidase alfa DPP-inhibitor*

J. Pemeriksaan Penunjang DM

Menurut Wijaya & Putri (2013) dalam Andriani (2021) pemeriksaan penunjang DM dibagi menjadi beberapa yaitu :

1. Kadar gula darah

Tabel 2.2 Pemeriksaan Penunjang DM

a) Terdapat gejala DM + salah satu dari gula darah (puasa >140 mg/dl, 2 jam

Jenis	Indikator	Nilai	Indikator
Gula darah sewaktu / random	Tidak Puasa	>200mg/dl	Diambil setiap waktu/ diperlukan
Gula darah puasa/nucher	Puasa	>140 mg/dl	Diambil setelah klien puasa 8 jam
Gula darah 2 jam pp (post prandial)	Puasa	>200 mg/dl	2 jam PP
Aseton plasma		hasil (+) mencolok	
Aseton lemak bebas		peningkatan lipit dan kolestrol	
Osmolaritas serum		(>330 osm/l)	
Urinalisis		proteuria,ketonuria,glukosoria	

pp >200 mg/dl, random >200 mg/dl).

- b) Tidak terdapat gejala DM tetapi terdapat 2 hasil gula darah (puasa >140 mg/dl, 2 jam pp >200 mg/dl, random >200 mg/dl)

K. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah salah satu komponen dari proses keperawatan, yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan yang meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin, 2014). Pengkajian pada pasien DM tipe II dengan gangguan integritas kulit menurut (Andara & Yessie, 2013), sebagai berikut:

a. Identitas pasien

Nama, No RM, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, status, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian pada riwayat kesehatan sekarang meliputi 2 hal yaitu :

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Dalam penulisannya keluhan utama disampaikan dengan jelas dan padat dua atau tiga suku kata yang merupakan keluhan yang mendasari klien meminta bantuan pelayanan kesehatan atau alasan klien masuk rumah sakit. Keluhan utama yang sering muncul pada pasien DM tipe II ini yaitu : sering kencing (poliuria), sering haus (polidipsia), mudah lapar (polifagia), dan berat badan menurun.

2) Keluhan saat dikaji

Berbeda dengan keluhan utama saat masuk rumah sakit, keluhan saat dikaji didapat dari hasil pengkajian pada saat itu juga. penjelasan meliputi PQRST :

P: Palliative merupakan faktor yang mencetus terjadinya penyakit, hal yang meringankan atau memperberat gejala, klien dengan DM mengeluh mual muntah, diare dan adanya luka gangren.

Q: Qualitative suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan. Rasa mual meningkat akan membuat klien merasa tidak nafsu makan.

R: Region sejauh mana lokasi penyebaran daerah yang di keluhkan. Mual dirasakan di ulu hati, bila terjadi gangrene sering dibagian ekstremitas atas dan bawah.

S: Severity drajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut. Mual yang dirasakan dapat mengganggu aktivitas klien.

T: Time waktu dimana keluhan yang dirasakan, lamanya dan frekuensinya, waktu tidak menentu, biasanya dirasakan secara terus-menerus. (Bararah, 2012).

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Berisi tentang riwayat kesehatan pasien dan pengobatan sebelumnya. Berapa lama klien menderita DM, bagaimana penanganannya, mendapat terapi medis apa saja, mendapatkan pengobatan apa saja, bagaimanakah cara penggunaan obatnya apakah teratur atau tidak (Padila,2012).

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin. Misalnya penyakit pankreas, hipertensi dan

ISK berulang, adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arteriosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dapat dilihat di riwayat kesehatan keluarga apakah ada genogram keluarga yang juga menderita DM. DM mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetic kearah terjadinya DM (Padila, 2012).

f. Riwayat Psikososial

Meliputi informasi tentang penyakit mengenai perilaku perasaan dan emosi yang dialami penderita berhubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

g. Pola aktifitas

1) Pola nutrisi

Pola aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan klien sebelum sakit dan sesudah masuk rumah sakit. Peningkatan nafsu makan, mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, banyak minum dan perasaan haus (Tarwoto dkk, 2017).

2) Kebutuhan eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK. Perubahan pola berkemih (polyuria), nokturia, kesulitan berkemih, diare (Tarwoto dkk, 2017).

3) Istirahat Tidur

Pada pasien DM sering mengalami gangguan tidur, kelelahan, lemah, sulit bergerak maupun berjalan, kram otot dan tonus otot menurun, takikardi dan takipnea pada saat istirahat (Febriani Andiresta, 2020). Kurangnya aktivitas dapat memicu timbulnya obesitas dan menyebabkan kurangnya sensitifnya insulin dalam tubuh sehingga menimbulkan penyakit DM. Pada penderita yang jarang berolahraga dan beraktivitas, zat makanan yang masuk kedalam tubuh tidak dibakar tetapi ditimbun dalam tubuh sebagai lemak dan gula (Kemenkes, 2010).

4) Personal Hygiene

Pada pasien DM ditemukan penyakit periodental dan dilakukan perawatan gigi. Juga menjaga kulitnya selalu bersih dan kering khususnya didaerah lipatan seperti paha, aksila, dibawah payudara karena cenderung terjadi luka akibat gesekan dan infeksi jamur (Muthia Varena, 2019).

5) Aktivitas dan latihan

Dikaji apakah aktivitas yang dilakukan klien dirumah dan dirumah sakit dibantu atau secara mandiri. Karena pasien DM biasanya letih, lemah, sulit bergerak, kram otot (Padila, 2012).

2. Pemeriksaan Fisik

a. Status kesehatan umum

Pada pasien DM biasanya kesadarannya composmetis. Namun pada pasien dengan kondisi hiperglikemia dan hipoglikemi berat dapat menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran. Selain itu pasien akan

mengalami badan lemah, mengalami polidipsi, polifagi dan poliuri dan kadar gula darah tidak stabil (Rendy, 2012).

b. Sistem pernapasan

Pada pasien DM biasanya terdapat gejala nafas bau keton, dan terjadi perubahan pola nafas (Tarwoto dkk, 2017)

c. Sistem kardiovaskuler

Pada pasien DM pada system kardiovaskuler terdapat hipotensi atau hipertensi, takikardi, palpitasi (Tarwoto dkk, 2017)

d. Sistem pencernaan / gastrointestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen (Tarwoto dkk, 2017)

e. Sistem genitourinaria

Terdapat perubahan pola berkemih (polyuria), nokturia, kesulitan berkemih, diare (Tarwoto dkk, 2017).

f. Sistem endokrin

Tidak ada kelainan pada kelenjar tiroid dan kelenjar paratiroid. Adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah akibat terganggunya produksi insulin (Barara, 2013).

g. Sistem saraf

Menurunnya kesadaran, kehilangan memori, neuropati pada ekstermitas, penurunan sensasi, peretasi pada jari-jari tangan dan kaki (Tarwoto dkk, 2017)

h. Sistem integument

Pada pasien DM kulit kering dan kasar, gatal-gatal pada kulit dan sekitar

alat kelamin, luka gangrene (Tarwoto dkk, 2017)

i. Sistem musculoskeletal

Kelemahan otot, nyeri tulang, kelainan bentuk tulang, adanya kesemutan, paratasia, dan ram ekstermitas, osteomilitis (Tarwoto dkk, 2017)

j. Sistem pengelihatn

Retinopati atau kerusakan pada retina karena tidak mendapatkan oksigen. Retina adalah jaringan sangat aktif bermetabolisme dan pada hipoksia kronis akan mengalami kerusakan secara progresif dalam struktur kapilernya, membentuk mikroaneurisma, dan memperlihatkan bercak bercak perdarahan.

3. Data psikologis

Stres terganggu pada orang lain, ansietas. Klien akan merasakan bahwa dirinya tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan tidak kooperatif.

4. Data social

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti biasanya.

5. Data spiritual

Klien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinan baik jumlah dalam ibadah yang diakibatkan karena kelemahan fisik dan ketidakmampuannya.

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium, darah yaitu Hb, leukosit, trombosit, hematokrit, AGD, data penunjang untuk klien dengan DM yaitu: Laboratorium: Adanya

peningkatan gula darah puasa lebih dari nilai normal nya ($>126\text{mg/Dl}$) (Sulistianingsih, 2016).

7. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan. Dalam melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Sumijatun, 2010).

8. Diagnosa Keperawatan

a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (SDKI: D. 0027)

Kategori: Fisiologis, Subkategori: Nutrisi dan Cairan; Defenisi: variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal; Penyebab: hiperglikemia: Disfungsi pancreas, resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa darah, gangguan glukosa darah puasa; hipoglikemia: penggunaan insulin/obat glikemia oral, hiperinsulinemia (mis. Insulinoma), endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitari), disfungsi hati, disfungsi ginjal kronis, efek agen farmakologi, tindakan pembedahan neoplasma, gangguan metabolikbawaan (mis. Gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpan glikogen). Gejala dan tanda mayor: subjektif (hipoglikemia): mengantuk, pusing. Hiperglikemia: lelah atau lesa Objektif: (hipoglikemia): gangguan koodinasi, kadar glukosa dalam/urin tinggi atau rendah. Hiperglikemia: kadar glukosa

dalam darah/urin tinggi. Tanda dan gejala minor, subjektif (hipoglikemia): palpitasi, mengeluh lapar. Hiperglikemia: mulut kering, haus meningkat
Objekti (hipoglikemia) gemetar kesadaran menurun, perilaku ane, sulit bicara, berkeringat banyak. Hiperglikemia: jumlah urin meningkat.

b. Hipovolemia (SDKI: D. 0023):

Kategori: Fisiologis, Subkategori: Nutrisi dan Cairan; Defenisi: Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraselular; Penyebab: kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi, peningkatan, kekurangan intake cairan, Evaporasi; Gejala dan tanda mayor: Subjektif (tidak tersedia), Objektif: 1). Frekuensi nadi meningkatkan; 2). Nadi teraba lemah; 3). Tekanan nadi menyempit; 4). Turgor kulit menurun; 5). membran mukosa kering; 6). Volume urin menurun; 7). Hematokrit meningkat. Gejala dan tanda minor: subjektif: merasa lemah, mengeluh haus. Objektif: 1). pengisian vena menurun; 2). Status mental berubah; 3). Suhu tubuh meningkat; konsentrasi urin meningkat; 5). Berat badan turun tiba-tiba.

c. Defisit nutrisi (SDKI: D. 0019)

Kategori: Fisiologis, Subkategori: Nutrisi dan Cairan; Defenisi: asupa nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme; Penyebab: ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, factor ekonomi (mis. Stress, keengganan untuk makan). Gejala dan tanda mayor: subjektif:-, Objektif: berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal. Gejala dan tanda minor:

subjektif: cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun. Objektif: 1). Bising usus hiperaktif; 2). Otot pengunyah lemah; 3). Membrane mukosa pucat; 4). Sariawan; 5). Serum albumin turun; 6). Rambut rontok berlebihan; 7). Diare.

d. Nyeri akut (SDKI: D. 0077)

Kategori: Fisiologis, Subkategori: Nyeri dan kenyamanan; Defenisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan; Penyebab: agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (abses, amputasi, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan); Gejala dan tanda mayor. Subjektif: mengeluh nyeri, objektif: tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisa, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda minor. Subjektif: -, objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri, diaphoresis.

e. Gangguan integritas kulit (SDKI: D.0129)

Kategori: Lingkungan, Subkategori: Keamanan dan proteksi; Defenisi: kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia otot, tendon, tulang kartilago, kapsul sendi dan atau ligament); Penyebab: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi

(kelebihan atau kekurangan), kekurangan/ kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, factor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau factor listrik (elektroterapi, energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan. Gejala dan tanda mayor. Subjektif:-; Objektif: kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit. Gejala dan tanda minor. Subjektif:-, Objektif: nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma.

f. Resiko infeksi (SDKI: D. 0142)

Kategori: Lingkungan, Subkategori: Keamanan dan Proteksi; Defenisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik, Faktor resiko: penyakit kronis (mis. DM), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: (gangguan peristaltic, kerusakan integritas kulit, penurunan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah waktunya, merokok, status cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat).

9. Intervensi Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (SDKI: D.0027) Luara utama:
Kestabilan kadar glukosa darah (SLKI: L. 03022) Definisi: kadar gula darah, berada pada rentang normal. Ekspektasi: meningkat

Luaran utama: Manajemen Hiperglikemia (SIKI: I. 03115)

Definisi: mengidentifikasi dan mengelola kadar glukosa darah di atas normal.

Tindakan

Observasi:

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan).
- 3) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu
- 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, kelemahan malaise, pandangan kabur, sakit kepala)
- 5) Monitor in take dan output
- 6) Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, eletrolit, tekanan darah ostostatik dan frekuensi nadi

Terapeutik:

- 1) Berikan asupan cairan
- 2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
- 3) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi:

- 1) Anjurkan menghindari olahraga saat glukosa darah lebih dari 250 mg/dl
- 2) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- 3) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- 4) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu
- 5) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
- 3) Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu

b. Hipovolemia (SDKI: D. 0023).

Luaran utama: Status cairan. (SLKI: L.03028); Defenisi: Kondisi volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intraseluler. Ekspektasi: membaik.

Intervensi: Manajemen hipovolemia (SIKI: I.03116).

Definisi: mengidentifikasi dan mengelola penurunan volume cairan Intravaskuler.

Tindakan

Observasi:

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia. (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit,

turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah)

2) Monitor intake dan output cairan.

Terapeutik

- 1) Hitung kebutuhan cairan
- 2) Berikan posisi modified trendelenburg
- 3) Berikan asupan cairan oral

Edukasi

- 1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
- 2) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
- 3) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. Albumin, plasmanate)
- 4) Kolaborasi pemberian produk darah.

Intervensi ke 2: Manajemen Syok Hipovolemik (SIKI: I. 02050)

Defenisi: mengidentifikasi dan mengelola ketidakmampuan tubuh menyediakan oksigen dan nutrien untuk mencukupi kebutuhan jaringan akibat kehilangan cairan/darah berlebih.

Tindakan:

Observasi:

- 1) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD)

- 2) Monitor status oksigenasi
- 3) Monitor status cairan
- 4) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil
- 5) Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS (defomitas, open wound/ luka, tenderness/nyeri tekan, *swelling*/bengkak)

Terapeutik:

- 1) Pertahankan jalan napas
- 2) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- 3) Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu
- 4) Lakukan penekanan langsung pada pendarahan eksternal
- 5) Berikan posisi syok
- 6) Pasang jalur IV berukuran besar (mis. No 14 atau 16)
- 7) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine
- 8) Pasang selang nasogastric untuk dekomprelambung
- 9) Ambil darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 1-2 L pada dewasa
- 2) Kolaborasi pemberian infus cairan kristaloid 20 ml/kgBB pada anak
- 3) Kolaborasi pemberian transfuse darah, jika perlu

c. Defisit nutrisi (SDKI: D. 0019)

Luaran utama: Status nutrisi (SLKI: L. 03030)

Definisi: Keadegunaan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Ekspetasi: membaik

Luaran utama: Manajemen nutrisi (I. 03119)

Defisi : mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang

Tindakan

Observasi:

- 1)Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3)Identifikasi kebutuhan kalori dan Jenis nutrient
- 4) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
- 5)Monitoring asupan makanan
- 6)Monitoring berat badan
- 7)Monitoring hasil pemeliharaan laboratorium

Terapeutik

- 1)Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
- 2)Fasilitasi menentukan pedoman diet.
- 3)Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 4)Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 5)Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.
- 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu.
- 7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi.

Edukasi

- 1)Anjurkan posisi duduk, jika perlu
- 2)Ajarkan diet yang di programkan

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

d. Nyeri akut (SDKI: D. 0077)

Tingkat nyeri (SLKI: L. 08066)

Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Ekspektasi: menurun

Luaran utama: Manajemen Nyeri (SIKI: I.14518)

Defenisi: mengidentifikasi dan mengelola sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Tindakan

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan obat analgesic

Terapeutik:

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 2) Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgesic
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgesic.

Luaran utama: pemberian analgesic (SIKI: I.08243)

Defenisi: menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit.

Tindakan

Observasi:

- 1) Identifikasi karakteristik nyeri
- 2) Identifikasi riwayat alergi obat
- 3) Identifikasi kesesuaian jenis analgesic

4) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic

5) Monitor efektifitas analgesic

Terapeutik:

1) Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu

2) Pertimbangkan penggunaan infus kontinu atau bolus obloid untuk mempertahankan kadar dalam serum

3) Tetapkan target efektifitas analgesic untuk mengoptimalkan respon pasien

4) Dokumentasikan respons terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan

Edukasi:

1) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

2) Kolaborasi: Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesic, sesuai indikasi

e. Gangguan integritas kulit (SDKI: D.0129)

Luaran utama: Integritas Kulit dan jaringan (SLKI: L. 14125)

Definisi: keluhan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan /atau ligament).

Ekspektasi: meningkat

Perawatan kulit (SIKI: I. 11353)

Definisi: mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembaban dan mencegah perkembangan mikroorganisme.

Tindakan

Observasi:

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

Terapeutik:

- 1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- 2) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang. Jika perlu
- 3) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- 4) Gunakan produk berbagai petroleum atau minyak pada kulit kering
- 5) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergenik pada kulit sensitive
- 6) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi:

- 1) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum)
- 2) Anjurkan minum air yang cukup
- 3) Anjurkan meningkatkan buah dan sayuran
- 4) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim
- 5) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah
- 6) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

Luaran utama: Perawatan luka (SIKI: I. 14564)

Defenisi: mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah, terjadinya komplikasi luka.

Tindakan

Observasi:

- 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, ukuran, warna, ukuran, bau).
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi.

Terapeutik:

- 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 2) Cukur rambut disekitar area luka, jika perlu
- 3) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan
- 4) Bersihkan jaringan nekrotik
- 5) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
- 6) Pasang balutan sesuai jenis luka
- 7) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- 8) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat drainase
- 9) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- 10) Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5g/kgBB/hari
- 11) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vit A, vit B, vit C, zinc, asam amino). sesuai indikasi
- 12) Berikan terapi TENS (stimulus saraf transcutaneous), jika perlu

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatis, biologis, mekanis, outolitik), jika perlu
 - 2) Kolaborasi pemberian antibiotik
- f. Resiko infeksi (SDKI: D. 0142)

Kategori: Lingkungan

Subkategori: Keamanan dan Proteksi

Defenisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Faktor resiko: penyakit kronis (mis. DM), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: (gangguan peristaltic, kerusakan integritas kulit, penurunan sekresi pH, penurunan kerja silias, ketuban pecah lama, ketuban pecah waktunya, merokok, status cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat).

Luaran utama: Tingkat infeksi (L.141337)

Defenisi: derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi.

Luaran utama: Pencegahan Infeksi (SIKI: I.14539)

Defenisi: mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik

Tindakan

Observasi: Monitor dan gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik:

- 1) Batasi jumlah pengunjung
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien resiko tinggi

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 3) Ajarkan etika batuk
- 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

10. Implementasi Keperawatan

Melakukan tindakan keperawatan ketidakstabilan glukosa dalam darah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk menstabilkan kadar gula dalam darah, melakukan tindakan keperawatan hipovolemik sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk memenuhi kebutuhan cairan, melakukan tindakan keperawatan devisit nutrisi sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk memenuhi nutrisi, melakukan tindakan keperawatan nyeri sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mengurangi nyeri, melakukan tindakan keperawatan gangguan integritas kulit sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mengurangi kerusakan integritas kulit, melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah resiko infeksi.

11. Evaluasi

Setelah melaksanakan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana/intervensi dan implementasi, tahapan terakhir adalah melakukan evaluasi atas rencana yang sudah dilaksanakan. Evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang terdiri dari: subyektif yaitu keluhan yang dirasakan oleh pasien, obyektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung, assessment dan plenning adalah merupakan tindak lanjut yang akan dilakukan bila masalah belum teratasi.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

Bab ini menggambarkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien Ny.S, dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah di ruang ruby RS.Universitas Tanjungpura, Pontianak. Asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 6 januari sampai dengan 8 januari 2022

A. Pengkajian

Pengkajian ini menggunakan data dasar yang dikumpulkan pengkajian langsung dari keluarga klien dengan teknik wawancara kepada keluarga klien, dan mengadakan pengamatan langsung kepada klien. Selain itu data yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien. Adapun hasil pemeriksaan dilakukan pada tanggal 6 januari adalah sebagai berikut:

1. Identitas klien

Pasien berinisial Ny.S dengan No.RM 06.08.89 berjenis kelamin perempuan pasien lahir di Pontianak 2 januari 1966 pasien beragama islam pasien memiliki tinggi badan 157 cm berat badan 70 kg, Ny.S berpakaian rapih dan bersih dengan ciri ciri tubuh putih warna rambut hitam sedikit ada ubannya, mata terlihat simetris dan alis tidak begitu tebal Ny. S tinggal di Jln. Ayani II parit haji muksin II

2. Riwayat sekarang/ keluhan saat ini

Hari 1

Klien saat masuk mengalami demam sudah 2 hari klien mengatakan tidak

nafsu makan ada rasa ingin minum terus, mulut terasa kering dan pusing terasa nyaman jika dipijit, kondisi umum klien lemah, kesadaran apatis E:3V:4M:6, klien lelah dan lesu tanda-tanda vital klien diketahui : TD: 170/90 HR: 120x/menit RR: 20x/menit Spo2: 97 % T: 38,9 C.

Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sekarang

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan		√			
Mandi			√		
Berpakaian			√		
Eliminasi				√	
Mobilisasi ditempat tidur		√			
Berpindah		√			
Ambulasi		√			
Naik tangga					√

Kategori nilai

0 : mandiri

1: dibantu sebagian

2: dibantu orang lain

3: dibantu orang dan peralatan

4: ketergantungan/ tidak mampu

3. Riwayat masa lalu

a. Kecelakaan dan hospitalisasi

Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan dan tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya.

b. Penyakit yang sering diderita

Klien mengatakan kadang-kadang tekanan darah klien tinggi berkisar antara 130/90 tapi tidak ada dari riwayat keluarga, klien mengatakan asam urat 7mg/dl dan kolesterol klien 210 mg/dl dan gula darah ± 200 mg/dl klien tidak ada mengonsumsi obat gula darah karena informasi dari nakes gula darah ± 200 mg/dl masih dalam batas normal.

c. Kebiasaan

Klien mengatakan tidak pernah merokok dan mengonsumsi alkohol. Pola tidur

Klien mengatakan jarang tidur siang, klien mengatakan tidur malam sekitar jam 10 an dan bangun kurang lebih jam set 5 sekitar 7-8 jam

d. Pola aktivitas

Tabel 3.2 Pola aktivitas dahulu

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan	√				
Mandi	√				
Berpakaian	√				
Eliminasi	√				
Mobilisasi ditempat tidur	√				
Berpindah	√				
Ambulasi	√				
Naik tangga	√				

Kategori nilai

0 : mandiri

1: dibantu sebagian

2: dibantu orang lain

3: dibantu orang dan peralatan

4: ketergantungan/ tidak mampu

e. Pola nutrisi

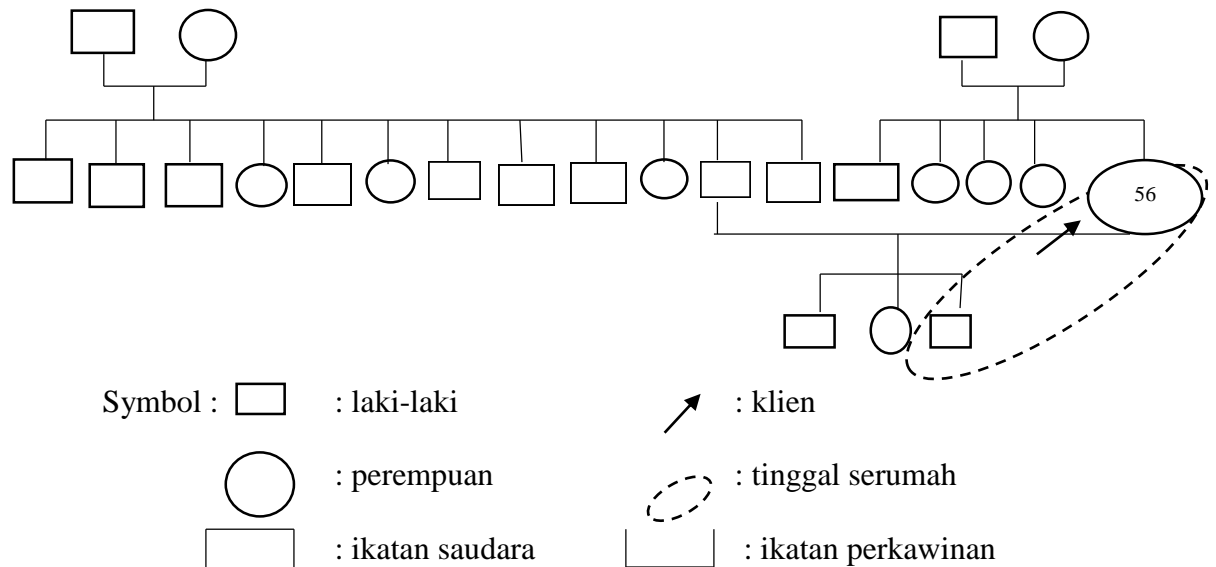
Klien mengatakan mengonsumsi nasi putih, klien mengatakan mengonsumsi sayuran seperti bayam, sawi, kangkung, kol, pakis.

Klien mengatakan mengonsumsi lauk seperti tempe, tahu, ikan, cumi, udang, ikan asin. Klien mengatakan mengurangi makan yang bersantan, klien mengatakan frekuensi makan 2x sehari.

4. Riwayat keluarga

a. Kesehatan anggota keluarga

Klien mengatakan anak ke 5 dari 5 bersaudara, klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga dari orang tuanya.



5. Riwayat lingkungan

1. Kebersihan : klien mengatakan lingkungan rumah bersih
2. Bahaya kesehatan : klien mengatakan dekat rumah terdapat parit besar
3. Polutan : klien mengatakan letak rumah tidak jauh dari jalan raya

6. Riwayat psikososial

1. Bahasa yang digunakan

Klien mengatakan menggunakan bahasa Indonesia/ melayu dalam kehidupan sehari-hari.

2. Organisasi dimasyarakat

Klien mengatakan biasanya menjadi kader posyandu lansia di dekat rumahnya.

7. Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi)

a. Kepala

Inspeksi : tidak ada ketombe, tidak ada koreng, rambut tampak kusut dan panjang, rambut berwarna hitam dengan sedikit uban

Palpasi : tidak terdapat benjolan di kepala, konsistensi rambut cukup lebat, ada rontok sedikit.

b. Mata

Inspeksi : mata tampak simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, terdapat kantung mata

c. Hidung

Inspeksi : terpasang oksigen nasa kanul 4 liter/m (hari ke 2), tidak terdapat cuping hidung, tidak terdapat polip

Palpasi : tidak terdapat luka tekan pada area hidung

d. Telinga

Inspeksi : pendengaran baik, telinga tampak bersih, kedua daun telinga simetris

e. Mulut dan tenggorokkan

Inspeksi : mukosa bibir tampak kering, mulut tidak berbau, gigi berwarna putih kekuning-kuningan, terdapat

sedikit lubang gigi, lidah tampak bersih, tidak ada tonsillitis, reflek muntah baik, reflek menelan baik

f. Kelenjar limfe

Inspeksi : tidak tampak pembesaran pada kelenjar limfe

Palpasi : pada kelenjar submandibular tidak teraba ,
kelenjar submental tidak teraba Kelenjar servikal
tidak teraba

g. Paru – paru

Inspeksi : thoraks simetris, ekspansi dada simetris, respirasi
23x/menit, irama regular, frekuensi lambat, tidak
terlihat jejas pada toraks

Auskultasi : bunyi paru ronchi seperti ada penumpukan lendir

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Perkusi : bunyi paru sonor

h. Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak tampak

Palpasi : thrill (+)

Perkusi : batas kiri ics iv midklavikula line dekstra, batas
kanan ics iv midklavikula line sinistra.

Auskultasi : S1S2 tunggal regular

i. Abdomen

Inspeksi : perut rata, tidak ada luka

Auskultasi : bising usus 7x/menit

Papulasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen
Perkusi : bunyi dullnes pada rongga hati, bunyi sonor pada lambung

j. Eliminasi bowel

Frekuensi : 1x1 hari pada pagi hari

Konsistensi : lembek

Warna : kuning kecoklatan

k. Ekstremitas bawah

Evaluasi range of motion : bergerak bebas tanpa nyeri.

Kekuatan otot : Terdapat kontraksi otot, tidak dapat melawan gaya gravitasi.

Test reflex patella dan platar : gerakan respon singkat tidak berlebihan, reflex berupa ekstensi dari tungkai bawah (reflex patella), reflex berupa penekukkan ibu jari kaki kebawah (reflex platar).

l. Ekstremitas atas

Evaluasi range of motion : bergerak bebas tanpa nyeri

Kekuatan otot : skala baik dengan nilai 4/5 (mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan sedang

m. Kulit

Inspeksi : berwarna kuning langsung, terdapat kemerahan pada area sebelah kanan di leher, tidak terdapat luka/jejas, tidak tampak koreng, terpasang ivfd pada tangan kanan

Palpasi : kulit teraba hangat, tersa kenyal, dapat kembali ke bentuk semula dengan cepat

n. Genetalia/ reproduksi

Inspeksi : terpasang kateter

Eliminasi urin : urine bag 1500 ml/ 24 jam, berwarna kuning, berbau khas

8. Data penunjang

Poliklinik : UGD

Nomor Lab : 133/060889

Tanggal : 05.01.2022

Tabel 3.3 Pemeriksaan kimia klinik

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Glukosa darah sewaktu	532	mg/dl	75-150

Tabel 3.4 Pemeriksaan antigen coronavirus

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
SARS-CoV- 2Ag	Negative	Negative
Specimen : swab nasofaring		

Tabel 3.5 Darah Lengkap

Parameter	Result	Ref.Range	Unit
WBC	19.02	3.50-9.50	10 ⁹ /L
RBC	3.71	3.80-5.10	10 ¹² /L
HGB	10.5	11.5-15.0	g/dl
HCT	29.8	35.0-45.0	%
PLT	109	125-350	10 ⁹ /L

Poliklinik : Ruby

No.RM : BPJS.147/06.08.89

Tanggal : 06.01.2022

Tabel 3.6 Pemeriksaan koagulasi darah

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Waktu perdarahan	2.00	Menit	1-3
Waktu pembekuan	10.00	Menit	5-15

Tabel 3.7 Pemeriksaan urinalisasi

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
Urinalisasi			
<i>Makrokropis</i>			
Warna	Kuning tua		
Kejernihan	Agak keruh		
Bau	Khas		
Urin Rutin Kimia			
Glukosa	±5mmol/L		
Bililubrin	Negatif		
Keton	Negative		
Specific Gravity	1.015		
Blood	Negative		
pH	5.0		
Protein	(+) 0.3g/L		
Uroblinogen	±17umol/L		
Nitrit	Negatif		
Leucocyttest	Negative		
Sedimen			
<i>Mikroskopis</i>			
Eritrosit	0		
Leukosit	0		
Silinder	(+) granular 1-2		
Epitel			
• Bulat	1-2		

• Gepeng	4-6
Bakteri	Negative
Kristal	Negative
Lain-lain	Negative

9. Terapi medikasi

Tabel 3.8 Terapi Mrdikasi

Nama obat/ dosis	Tanggal dan Waktu Pemberian Obat											
	06/01/2022				07/01/2022				08/01/2022			
Tuzalos 3x1 tablet	P	S	Sr	M	P	S	Sr	M	P	S	Sr	M
									8	12	18	-
Daftar obat injeksi	06/01/2022				07/01/2022				08/01/2022			
	P	S	Sr	M	P	S	Sr	M	P	S	Sr	M
Meropenem 2x1 gr	8	-	20	-	8	-	20	-	8	-	20	-
Pantoprazole 2x 40 gr	6	-	7	-	6	-	7	-	6	-	7	-
Paracetamol 3x 1 gr	8	-	18	22	8	15	22	-	8	-	15	22
Novorapid 3x 15 ui	6	11	16	-	6	11	16	-	6	11	16	-
Levemir 1x 10ui	-	-	-	22	-	-	-	22	-	-	-	22

B. Diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi

1. Analisa data

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan gangguan toleransi gula darah ditandai dengan klien mengatakan lelah dan lesu, klien mengatakan mulut kering, klien mengatakan sangat haus dengan keterkaitan data objektif yang didapat r, kesadaran klien menurun E : 3 V: 4 M: 6 (apatis), GDS:532, Td:170/90mmHg, Rr :20x/menit, T : 38,9, Hr: 120x/menit, Spo2 : 97 %
- b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan kulit terasa hangat T:38,9, Hr : 120x/menit, wbc : 19,2
Tambahan pada hari ke 2
- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas ditandai dengan data subjektif klien mengatakan ada mengeluarkan

lendir saat batuk, klien menatakan seperti ingin mengeluarkan dahak tapi tidak bisa data objectif, klien tampak gelisah, bunyi napas klien ronkhi basah, frenkuensi napas berubah, Rr: 24x/menit, Spo2 : 95%

2. Diagnosis keperawatan

Hasil analisis data menunjukkan diagnosis keperawatan Ny.S adalah :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan ganngguan tolerasansi gula darah
- b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
- c. Bersihan jalan napas tidak efectif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

3. Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi

1) Perencanaan

a) Diagnose ke 1

Tujuan perawatan yang diberikan kepada Ny.S, setelah dilakukan perawatan selama 3 hari klien mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan kriteria hasil tingkat kesadaran (meningkat), mengantuk (menurun), pusing (menurun), lelah lesu menurun, mulut kering (menurun), kadar glukosa dalam darah (membaik).

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada Ny.S adalah manajemen hiperglikemia : Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah setiap 2 jam , monitor keton urin dengan melaukan pemeriksaan lab pukul 06.00, Berikan

asupan cairan oral dengan air putih sesering mungkin, kolaborasi pemberian insulin, kolaborasi pemberian cairan iv.

b) Diagnosa ke 2

Tujuan perawatan yang diberikan kepada Ny.S setelah dilakukan perawatan selama 3 hari klien mengalami hipertermia dengan kriteria hasil hipoksia (menurun), takikardi (menurun), suhu tubuh (membaik), kadar glukosa darah (membaik).

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada Ny.S adalah Manajemen Hipertermia: identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, monitor kadar elektrolit, monitor haluaran urin, monitor komplikasi akibat hipertermia, sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, berikan cairan oral, ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih), lakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi), anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

c) Diagnose ke 3

Tujuan perawatan yang diberikan kepada Ny.S setelah dilakukan perawatan selama 2 hari klien mengalami bersihan jalan napas tidak efektif dengan kriteria hasil batuk efektif meningkat, produksi sputum menurun, mengi menurun, *wheezing* menurun, gelisa menurun, frekuensi napas membaik.

Intervensi keperawatan yang diberikan kepada Ny.S adalah Manajemen jalan napas monitor bunyi napas tambahan, monitor spuntum (jumlah,warna, aroma), posisikan semi fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen 5lpm, ajurkan asupan cairan 2.000 ml/hari,ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspetorat,mukolitik

2) Implementasi

Implementasi pada tanggal 6 januari 2022 pukul 07.30 data subjectif: keluarga klien mengatakan gula darah klien setiap pemeriksaan ± 200 mg/dl namun klien tidak ada mengkonsumsi obat gula darah karena informasi dari nakes gulah darah ± 200 mg/dl masih dalam batas normal. klien mengataka lelah dan lesu, klien mengatakan mulut kering, klien mengatakan sangat haus. Data objectif: kesadaran klien menurun E : 3 V: 4 M: 6 (apatis),GDS: 532, Td : 170/90 mmHg, Rr: 20x/menit, T : 38,9, Hr: 120x/menit, Spo2 : 97 % dengan action manajemen hiperglikemia: mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memonitor keton urin, memberikan asupan cairan oral, berkolaborasi pemberian insulin (Novorapid 3x15 ui), berkolaborasi pemberian cairan iv (Nacl 0,9 % 20tpm). Respon kadar glukosa darah klien belum membaik, klien sering meminta minum, klien tampak lemah,

kesadaran klien apatis, keluarga sangat kooperatif saat dilakukan tindakan

Implementasi pada tanggal 6 januari 2022 pukul 09.00 data subjectif tidak terkaji dan data objectif kulit terasa hangat, T : 38,9, Hr : 120x/menit, hasil wbc : 19,2 dengan action: Manajemen Hipertermia mengidentifikasi penyebab hipetermia, memonitor suhu tubuh memonitor kadar elektrolit, memonitor haluaran urin, memonitor komplikasi akibat hiprtermia menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan atau lepaskan pakaianm, membasahi dan kipasi permukaan tubuh, memberikan cairan oral, mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih), melakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi), mengnjurkan tirah baring, berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena. Respon: keluarga mau membantu melakukan kompres dingin pada klien.

a) Hari ke 2

Implementasi pada tanggal 7 januari 2022 pukul 15.00 data subjectif: klien mengataka lelah dan lesu, klien mengatakan mulut kering, klien mengatakan sangat haus data objectif: klien tampak gemetar, kesadaran klien menurun E : 4 V: 4 M: 6 , GDS : 398 mg/dl, Td : 130/80 mmHg, Rr : 24x/menit, T : 38,9, Hr: 100x/menit dengan action: manajemen hiperglikemia yaitu mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia,

memonitor kadar glukosa darah, memberikan asupan cairan oral, berkolaborasi pemberian insulin (Novorapid 50 ui dalam 50 cc Nacl), berkolaborasi pemberian cairan iv (Nacl 0,9 % 20tpm). Respon: kadar glukosa darah klien belum membaik, klien sering meminta minum, klien tampak lemah, kesadaran klien apatis, keluarga sangat kooperatif saat dilakukan tindakan

Implementasi pada tanggal 7 januari 2022 pukul 15.00 data subjectif: subjectif tidak terkaji dan data objectif kulit terasa hangat T :38,8,Hr : 100x/menit,hasil wbc :19,2 dengan action: Manajemen Hipertermia mengidentifikasi penyebab hipetermia, memonitor suhu tubuh memonitor kadar elektrolit, memonitor haluaran urin, memonitor komplikasi akibat hiprtermia menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan atau lepaskan pakaianm, membasahi dan kipasi permukaan tubuh, memberikan cairan oral, mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih), melakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi), mengnjurkan tirah baring, berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena. Respon klien: keluarga sangat kooperatif dan mau ikut terlibat dalam proses pemantauan klien, tidak ada penolakan klien saat dilakukan tindakan

Implementasi pada tanggal 7 januari 2022 pukul 16.00 data subjectif klien mengatakan ada mengeluarkan lendir saat batuk,

klien menatakan seperti ingin mengeluarkan dahak tapi tidak bisa data objectif, klien tampak gelisah, bunyi napas klien ronkhi basah, frekuensi napas berubah, Rr: 24x/menit, Spo2 : 95% dengan action Manajemen jalan napas monitor bunyi napas tambahan, monitor sputum (jumlah,warna, aroma), posisikan semi fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen 5lpm, ajurkan asupan cairan 2.000 ml/hari,ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspektorat,mukolitik. Respon: klien mengatakan masih sulit mengeluarkan dahak, klien sangat kooperatif saat dilakukan tindakan, tidak ada penolakan dari keluarga dan klien

b) Hari ke 3

Implementasi pada tanggal 8 januari 2022 14.30 data subjectif: klien mengataka lelah dan lesu, klien mengatakan mulut kering, klien mengatakan sangat haus, kesadaran klien menurun E : 4 V: 4 M: 6 GDS : 229 mg/dl, Td : 124/80 mmHg, Rr : 22x/menit, T : 37,7 C, Hr: 92x/menit dengan action manajemen hiperglikemia: mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memberikan asupan cairan oral, berkolaborasi pemberian insulin (Novorapid 50 ui dalam 50 cc Nacl, berkolaborasi pemberian cairan iv (Nacl 0,9 % 20tpm). Respon :kadar glukosa darah klien belum

membaik, klien tampak lemah, kesadaran klien apatis, keluarga sangat kooperatif saat dilakukan tindakan

Implementasi pada tanggal 7 januari 2022 pukul 15.00 data subjektif: subjektif tidak ada dan data objektif kulit terasa hangat, T :37,2Hr : 120x/menit, hasil wbc :19,2 dengan action: Manajemen Hipertermia mengidentifikasi penyebab hipetermia, memonitor suhu tubuh memonitor kadar elektrolit, memonitor haluaran urin, memonitor komplikasi akibat hiprtermia menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan atau lepaskan pakaianm, membasahi dan kipasi permukaan tubuh, memberikan cairan oral, mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih), melakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi), mengjurkan tirah baring, berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena. Respon klien: keluarga sangat kooperatif dan mau ikut terlibat dalam proses pemantauan klien, tidak ada penolakan klien saat dilakukan tindakan

3) Evaluasi

Hari ke 1

a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan

toleransi gula darah

Evaluasi pada tanggal 6 januari 2022 didapatkan S (subjectif):klien mengataka lelah dan lesu, klien mengatakan mulut kering, klien mengatakan sangat haus O(objectif): keton urin (-) negative, klien tampak gemetar, kesadaran klien menurun E : 3 V: 4 M: 6 (apatis), GDS : 450, Td : 160/90 mmHg, Rr : 22x/menit, T : 38,0, Hr: 118 x/menit,Spo2 : 96 %, A(analisis): Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi, P(planning): mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memberikan asupan cairan oral, berkolaborasi pemberian insulin (Novorapid 3x15 ui), berkolaborasi pemberian cairan iv (Nacl 0,9 % 20tpm).

- a) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Evaluasi pada tanggal 6 januari 2022 didpatkan S (subjectif): tidak ada dan data O (objectif) kulit terasa hangat ,T :37,9Hr : 140x/menit. A (Analisi) : hipertermia belum teratasi. P (planning): Manajemen Hipertermia.

Hari ke 2

- a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d gangguan toleransi gula darah

Evaluasi pada tanggal 7 januari 2022 didapatkan S (subjectif):klien mengatakan sudah sedikit bertenaga, klien mengatakan mulut kering, klien mengatakan sering minum O (objectif):kesadaran klien menurun E : 3 V: 4 M: 6 (apatis), GDS

: 355, Td : 149/83 mmHg, Rr : 22x/menit, T : 37,8, Hr: 118 x/menit, A(analisi): Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi,P (planning):mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah,

b) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Evaluasi pada tanggal 7 januari 2022 data subjectif: subjectif tidak terkaji dan data objectif kulit terasa hangat T :37C, Hr: 120x/menit. A (analisis): Manajemen Hipertermia teratasi sebagian, P (Planning): manajemen hipertermia

c) Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan

Evaluasi pada tanggal 7 januari 2022 data subjectif klien mengatakan ada mengeluarkan lendir saat batuk, klien mengatakan batuknya tidak sering data objectif, bunyi napas klien ronkhi basah, frekuensi napas berubah, Rr: 24x/menit, Spo2 : 96% . A(analisis): bersihan jalan napas teratasi sebagian, P(planning) Manajemen jalan napas Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d gangguan toleransi gula darah

Hari ke 3

a) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d gangguan toleransi gula darah

Evaluasi pada tanggal 8 januari 2022 didapat S (subjectif): klien mengatakan sudah bisa bangun dari tempat tidur, O (objectif): E : 5 V: 4 M: 6 , GDS : 145 MG/dl, Td : 121/74 mmHg,

Rr: 18x/menit, T : 36,7 C, Hr: 85 x/menit, A (analisis): ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi, P(planning): mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, memberikan asupan cairan oral, berkolaborasi pemberian insulin levemir 10 ui), berkolaborasi pemberian cairan iv (NaCl 0,9 % 20tpm)

b) Bersihan jalan napas tidak efektif

Evaluasi pada tanggal 8 Januari 2022 data subjectif klien mengatakan ada mengeluarkan lendir saat batuk, klien mengatakan batuknya tidak sering data objectif, bunyi , frekuensi napas berubah, Rr: 22x/menit, SpO₂ : 97% .
A(analisis): bersihan jalan napas teratasi P(planning):
Manajemen jalan napas

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Proses Asuhan Keperawatan (Pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi)

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada ny. S dengan penurunan kapasitas adaptif intrakranial di ruang ruby RS Universitas Tanjungpura yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis sedikit mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan pengenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien tetapi respon dari pasien sedikit sehingga penulis melaksanakan asuhan keperawatan melalui ijin dari pihak keluarga pasien.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak terjadi kesenjangan itu pada tinjauan pustaka yang didapat pada keluhan pertama yaitu penurunan kesadaran, lemas, riwayat penyakit terdahulu pasien memiliki Hipertensi, kolestrol dan gula darah tidak stabil. Keadaan pasien dengan penurunan kapasitas adaptif biasanya hipertensi, bradikardi, tingkat kesadaran menurun (SDKI, 2017). Pada klien hiperglikemia biasanya lemah (fatigue), tingkat kesadaran bergantung pada

tingkat toksisitas. Pada pemeriksaan TTV sering didapatkan RR meningkat (tachypneu), hipertensi dan kenaikan suhu tubuh. mulut kering, kadar glukosa dalam darah/urin tinggi haus meningkat jumlah urin meningkat.

Dalam Sistem Pernapasan Adanya bunyi paru ronchi seperti ada penumpukan lendir, jika terjadi komplikasi asidosis/ alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patologis gangguan. Pola napas akan semakin cepat, TD meningkat, akral dingin, palpitasi jantung, chest pain, dyspnea, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. Pada Sistem Neuromuskuler terdapat Penurunan kesadaran terjadi jika telah mengalami hiperkarbic dan sirkulasi cerebral terganggu. Oleh karena itu, penurunan kognitif dan terjadinya disorientasi akan dialami klien Diabetes mellitus. Pada Sistem Kardiovaskuler Penyakit yang berhubungan langsung dengan Diabetes mellitus salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi diatas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnansi ini akan memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan beban jantung.

2. Diagnose keperawatan

Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka ada enam yaitu:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- b. Hipovolemia
- c. Defisit nutrisi
- d. Nyeri akut
- e. Gangguan integritas kulit
- f. Resiko infeksi

Diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus ada empat yaitu

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan gangguan toleransi gula darah
- b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
- c. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas

3. Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara pustaka dan tinjauan kasus pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memberikan asuhan keperawatan total care pada pasien, sedangkan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan diberikan asuhan keperawatan berupa peningkatan pengetahuan (Kognitif), keterampilan mengenai masalah (Afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (Psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnose keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat beberapa kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan

a. Hipovolemia

Diagnosis ini tidak muncul dikarenakan klien tidak mengalami penurunan volume cairan intravascular, intrerstitial dan intraseluler

b. Defisit nutrisi

Diagnosis ini tidak muncul dikarenakan klien tidak mengalami penurunan

berat badan 10 %. Berat badan klien 60 kg dan tinggi badan 157 maka berat badan ideal klien \pm 49- 54 kg (Kemenkes, 2017)

c. Nyeri akut

Diagnosis ini tidak muncul dikarenakan klien tidak memiliki gejala tanda mayor dan minor

d. Gangguan integritas kulit

Diagnosis ini tidak muncul dikarenakan klien tidak memiliki keluhan terkait kerusakan kulit dermis atau epidermis atau jaringan membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligament (SDKI, 2017)

4. Implementasi

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat terealisasi karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan ini pada factor penunjang maupun factor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan dan penerimaan adanya penulis.

Ketidakefektifan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi gula darah. Pada rencana tindakan dilakukan dengan mengobservasi tanda-tanda vital, mengkaji tandatanda hiperglikemia, memberikan informasi

kepada pasien dan keluarga tentang diit yang di harus di laksanakan pasien. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan sedikit menemukan masalah karena pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga diperlukan perawatan total care, tetapi dapat terbantu dengan keluarga pasien yang kooperatif menerima dan bekerjasama dengan penulis.

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, pada rencana tindakan dilakukan dengan manajemen hipertermia mengidentifikasi penyebab hipetermia, memonitor suhu tubuh memonitor kadar elektrolit, memonitor haluaran urin, memonitor komplikasi akibat hiprtermia menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan atau lepaskan pakaianm, membasahi dan kipasi permukaan tubuh, memberikan cairan oral, mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih), melakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi), mengjurkan tirah baring, berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena. Pada proses pelaksanaan tindakan keperawatan sedikit menemukan masalah dikarenakan klien gelisah sehingga saat dilakukan tindakan hari lebih dipantau tetapi dapat terbantu dengan keluarga pasien yang kooperatif menerima dan bekerjasama dengan penulis.

Bersihan jalan napas tidak efektif behubungan dengan hipersekresi jalan napas, pada rencana tindakan dilakukan dengan Manajemen jalan napas monitor bunyi napas tambahan, monitor spuntum (jumlah,warna, aroma), posisikan semi fowler, berikan minum hangat, berikan oksigen 5lpm, ajurkan asupan cairan 2.000 ml/hari,ajarkan teknik batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator,ekspetorat,mukolitik. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan

tidak menemukan masalah dikarenakan keluarga klien sangat kooperatif menerima dan berkerjasama saat dilakukan tindakan.

5. Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung. Ketidakefektifan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas pada saat dilakukan evaluasi kadar gula darah pasien dapat menurun setelah diberikan terapi Novorapid 50 ui dalam 50 cc Nacl selama 2x24 jam kemudian kadar gula darah pasien dapat menurun. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit pada saat dilakukan evaluasi suhu tubuh klien mengalami penurunan yang signifikan setelah dilakukan tindakan 3x 24 jam. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas pada saat dievaluasi klien dapat mengeluarkan lendir pada saat batuk sehingga bunyi paru kembali normal.

B. Pembahasan Proses Praktik Profesi Dalam Pencapaian Target

Karya ilmiah akhir ini dengan judul penurunan kapasitas adaptif intracranial (diabetes mellitus) pada Ny.S dalam karya ilmiah akhir ini penulis menjalankan peran sebagai perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dilakukan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan oleh klien serta keluhan yang dirasakan oleh klien melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan konsep proses keperawatan sehingga dapat ditemukan diagnosa keperawatan untuk bisa merencanakan tindakan yang akan dilakukan kepada klien dengan menerapkan tindakan yang tepat dan sesuai

dengan kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangan dalam catatan perkembangan untuk mengetahui apakah tindakan yang dilakukan hasilnya sudah sesuai atau tidak.

Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks. Penulis juga menjalankan peran sebagai edukasi. Peran ini dilakukan dengan menjelaskan pada klien dan keluarga tentang penyakit yang diderita oleh klien, cara penanganan dan cara pencegahan untuk menambah pengetahuan keluarga klien agar bisa merawat klien lebih baik dan benar. Serta juga mengajarkan dan memberikan beberapa teknik non farmakologis yang sederhana untuk dapat bisa dilakukan oleh klien secara mandiri baik di rumah sakit atau ketika berada dirumah.

Target kompetensi yang didapatkan penulis sesuai dengan tujuan awal dilakukannya penulisan karya ilmiah akhir ini yaitu memperoleh pengalaman yang nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan diabetes mellitus melalui pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus ketidakstabilan kadar glukosa darah (DM Tipe II) pada ny.s di ruang ruby RS. Universitas Tanjungpura maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan “DM”.

1. Pada saat pengkajian pada Ny. S didapatkan tekanan darah pasien tinggi 170/90 mm/Hg, kesadaran klien E:3 V:4 M: 6 (apatis), klien tampak gelisah, klien tampak lesu dan lemah. Pada pasien Ny.S di dapatkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu Ny.S didapatkan dignosa keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi gula darah, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas
2. Pada akhir evaluasi, beberapa tujuan dapat dicapai karena kerja sama antara keluarga dan juga tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Ny.S tanda tanda vital klien dalam batas normal, tingkat kesadaran klien mengami perbaikan kadar gula dalam darah dapat terkontrol, Ny.S diperbolehkan untuk KRS dikarenakan kondisinya sudah membaik dengan dengan

kolaborasi pemberian obat untuk gula darah dan edukasi terkait kestabilan gula darah

3. Pada pendokumentasian semua tindakan keperawatan pada Ny. S di masukan pada rekam medik pasien.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka saran yang bisa penulis berikan yaitu:

1. Bagi Penderita DM

Sebaiknya penderita DM lebih aktif dalam meningkatkan pengendalian gula darah dengan mematuhi diet, menjalani pengobatan dengan baik dan memeriksakan kadar gula darah sesuai dengan jadwal yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan.

2. Bagi Keluarga Penderita DM

Sebaiknya keluarga harus dapat meningkatkan komunikasi dengan meluangkan waktu untuk berdiskusi dengan penderita sehingga motivasi penderita untuk menjalankan pengobatan DM meningkat yang pada akhirnya dapat meningkatkan pengendalian gula darah.

3. Bagi Petugas Kesehatan

Sebaiknya tenaga kesehatan meningkatkan pelayanan bagi penderita DM tipe II dengan aktif memberikan penyuluhan tentang penatalaksanaan penyakit DM tipe II melalui kegiatan yang sudah ada di masyarakat.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Disarankan untuk penulis selanjutnya agar dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan

keluarga yang optimal dan komprehensif serta bertanggung jawab kepada klien dan keluarga.

Lampiran

RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Dyah Wuni

Tempat,Tanggal Lahir : Pontianak, 21 Juni 1999

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Status Perkawinan : Belum Menikah

Status Dalam Keluarga : Anak ke-3dari 3 bersaudara

Alamat Sekarang : Jln.KH Abdurahman Wahid Gg. Tegal Sari II

No. Hp : 081253386842

Email : dyahwuni@gmail.com















Nama Orang Tua

Ayah : Kardiyo

















Ibu : Supartini

Riwayat Pendidikan : 1. SD Negri 09 Sungai Raya (2006-2011)
2. SMP Negri 03 Sungai Raya (2011-2014)
3. SMA Negri 01 Sungai Raya (2014-2017)
4. STIK Muhammadiyah Pontianak (2017-Sekarang)

LEMBAR KONSULTASI

HARI/TGL	MATERI/BAB	MASUKKAN DAN PERBAIKKAN	TTD MAHASISWA	TTD PEMBIMBING
01/7/2022	Bab I	Tambahkan definisi peran perawat, mengganti kalimat manfaat penulisan		
04/7/2022	Bab II	Tambahkan asuhan keperawatan teoritis		
06/7/2022	BAB III	Mengganti diagnose prioritas dari ketidakstabilan glukosa darah menjadi penurunan kapasitas adaptif intracranial dengan alasan klien mengalami penurunan kesadaran, tekanan darah tinggi dan klien pusing.		
07/7/2022	BAB I	Menambahkan jurnal nonfarmakologi terkait kasus prioritas		
08/7/2022	BAB IV	Menarasikan diagnosa keperawatan secara teoritis dan kasus		
11/7/2022	BAB V	Tabahkan kesimpulan pada terkait narasi diagnosa		
12/7/2022	Abstrack	Segera dibuat, daftar isi diperbaiki		

LEMBAR KONSULTASI

HARI/TGL	MATERI/BAB	MASUKKAN DAN PERBAIKKAN	TTD MAHASISWA	TTD PEMBIMBING
15/7/2022	Bab I	Perbaiki tanda baca		
20/7/2022	Bab I	Bab I ACC		
20/7/2022	BAB II	Menambahkan tanda mayor dan minor pada tinjauan pustaka		
21/7/2022	BAB I,II,III,IV,V	Lanjut bimbingan dengan penguji		
HARI/TGL	MATERI/BAB	MASUKKAN DAN PERBAIKKAN	TTD MAHASISWA	TTD PENGUJI
21/7/2022	Sistematika Penulisan	Halaman judul ditambahkan Halaman persetujuan perbaiki spasi Kata pengantar perbaiki spasi Daftar isi rapika Bab I,II,III,IV,V dirapikan lagi		
22/7/2022	Sistematika penulisan	Pada abstrak perbaiki kata katanya Abstrak perbaiki spasi Tabel menggunakan Tabel terbuka Setiap tabel diberi judul		
25/7/2022	Sistematika Penulisan	Daftar isi diperbaiki Abstrak inggris dicetak miring Spasi abstrak 1		
26/7/2022	Sistematika Penulisan	Bold huruf capital semua pada daftar pustaka, ganti ukuran kertas 4433		

DAFTAR PUSTAKA

- Andra, S. W., & Yessie, M. P. (2013). KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. *Yogyakarta: Nuha Medika*.
- American Diabetes Association. (2020). Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes. Retrieved from [https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S1#:~:text=The%](https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S1#:~:text=The%20) .
- Bararah, T., & Jauhar, M. (2013). Asuhan Keperawatan: Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional.
- Devi, I. (2018). *GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN KETIDAK STABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DI UPT KESMAS SUKAWATI I GIANYAR* (Doctoral dissertation, Jurusan Keperawatan 2018).
- Fansuri, G. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS (DM) TIPE II DI RUANG FLAMBOYAN RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA*.
- Intan, N., Dahlia, D., & Kurnia, D. A. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2, Fase Akut dengan Pendekatan Model Adaptasi Roy: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 680-688.
- Indonesia, P. E. (2019). *Pengelolaan dan pencegahan diabetes melitus tipe 2 di Indonesia*. Pb. Perkeni.
- IDF. (2015). The International Diabetes Federation (IDF) response to the WHO firstdraft of the Framework for country action across sectors for health and health equity , March 2015 (Vol. Global Dia).
- IDF. (2019). *IDF DIABETES ATLAS (9th ed.)*. BELGIUM: International Diabetes federation. Retrieved from <https://www.diabetesatlas.org/en/resources/>
- VARENA, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. Z Dengan Diabetes Melitus Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai 3 RS DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI 2019*. Retrieved from file:///C:/Users/USER/Downloads/Documents/13%20MUTHIA%20VARENA_2.pdf.
- Kemenkes. (2010). *Diabetes melitus dapat dicegah*. Diakses pada 20 Juni 2022. <http://www.depkes.go.id/index.php?vw=2&id=1314>
- MUTHIA VARENA, M. V. (2019). *Asuhan keperawatan pada Ny Z dengan diabetes melitus di ruang rawat inap ambun suri lantai 3 RSAM Bukittinggi tahun 2019* (Doctoral dissertation, stikes perintis padang).

- Muttaqin, A. (2010). Pengkajian Keperawatan aplikasi pada praktik klinik. *Jakarta: Salemba Medika.*
- Maya Andriani, L. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH (HIPERGLIKEMIA)* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
- Ningrum, T. P., & Siliapantur, H. O. (2019). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Manajemen Diri Pasien DM Tipe 2. *Jurnal Keperawatan BSI*, 7(2), 114-126.
- Nurhidayat, S., & Rosjidi, C. H. (2014). Buku Ajar Penigkatan Tekanan Intra Kranial dan Gangguan Perdarahan Darah Otak. *Yogyakarta: Pustaka Baru.*
- PRIBADI, A. Y. E. (2016). HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA PASIEN DENGAN KEPATUHAN PENGENDALIAN GULA DARAH PADA PENDERITA DIABETES MELLITUS DI WILAYAH PUSKESMAS RAKIT 2 BANJARNEGARA TAHUN 2016 (Doctoral dissertation, UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PURWOKERTO)
- Putri, L. R., & Hastuti, Y. D. (2019). *Gambaran Self Care Penderita Diabetes Melitus (DM) di Wilayah Kerja Puskesmas Sronol Semarang* (Doctoral dissertation, Diponegoro University).
- Padila, P. (2012). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. *Yogyakarta: Nuha Medika.*
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_20
- Rohmawardani, I., & Rosid, F. N. (2018). *Self Care Relationships With Glychemic Status On Patients Diabetes Melitus Type Ii In The Working Region Of Puskesmas Boyolali I* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Rendi, C. M., & Margareth, T. H. (2012). Asuhan keperawatan medikal bedah dan penyakit dalam.
- Sulistyaningsih, H. (2011). Metodologi Penelitian Kebidanan Kuantitatif Kualitatif. *Jakarta: Graha Ilmu.*
- Sumijatun.(2011).Membudayakan Etika dalam Praktik Keperawatan.*Jakarta:Salemba Medika*
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.

- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tarwoto, W., Taufiq, I., & Mulyati, L. (2012). Keperawatan medikal bedah gangguan sistem endokrin. Jakarta: Trans Info Media.
- Yulia, S. (2015). Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Dalam Menjalankan Diet Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. Skripsi. Fakultas Ilmu Keolahragaan. Universitas Negri Semarang. Semarang.