



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY H  
DENGAN HIPOGLIKEMIA DI RUANG INSTALASI  
GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT T.II  
PELAMONIA MAKASSAR**

**OLEH:**

**TAUFIK QURAHMAN AYUBA (NS2314901111)**

**VALENTINUS ARIO GARUS (NS2314901116)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN  
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2024**



**KARYA ILMIAH AKHIR**  
**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY H**  
**DENGAN HIPOGLIKEMIA DI RUANG INSTALASI**  
**GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT T.II**  
**PELAMONIA MAKASSAR**

**OLEH:**

**TAUFIK QURAHMAN AYUBA (NS2314901111)**

**VALENTINUS ARIO GARUS (NS2314901116)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN**  
**NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**STELLA MARIS MAKASSAR**  
**2024**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini nama:

1. Taufik Qurahman Ayuba (NS2314901111)
2. Valentinus Ario Garus (NS2314901116)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini yang kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 05 juli 2024

yang menyatakan,



Taufik Qurahaman Ayuba



Valentinus Ario Garus

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny H Dengan Hipoglikemia Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM : 1. Taufik Qurahman Ayuba (NS2314901111)  
2. Valentinus Ario Garus (NS2314901116)

**Disetujui oleh**

Pembimbing 1



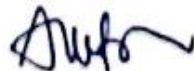
(Mery Sambo, Ns., M.Kep)  
NIDN: 0930058102

Pembimbing 2



(Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN)  
NIDN: 0913058903

**Menyetujui,  
Wakil Ketua Bidang Akademik  
STIK STELLA MARIS MAKASSAR**



Fransiska Anita E.R. Sa'pang., Ns., M.Kep., Sp.Kep., MB., PhDNS  
NIDN: 0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:

Nama : Taufik Qurahman Ayuba (NS2314901111)  
Valentinus Ario Garus (NS2314901116)

Program Studi : Profesi Ners  
Judul KIA : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny H  
Dengan Hipoglikemia Di Ruang IGD Rumah Sakit  
T.II Pelamonia Makassar

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji.

### DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

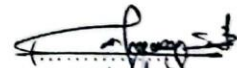
Pembimbing 1 : Mery Sambo, Ns., M.Kep

()

Pembimbing 2 : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN

()

Penguji 1 : Mery Solon, Ns., M.Kes

()

Penguji 2 : Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes

()

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 05 Juli 2024

Mengetahui,

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(  
Siptriatus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes)

NIDN: 0928027101



## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Taufik Qurahman Ayuba (NS2314901111)

Valentinus Ario Garus (NS2314901116)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan karya ilmiah akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 05 Juli 2024

Yang menyatakan



Taufik Qurahman Ayuba



Valentinus Ario Garus

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny H Dengan Hipoglikemia Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar”. Karya Ilmiah Akhir ini dibuat sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu kesehatan Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini dapat berjalan dengan baik karena bantuan dari banyak pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tulus kepada semua pihak yang terlibat membantu, mendukung, dan memotivasi penulis, terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si, Ns., M.Kes sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar
2. Fransiska Anita E.R. Sa'pang., Ns., M.Kep., Sp.Kep., MB., PhDNS sebagai Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama STIK Stella Maris Makassar yang telah memberi dukungan dan motivasi untuk segera menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
3. Matilda Martha Paseno, Ns., M.Kes sebagai Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan sekaligus penguji 2 yang selalu memberikan dorongan bagi penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
4. Elmiana Bongga Linggi, Ns., M.Kes sebagai Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan dan Alumni yang senantiasa memberikan dukungan bagi penulis
5. Mery Sambo, Ns., M.Kep sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners sekaligus pembimbing 1 yang telah memberi

bimbingan, pengarahan, dorongan dan nasihat dalam penyelesaian karya ilmiah akhir ini

6. Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN sebagai pembimbing 2 yang telah membimbing dan memotivasi penulis selama proses penyelesaian karya ilmiah akhir ini
7. Mery Solon, Ns., M.Kes selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis
8. Kepala bagian, pembimbing klinik dan para pegawai di IGD Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar yang telah memberikan izin dan pengarahan untuk Melaksanakan studi kasus di IGD Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar
9. Teristimewa Kepada cinta pertama penulis dari Taufik Qurahman Ayuba (Fatris Ayuba dan Herlina Djailani) dan Valentinus Ario Garus (Pitrus waur) kakak dan adik seta keluarga dan sanak saudara yang senantiasa memberiksan semangat, doa dan kasih sayang serta bantuan moral dan material dalam menyusun karya ilmiah akhir ini
10. Teman-teman seperjuangan mahasiswa angkatan 2024 Program Studi Profesi Ners di STIK Stella Maris Makassar yang selalu mendukung, memberikan motivasi, dan menguatkan dalam proses penulisan karya ilmiah akhir ini

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah akhir ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis terbuka dalam menerima kritik dan saran untuk perbaikan karya ilmiah akhir ini.

Makassar, 05 Juli 2024

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN Sampul .....	
HALAMAN Judul .....	..ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
Halaman Gambar .....	.xi
Halaman Lampiran .....	.xii
Halaman Tabel.....	.xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulis.....	3
1. Tujuan Umum .....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
C. Manfaat Penelitian.....	4
1. Manfaat instansi Rumah Sakit .....	4
2. Manfaat Profesi Keperawatan.....	4
3. Manfaat Instansi Pendidikan .....	4
D. Metode Penulisan.....	4
1. Studi Kepustakaan.....	4
2. Studi Kasus.....	4
3. Studi Dokumentasi .....	4
E. Sistematika Penulisan .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Dasar Medis .....	6
1. Pengertian.....	6
2. Anatomi Dan Fisiologi .....	7
3. Etiologi .....	9
4. Patofisiologi.....	11
5. Patoflodiagram.....	15
6. Manifestasi Klinis .....	18
7. Pemeriksaan Diagnostik .....	18
8. Penatalaksanaan Medik.....	19
9. Komplikasi.....	20
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	22
1. Pengkajian .....	22
2. Diagnosis Keperawatan .....	25
3. Perencanaan Keperawatan.....	26

<b>BAB III PENGAMATAN KASUS</b>	
A. Ilustrasi Kasus .....	30
B. Pengkajian Gawat Darurat .....	31
C. Analisa Data .....	44
D. Diagnosa Keperawatan .....	45
E. Intervensi Keperawatan.....	46
F. Implementasi keperawatan.....	48
G. Evaluasi Keperawatan.....	50
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS</b>	
A. Pembahasan Askep .....	51
B. Pembahasan Penerapan EBN .....	56
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Simpulan .....	59
B. Saran.....	60

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas.....	7
----------------------------------	---

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Lembar Konsul KIA

Lampiran 2 : Lembar Riwayat Hidup

## DAFTAR TABEL

3.1 Pemeriksaan Penunjang .....	43
3.2 Analisa Data .....	45
3.3 Nama mahasiswa yang mengkaji .....	45
3.4 Diagnosa Keperawatan .....	47
3.5 Intervensi Keperawatan .....	48
3.6 Implementasi Keperawatan .....	55
3.7 Evaluasi keperawatan .....	60

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Diabetes melitus merupakan masalah kesehatan yang serius, dan salah satu dari empat penyakit tidak menular yang perlu ditindak lanjuti, penyakit ini diakibatkan adanya perubahan pola diet tinggi garam, lemak, dan gula yang mengakibatkan dampak terjadinya penyakit (Shaw & Magliano, 2022). Diabetes mellitus (DM) mengganggu fungsi pankreas yaitu melepaskan insulin sesuai dengan kebutuhan tubuh. Penyakit diabetes melitus membutuhkan perawatan berkelanjutan dan pendidikan pengelolaan diri pasien yang sedang berlangsung dan dukungan untuk mencegah komplikasi akut dan mengurangi risiko komplikasi jangka panjang (Andika, 2021).

Berdasarkan data dari International Diabetes Federation (IDF) (2023) memperkirakan sekitar 536,6 juta orang mengidap diabetes pada tahun 2021 dan dapat meningkat menjadi 783,2 juta pada tahun 2045. Hampir satu dari dua orang dewasa (20-79 tahun) tidak menyadari status diabetes mereka (44,7%; 239,7 juta). Proporsi tertinggi kasus diabetes melitus yang terdiagnosis ditemukan di wilayah Arab-Afrika Utara menempati urutan pertama dan Pasifik Barat menempati urutan kedua tertinggi dari tujuh regional di dunia yaitu sebesar 12,2% dan 11,4%. Cina, India dan Amerika Serikat menempati urutan tiga negara teratas dengan jumlah penderita 116,4 juta, 77 juta dan 31 juta, sedangkan Indonesia berada pada urutan ke tujuh di antara 10 negara dengan penderita diabetes terbanyak yaitu sebesar 10,7 juta. Berdasarkan Riset Kemenkes RI, (2018) prevalensi diabetes mellitus di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan dari tahun 2013. Hampir semua provinsi di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan prevalensi diabetes melitus dan terdapat empat provinsi dengan prevalensi diabetes melitus tertinggi di Indonesia yaitu Provinsi DKI

Jakarta diikuti Kalimantan Timur, DI Yogyakarta dan Sulawesi Utara, sedangkan untuk Sulawesi Selatan berada diperingkat 16 dengan jumlah penderita diabetes terbanyak sekitar (1,8%).

Tingginya angka prevalensi diatas sebanding dengan angka kejadian hipoglikemia, prevalensi penderita yang mengalami hipoglikemia di Indonesia belum diketahui secara pasti, akan tetapi berdasarkan hasil studi Health Maintenance Organization (HMO) menyatakan bahwa kejadian hipoglikemia sejalan dengan peningkatan prevalensi diabetes. hipoglikemia merupakan salah satu komplikasi yang sering dialami penderita diabetes melitus, data World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa pada tahun 2019 Insiden hipoglikemia pada pasien diabetes melitus (DM) tipe 2 masih berisiko kecil, yaitu sekitar 7% mengalami hipoglikemia berat (1,2). Tahun 2020 insiden tersebut meningkat sampai 25% akibat perubahan gaya hidup pasien dan komplikasi penyakit DM Tahun 2020 prevalensi kejadian hipoglikemia pada pasien DM tipe 2 ini mencapai 20 kali lipat lebih tinggi dari pada hipoglikemia padapasien DM tipe1(3). American Diabetes Association melaporkan bahwa jumlah kasus hipoglikemia pada pasien DM tipe 2 yang masuk di IGD pada tahun 2019 sekitar 285.000 (Hasna, 2021).

Peningkatan prevalensi dan risiko hipoglikemia berat berkaitan erat dengan kemampuan penderita diabetes dalam mengelola penyakitnya. Perkembangan hipoglikemia pada kondisi yang lebih berat dapat dicegah dengan meningkatkan kemampuan pasien DM dalam mengontrol kadar glukosa darah, deteksi dini hipoglikemia, dan penatalaksanaan yang tepat sehingga komplikasi yang lebih parah dapat dicegah. pada penderita DM yang tidak memperhatikan asupan nutrisinya juga akan mengalami penurunan kadar gula atau *hipoglikemia*, sebagaimana dijelaskan dalam penelitian yang dilakukan oleh (Riduansyah et al, 2023).

Dengan meningkatnya kasus diabetes melitus diperlukan peran perawat dalam memberika asuhan keperawatan kepada penderita diabetes melitus untuk mencegah terjadinya komplikasi yang menyebabkan kondisi gawat darurat (Sudiarto, 2012 dalam izati, 2017) Pada kondisi gawat darurat hipoglikemia dapat menyebabkan komplikasi yang berat seperti penurunan kesadaran, gangguan kognitif, dapat memicu penyakit kardiovaskuler, bahkan menyebabkan kegagalan fungsi otak hingga kematian. Oleh karena itu penatalaksanaan pada kasus hipoglikemia harus dilakukan secara cepat dan tepat, penanganan utama yang dilakukan pada pasien hipoglikemia dengan mengembalikan kadar glukosa darah secepat mungkin dengan pemberian dextrose (Syarli et al., 2021)

Berdasarkan masalah diatas maka penulis tertarik untuk membahas secara spesifik mengenai masalah hipoglikemia pada pasien diabetes melitus dalam bentuk Karya Ilmiah Akhir (KIA) yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada pasien diabetes melitus dengan hipoglikemia di rumah sakit T.II Makassar.

## **B. Tujuan Penulis**

### 1. Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipoglikemia.

### 2. Tujuan Khusus

- a) Melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien diabetes melitus dengan hipoglikemia.
- b) Merumuskan diagnosa keperawatan gawat darurat pada pasien diabetes melitus dengan hipoglikemia
- c) Menetapkan perencanaan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien diabetes meltus dengan hipoglikemia.
- d) Melaksanakan implementasi asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien diabetes melitus dengan hipoglikemia.
- e) Melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan gawat darurat



pada pasien diabetes melitus dengan hipoglikemia.

### **C. Manfaat Penulisan**

#### 1. Bagi Instansi RS

Karya ilmiah akhir ini dapat menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi petugas kesehatan khususnya perawat di unit gawat darurat.

#### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan gawat darurat pada pasien hipoglikemia.

#### 3. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan bacaan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik untuk memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien diabetes melitus dengan hipoglikemia.

### **D. Metode Penulisan**

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini penulis menggunakan metode pendekatan sebagai berikut:

#### 1. Studi Kepustakaan

Dengan memperoleh informasi-informasi terbaru dari jurnal, buku di perpustakaan, dan *e-book*.

#### 2. Studi Kasus

Dalam studi kasus menggunakan asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian, analisis data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada pasien hipoglikemia di RS.

#### 3. Studi Dokumentasi

Melalui hasil catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis, dan catatan perkembangan pasien

## **E. Sistematika Penulisan**

Penulis karya ilmiah akhir disusun secara sistematis dalam beberapa BAB yang terdiri dari: BAB I: Pendahuluan (latar belakang, tujuan penulisan, sistematika penulisan), BAB II: Tinjauan Pustaka (Konsep dasar medik yang meliputi defenisi, anatomi, fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan medik, komplikasi) dan konsep dasar keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, keperawatan, BAB III: Tinjauan Kasus (pengamatan kasus, pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencana, pelaksanaan dan evaluasi serta daftar obat pasien), BAB VI: Pembahasan Kasus dan BAB V: akhir dari semua bab berisi tentang uraian kesimpulan dari hal-hal yang telah dibahas dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dalam penyusunan karya ilmiah ini.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Medis**

##### **1. Pengertian**

Diabetes berasal dari istilah Yunani yaitu diabetes artinya pancuran atau curahan, sedangkan melitus artinya gula atau madu. Dengan demikian secara bahasa, diabetes melitus adalah cairan dari tubuh yang banyak mengandung gula, yang dimaksud dalam hal ini adalah air kencing (Zhou et al., 2020).

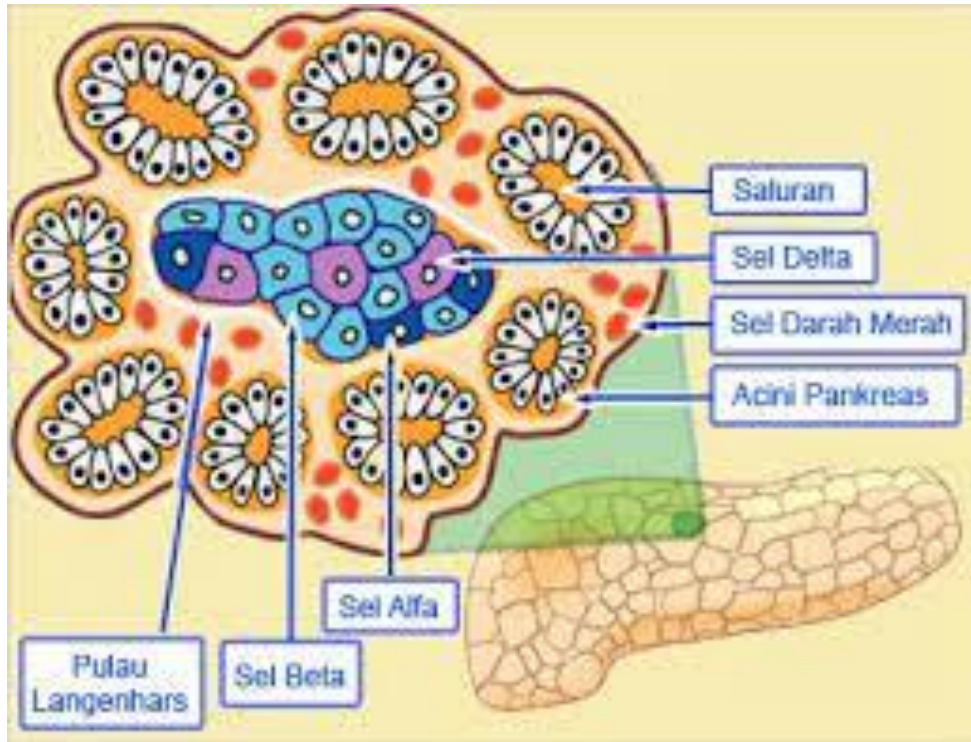
Diabetes melitus adalah penyakit yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah dimana tubuh tidak dapat menghasilkan insulin yang dibutuhkan atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin dengan baik (Agustiningrum et al., 2019).

Diabetes Melitus merupakan gangguan metabolisme yang disebabkan oleh ketidakefektifan tubuh menggunakan hormon insulin yang di produksi sehingga mengakibatkan kadar gula darah tidak stabil (Umayya, 2023).

Dengan demikian, diabetes melitus secara umum adalah suatu keadaan yakni tubuh tidak dapat menghasilkan hormon insulin sesuai kebutuhan atau tubuh tidak dapat memanfaatkan secara optimal insulin yang dihasilkan.

## 2. Anatomi Fisiologi

### a. Anatomi Pankreas



Gambar 2.1 Pankreas

Sumber: Riduansyah (2023)

Pankreas adalah sebuah kelenjar yang terletak di belakang lambung atau di retroperitoneal rongga abdomen atas dan terbentang horizontal mulai dari cincin duodenum sampai ke limfa. Panjangnya kira-kira 15 cm dan beratnya 60-90 gram. Didalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta, karena itu disebut pulau-pulau Langerhans berisi sel beta yang mengeluarkan hormon insulin yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah. Tiap pankreas mengandung kurang lebih 100.000 pulau langerhans dan tiap pulau berisi 1000 sel beta. Disamping sel beta ada juga sel alfa yang memproduksi glukagon yang bekerja sebaliknya insulin yaitu meningkatkan glukosa darah. Juga ada sel delta yang mengeluarkan somatostatin. Bagian-bagian dari pancreas yaitu:

- 1) Kaput pankreas yang terletak disebelah kanan rongga abdomen dan di dalam lekukan duodenum.
- 2) Korpus pankreas adalah bagian utama pancreas letaknya dibelakang lambung dan di depan fertebra lumbalis pertama.
- 3) Ekor pankreas, bagian runcing disebelah kiri menyentuh linfa.

b. Fisiologi

Pankreas berfungsi sebagai organ yang menghasilkan dua kelenjar yaitu: kelenjar eksokrin berkaitan dengan sintesis dan pengeluaran enzim-enzim pencernaan dan larutan natrium bikarbonat ada 3 jenis enzim pankreas yaitu:

- 1) Amilase : merubah karbohidrat menjadi glukosa.
- 2) Lipase : mengubah lemak menjadi gliserin dan asam lemak.
- 3) Ripsin : mengubah protein menjadi asam amino.

Sedangkan endokrin pankreas memproduksi dan melepaskan hormone insulin, dan glukagon. Hormon-hormon ini masing-masing diproduksi oleh sel-sel usus yang berada di pankreas, hormon insulin dilepaskan pada satu tingkat oleh sel-sel beta pulau langerhans, rangsangan utama untuk melepaskan insulin adalah glukosa darah. Organ sasaran ke dua hormone ini adalah hepar, otot, dan jaringan lemak, fungsi kedua organ ini sangat bertolak belakang kalau secara umum insulin menurunkan kadar gula darah sebaliknya untuk glukagon meningkatkan kadar gula darah. Dalam meningkatkan kadar gula darah, glukagon merangsang glukogenesis (pembentukan glikogen dan glukagon dan meningkatkan transportasi asam amino darah dari otot serta meningkatkan glukogenesis (pembentukan glukosa yang bukan dari karbohidrat) dalam metabolisme lemak, glukagon meningkatkan lipolisis atau pemecah lemak.

Dalam menurunkan kadar gula darah, insulin sebagai hormone anabolik terutama akan meningkatkan difusi glukosa

membran sel di jaringan. Efek anabolik penting lainnya dari hormon insulin adalah sebagai berikut:

- 1) Efek pada hepar atau hati
  - a) Meningkatkan sintesa dan penyimpanan glukosa.
  - b) Menghambat glikogenesis, dan ketogenesis.
  - c) Meningkatkan sintesa trigliserida dan asam lemak di hepar.
- 2) Efek pada otot
  - a) Meningkatkan sintesa protein.
  - b) Meningkatkan transportasi asam amino.
  - c) Meningkatkan glukogenesis
- 3) Efek pada jaringan
  - a) Meningkatkan sintesa trigliserida dan asam lemak bebas.
  - b) Meningkatkan penyimpanan trigliserida.
  - c) Menurunkan liposis.

### 3. Etiologi

#### a. Diabetes militus tipe 1

Diabetes yang tergantung insulin ditandai dengan penghancuran sel-sel beta pankreas yang disebabkan oleh:

- 1) Faktor genetik penderita tidak mewarisi diabetes tipe itu sendiri tetapi mewarisi sesuatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya diabetes tipe 1.
- 2) Faktor imunologi (autoimun).
- 3) Faktor umur
- 4) Faktor lingkungan: virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan ekstraseluler sel beta.

Dikstruksi sel beta, pada umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolut:

- a) Autoimun.
- b) Idiopatik.

b. Diabetes melitus tipe 2

Disebabkan oleh kegagalan relative sel beta dan resistensi insulin, faktor resiko yang berhubungan dengan terjadinya diabetes tipe 2: usia, obesitas, riwayat keluarga.

Hasil pemeriksaan glukosa darah 2 jam pasca pembedahan dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1)  $< 140$  mg/dl = normal.
- 2)  $140 - < 200$  mg/dl = toleransi gulkosa terganggu.
- 3)  $> 200$  mg/dl = diabetes.

Diabetes militus tipe 2 bervariasi mulai dari dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relative sampai efek insulin disertai resistensi insulin.

c. Diabetes militus tipe lain

- 1) Defek genetik fungsi sel beta.
- 2) Defek genetik kerja insulin: resistensi insulin tipe A leprechaunisme, sindrom rabson mendenhal.
- 3) Endokrinopati: akromegali, sindrom cushing, freokomositoma.
- 4) Obat atau zat kimia: vakor, pantamidin, asam nikotinat.
- 5) Infeksi: rubela congenital.
- 6) Imonologi (jarang): antibodi, anti reseptor insulin.
- 7) Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan diabetes militus.

d. Penyebab hipoglikemia pada penderita diabetes militus.

- 1) Dosis insulin terlalu banyak
- 2) Pola makan yang tidak teratur atau makan terlalu sedikit.
- 3) Aktivitas teraluh berat.
- 4) Minum alkohol tanpa disertai maakan.
- 5) Menggunakan tipe insulin yang salah pada malam hari.
- 6) Gangguan hormonal.

#### 4. Patofisiologi

Diabetes tipe 1 tidak berkembang pada semua orang yang mempunyai predisposisi genetik. Pada mereka yang memiliki indikasi risiko penanda gen (DR3 dan DR4 HLA), diabetes terjadi kurang dari 1%. Faktor lingkungan telah lama dicurigai sebagai pemicu diabetes melitus tipe I. Autoimun aktif langsung menyerang sel beta pankreas dan produknya. ICA dan antibodi insulin secara progresif menurunkan keefektif kadar sirkulasi insulin. Hal ini secara pelan-pelan terus menyerang sel beta pankreas dan molekul insulin endogen sehingga menimbulkan onset mendadak diabetes melitus. Hiperglikemia dapat timbul akibat dari penyakit akut atau stres, dimana meningkatkan kebutuhan insulin melebihi cadangan dari kerusakan massa sel beta.

Diabetes melitus tipe II adalah resistensi terhadap aktivitas insulin biologis, baik di hati maupun jaringan perifer, keadaan ini disebut sebagai resistensi insulin. Orang dengan diabetes melitus tipe II memiliki penurunan sensitivitas insulin terhadap kadar glukosa, yang mengakibatkan produksi glukosa hepatic berlanjut, bahkan sampai dengan kadar glukosa darah tinggi. Hal ini bersamaan dengan ketidakmampuan otot dan jaringan lemak untuk meningkatkan ambilan glukosa, mekanisme penyebab resistensi insulin perifer tidak jelas; namun, ini tampak terjadi setelah insulin berikatan terhadap reseptor pada permukaan sel. Insulin adalah hormon pembangun (anabolik).

Masalah metabolik yang dapat timbul bila insulin tidak efektif. Penurunan pemanfaatan glukosa Sel-sel yang memerlukan insulin sebagai pembawa glukosa hanya dapat mengambil kira-kira 25% dari glukosa yang sel-sel perlukan untuk bahan bakar. Jaringan saraf, eritrosit, serta sel-sel saluran pencernaan, hati, dan tubulus ginjal tidak memerlukan insulin untuk transpor glukosa. Tanpa jumlah yang adekuat, banyak dari glukosa yang dimakan tidak dapat



digunakan. Dengan jumlah insulin yang tidak adekuat, kadar glukosa darah meningkat. Peningkatan ini berlanjut karena hati tidak dapat menyimpan glukosa sebagai glikogen tanpa kadar insulin yang cukup. Didalam upaya mengembalikan keseimbangan dan mengembalikan kadar glukosa darah menjadi normal, ginjal mengeluarkan glukosa berlebihan.

Glukosa dikeluarkan dalam urine bertindak sebagai diuresis osmotik dan menyebabkan pengeluaran jumlah air meningkat, mengakibatkan defisit volume cairan. Peningkatan mobilisasi lemak diabetes mellitus tipe 1 dan kadang-kadang dengan stres berat pada diabetes melitus tipe 2, tubuh mengubah simpanan lemak untuk produksi energi ketika glukosa tidak tersedia. Metabolisme lemak menyebabkan pemecahan produk yang disebut keton terbentuk. Keton terakumulasi dalam darah dan dikeluarkan melalui ginjal dan paru-paru. Kadar keton dapat diukur didalam darah dan urine, kadar tinggi mengindikasikan tidak terkontrolnya diabetes melitus. Keton mengganggu asam basah tubuh dengan menghasilkan ion hidrogen. Selain itu, ketika keton dieksresikan natrium juga keluar mengakibatkan kehabisan natrium serta asidosis.

Pengeluaran keton juga meningkatkan tekanan osmotik, mengarah kepada kehilangan cairan. Ketika lemak merupakan sumber energi, kadar lemak tubuh dapat meningkat menjadi 5 (lima) kali normal, mengarah kepada peningkatan ateroskleis. Peningkatan pemanfaatan protein Kekurangan insulin mengarah kepada pemborosan protein. Pada orang sehat, protein akan dipecah dan dibangun ulang. Pada orang dengan diabetes melitus tipe I, tanpa insulin untuk menstimulasi sintesis protein, keseimbangan berubah mengarah kepada peningkatan katabolisme (pembongkaran). Asam amino diubah menjadi glukosa didalam hati sehingga meningkatkan kadar glukosa. Jika kondisi ini tidak diobati klien dengan diabetes

melitus tipe I tampak kurus, proses patofisiologi diabetes melitus berlanjut ke komplikasi akut dan kronis.

Pada diabetes tipe II terjadi penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin (resistensi insulin). Hal ini diperberat oleh bertambahnya usia yang mempengaruhi berkurangnya jumlah insulin dari sel-sel beta, lambatnya pelepasan insulin dan atau penurunan sensitivitas perifer terhadap insulin. Resistensi insulin berhubungan dengan faktor eksternal seperti gaya hidup yang salah dan obesitas (Gardner & Shoback, 2011). Gaya hidup utamanya pola makan yang tidak seimbang dan pola aktivitas fisik yang tidak teratur dan rutin. Peningkatan kadar glukosa dalam darah menyebabkan osmolalitas darah meningkat sehingga menyebabkan perpindahan cairan dari ekstra vaskuler ke intra vaskuler dan terjadi dehidrasi pada sel. Peningkatan volume intra vaskular menyebabkan diuresis osmotik yang tinggi sehingga volume diuresis akan meningkat dan frekuensi berkemih akan meningkat (poliuria) (J. Fain, 2014). Peningkatan osmolalitas sel akan merangsang hypothalamus untuk mengekskresi Anti Diuretic Hormon (ADH) dan merangsang pusat haus di bagian lateral sehingga menyebabkan peningkatan rasa haus yang disebut polidipsi. Penurunan transport glukosa ke dalam sel menyebabkan sel kekurangan glukosa untuk proses metabolisme sehingga mengakibatkan starvasi sel. Penurunan penggunaan dan aktivitas glukosa dalam sel (glukosa sel) akan merangsang pusat makan dibagian lateral hypothalamus sehingga timbul peningkatan rasa lapar disebut polifagia (Rumahorbo, 2014).

Hipoglikemia melibatkan penurunan kadar gula darah di bawah ambang normal, yakni 70 mg/dl. Penurunan glukosa plasma akan disusul oleh penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas, yang merangsang peningkatan glukoneogenesis renal atau hepatik dan glikogenolisis hepatik. Proses glikogenolisis dapat mempertahankan kadar serum glukosa normal hingga 8 sampai 12

jam hingga cadangan glikogen habis. Selanjutnya, peran mempertahankan euglikemia akan lebih didominasi oleh proses glukoneogenesis hepatic. Mekanisme kontra regulasi tambahan akan diaktivasi apabila penurunan kadar glukosa hingga berada di bawah kadar fisiologis normal glukosa serum.

Mekanisme kontra regulasi tersebut antara lain, sekresi glukagon oleh sel alfa pankreas. Apabila sekresi glukagon juga gagal menghasilkan euglikemia, maka epinefrin adrenomedular akan disekresikan. Apabila mekanisme kontra regulasi tersebut juga gagal mencapai euglikemia, maka mekanisme kontra regulasi selanjutnya yang akan aktif adalah pelepasan hormon pertumbuhan dan kortisol.

Ketika hipoglikemia terjadi, respon awal untuk melawan kondisi tersebut adalah penurunan sekresi insulin dari pankreas. Lalu, produksi glukagon oleh pankreas akan meningkat.

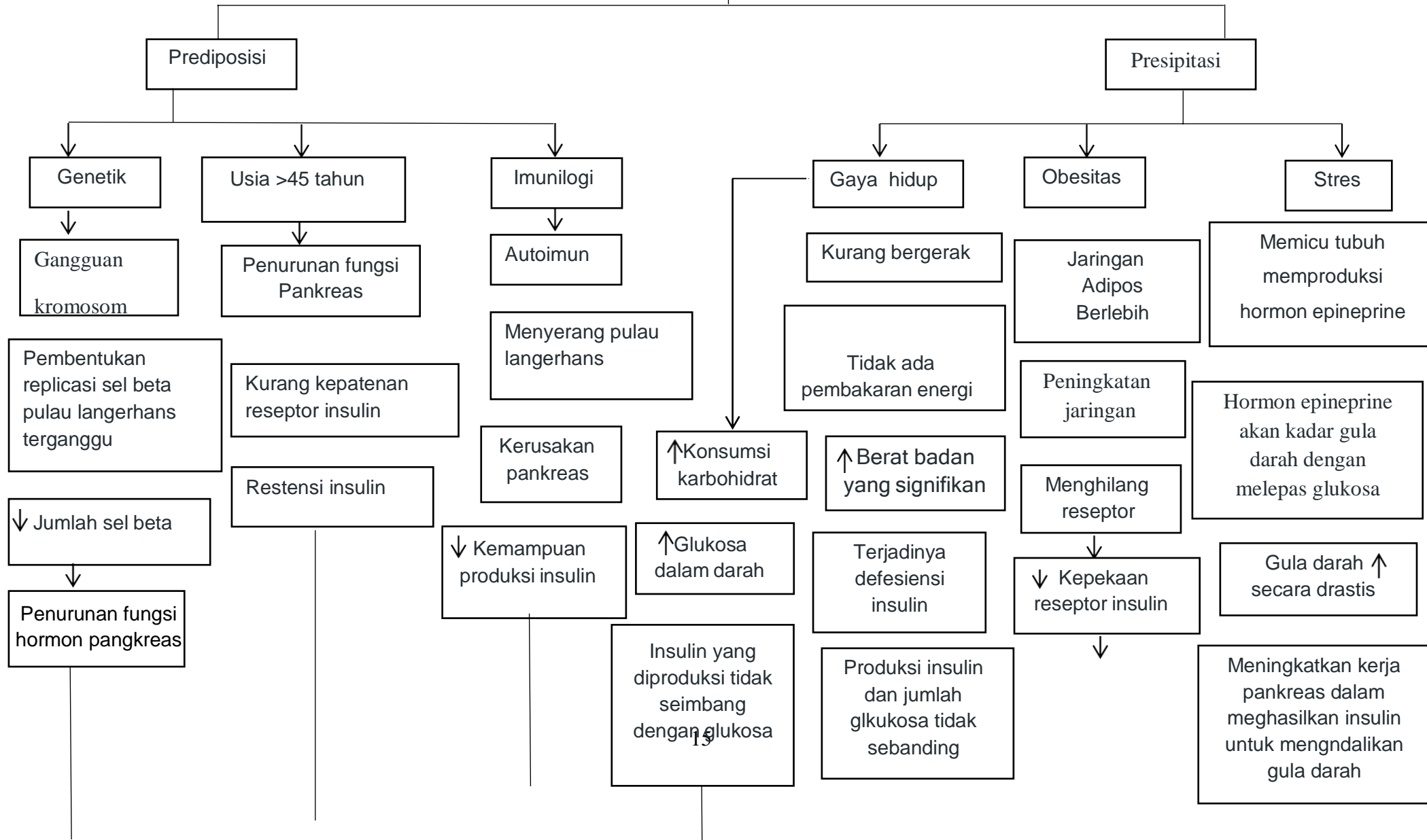
Penurunan sekresi insulin dan peningkatan produksi glukagon akan terdeteksi oleh hati dan direspon dengan peningkatan glikogenolisis serta glukoneogenesis. Selanjutnya, epinefrin akan dihasilkan semakin banyak oleh kelenjar adrenal dan menimbulkan berbagai efek terhadap sel otot, lemak, dan ginjal untuk menurunkan pengeluaran glukosa dari tubuh.

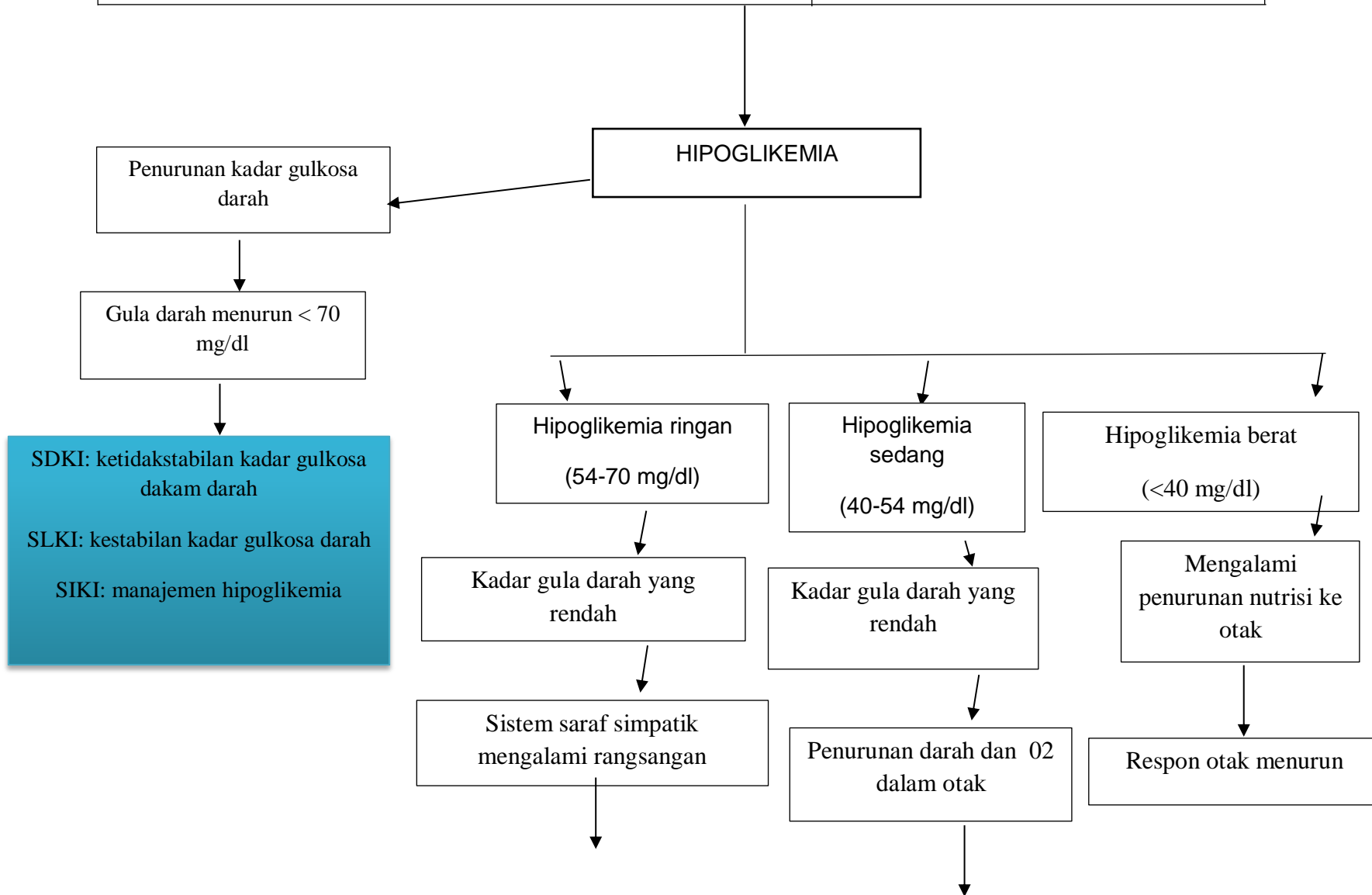
Apabila defisiensi glukagon terjadi, maka epinefrin akan meningkat. Kelenjar adrenal dan sistem saraf perifer yang mendeteksi hipoglikemia akan memicu respon otonom yang diperantarai neurotransmitter, seperti asetilkolin dan norepinefrin. Asetilkolin merangsang rasa lapar dan diaforesis, sedangkan norepinefrin memicu tremor dan palpitasi.

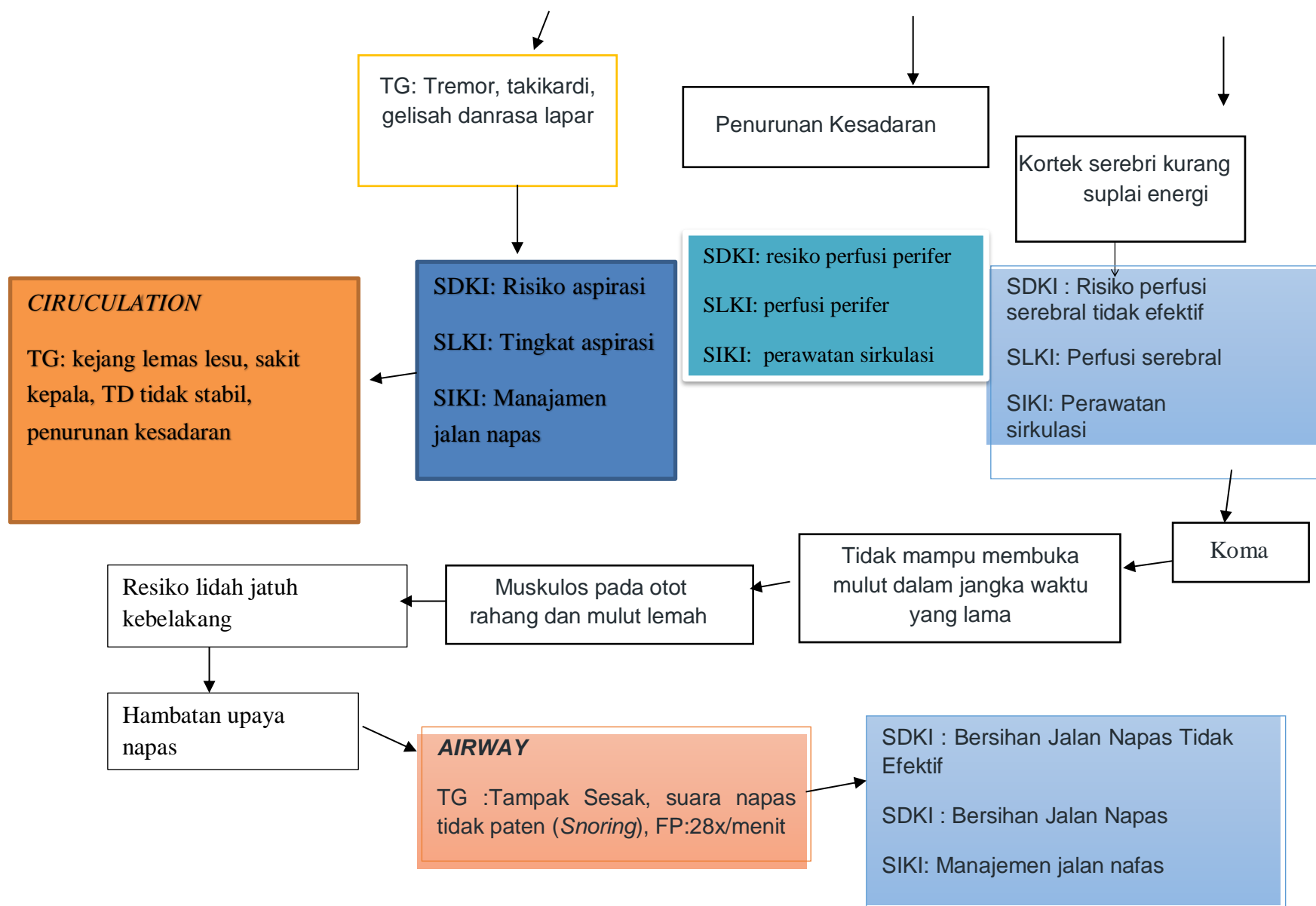
Selain itu, hormon pertumbuhan dan kortisol juga dapat membantu dalam meningkatkan pembentukan glukosa melalui peningkatan glukoneogenesis. Keduanya juga dapat menghambat ambilan glukosa perifer yang dirangsang oleh insulin serta meningkatkan lipolisis dan proteolisis.

5. Patoflowdiagram

ETIOLOGI







## 6. Manifestasi Klinik

Menurut Kalra (2013) manifestasi klinik hipoglikemia di klasifikasikan menjadi tiga kriteria, antara lain:

- a. Hipoglikemia ringan ditandai adanya gejala autonomic symptom yaitu manifestasi klinis yang disebabkan karena aktivasi sistem saraf simpatis. Manifestasi klinis ini terdiri dari gemetar, palpitasi, berkeringat, cemas, haus, nausea, dan perasaan tidak nyaman. Pada kondisi ini pasien masih mampu melakukan penanganan sendiri.
- b. Hipoglikemia sedang ditandai adanya gejala autonomic symptom serta neuroglycopenic symptom yaitu manifestasi klinis terkait penurunan level glukosa darah di otak. Manifestasi klinis ini meliputi kesulitan konsentrasi, pusing, lemah, mengantuk, gangguan penglihatan, kesulitan bicara, nyeri kepala, kejang dan kelelahan. Pada kondisi ini pasien juga masih mampu melakukan penanganan sendiri.
- c. Hipoglikemia berat ditandai adanya penurunan kesadaran sampai koma. Pada kondisi ini pasien membutuhkan pertolongan segera

## 7. Tes Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien diabetes melitus yang mengalami hipoglikemia antara lain (Maria, 2021):

- a. Gula darah puasa (GDP) 70-110 mg/dl kriteria diagnostic untuk DM > 140 mg/dl paling sedikit dalam 2 kali pemeriksaan, atau > 140 mg/dl di sertai gejala klasik hiperglikemia atau IGT 115-140 mg/dl
- b. Gula darah 2 jam post prondial < 140 mg/dl di gunakan untuk skrining bukan diagnostik. Gula darah sewaktu < 140 mg/dl di gunakan untuk skrining bukan diagnostik.

- c. Tes toleransi glukosa oral (TTGO). GD < 115 mg/dl ½ jam, 1 jam, 1 ½ jam < 200 mg/dl, 2 jam < 140 mg/dl.
  - d. Tes toleransi glukosa intravena (TTGI) dilakukan jika TTGO merupakan kontraindikasi atau terdapat kelainan gastrointestinal yang mempengaruhi absorpsi glukosa.
  - e. Tes toleransi kortison glukosa, di gunakan jika TTGO tidak bermakna. Kortison menyebabkan peningkatan kadar glukosa abnormal dan menurunkan penggunaan gula darah perifer pada orang yang berpredisposisi menjadi DM kadar glukosa darah 140 mg/dl pada akhir 2 jam di anggap sebagai hasil positif.
  - f. Glycoasetat hemoglobin, memantau glukosa darah selama lebih dari 3 bulan.
  - g. Pepticle 1-2 mg/dl (puasa) 5-6 kali meningkat setelah pemberian glukosa.
  - h. Insulin serum puasa: 2-20 mu/ml post glukosa sampai 120 mu/ml, dapat di gunakan dalam diagnosa banding hipoglikemia atau dalam penelitian diabetes.
8. Penatalaksanaan Medik

Menurt Yulianti & Januari (2021) pengobatan yang dapat di berikan pada pasien dengan penyakit hipoglikemi tergantung pada keparahan dari hipoglikemi. Hipoglikemi ringan mudah di obati dengan asupan karbohidrat seperti minuman yang mengandung glukosa, tablet glukosa, atau dengan mengkonsumsi makanan ringan. Sedangkan pada hipoglikemi berat dibutuhkanannya bantuan eksternal, antara lain :

a. Dekstrosa

Pada keadaan pasien yang tidak mampu menelan glukosa karena pingsan, kejang, atau adanya perubahan status mental, pada keadaan darurat dapat di berikannya dekstrosa dalam air dengan konsentrasi 50% dimana dosis biasanya yang di berikan kepada orang dewasa, sedangkan pemberian konsentrasi 25%



yang biasanya akan di berikan kepada anak-anak. (Wahyu et al, 2017).

b. Glukogen

Tidak seperti dekstrosa, yang dalam pemberiannya harus di berikan melalui intravena, glukogen dapat di berikan pada klien dengan melalui subkutan (SC) atau intramuskular (IM) yang dimana akan di lakukan oleh perawat yang memang sudah pengalaman dalam memberikan glukogen. Dalam hal ini tentunya akan dapat mencegah terjadinya ke terlambatan dalam memulai pengobatan yang dapat di lakukan secara darurat (Yulianti & Januari, 2021).

9. Komplikasi

Menurut Saputri (2020) diabetes melitus merupakan salah satu penyakit yang dapat menimbulkan berbagai macam komplikasi, antara lain :

a. Komplikasi Metabolik Akut

Kompikasi metabolik akut pada penyakit diabetes melitus terdapat tiga macam yang berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek, diantaranya:

1) Hipoglikemia

Hipoglikemia (kekurangan glukosa dalam darah) timbul sebagai komplikasi diabetes yang disebabkan karena pengobatan yang kurang tepat.

Apabila hipoglikemia tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan komplikasi seperti kejang-kejang, hilang kesadaran, dan kerusakan otak, seandainya gejalahnya diabaikan atau tidak disadari dapat terjadi *hypoglycemia unawareness* (ketidaksadaran hipoglikemia), lalu kalau gejalanya berulang kali tidak ditangani, tubuh menjadi kurang sensitif terhadap gejala tersebut akibatnya otak tidak lagi

merespon kadar gula darah yang turun hingga berdampak fatal terhadap konsis pasien.

2) Ketoasidosis diabetik Ketoasidosis diabetik (KAD)

Disebabkan karena kelebihan kadar glukosa dalam darah sedangkan kadar insulin dalam tubuh sangat menurun sehingga mengakibatkan kekacauan metabolik yang ditandai oleh trias hiperglikemia, asidosis dan ketosis.

3) Sindrom Hiperglikemia Hiperosmoler Nonketotik Sindrom

Hiperglikemia Hiperosmoler Nonketotik (HHNK) hiperglikemia hiperosmoler nonketotik adalah komplikasi diabetes melitus yang ditandai dengan hiperglikemia berat dengan kadar glukosa serum lebih dari 600 mg/dl.

b. Komplikasi Metabolik Kronik

Komplikasi metabolik kronik pada pasien DM dapat berupa kerusakan pada pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) dan komplikasi pada pembuluh darah besar (makrovaskuler), Saputri, 2020 diantaranya :

1) Kerusakan retina mata (Retinopati)

Kerusakan retina mata (Retinopati) adalah suatu mikroangiopati ditandai dengan kerusakan dan sumbatan pembuluh darah kecil.

2) Kerusakan ginjal (Nefropati diabetik)

Kerusakan ginjal pada pasien DM ditandai dengan albuminuria menetap (>300 mg/24jam atau >200 ih/menit) minimal 2 kali pemeriksaan dalam kurun waktu 3-6 bulan. Nefropati diabetik merupakan penyebab utama terjadinya gagal ginjal terminal.

3) Kerusakan saraf (Neuropati diabetik)

Neuropati diabetik merupakan komplikasi yang paling sering ditemukan pada pasien DM. Neuropati pada DM

mengacau pada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe saraf.

c. Penyakit jantung koroner

Komplikasi penyakit jantung koroner pada pasien DM disebabkan karena adanya iskemia atau infark miokard yang terkadang tidak disertai dengan nyeri dada atau disebut dengan SMI (Silent Myocardial Infarction).

d. Penyakit serebrovaskuler

Pasien DM berisiko 2 kali lipat dibandingkan dengan pasien non-DM untuk terkena penyakit serebrovaskuler. Gejala yang ditimbulkan menyerupai 16 gejala pada komplikasi akut DM, seperti adanya keluhan pusing atau vertigo, gangguan penglihatan, kelemahan dan bicara pelo.

e. Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi jarang memberikan keluhan yang dramatis seperti kerusakan mata atau kerusakan ginjal. Orang diabetes cenderung terkena hipertensi dua kali lipat dibandingkan dengan yang tanpa diabetes. Diabetes mellitus merusak pembuluh darah, antara 35 sampai 75 persen komplikasi diabetes adalah disebabkan hipertensi.

## **B. Konsep Dasar Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

a. Data umum

Data Umum berisi mengenai identitas pasien yang meliputi nama, umur, diagnosa medik, alamat, keluhan masuk, triage, alasan riwayat penyakit yang pernah diderita dan riwayat alergi

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Pada penderita hipoglikemia biasanya didapati mengeluh lapar terus menerus, gemetar, palpitasi, pusing, keringat dingin,

pucat, lemas, kebingungan, sulit konsentrasi, pandangan mata kabur bahkan sampai penurunan kesadaran (Mansyur, 2018)

2) Riwayat penyakit sekarang

Berisi tentang kapan pasien mulai mengalami DM, pola hidup yang dijalani pasien, aktivitas, obesitas dan pengobatan yang sudah dilakukan oleh pasien.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Berisi tentang ada atau tidaknya orang tua yang mengalami diabetes melitus .

4) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan tanda vital, tekanan darah, nadi respirasi dan derajat kesadaran sesuai dengan skala koma gaslow untuk stabilisasi segera untuk kelangsungan hidup

b) Status mental dievaluasi apakah pasien gelisah, hingga asitasi

c. Pengkajian primer

Pengkajian primer kegawatdaruratan menggunakan ABC (Airway, Breathing, Circulation)

1) *Airway*

Kaji adanya sumbatan jalan napas seperti lidah jatuh kebelakang, karena adanya penurunan kesadaran atau koma

2) *Breathing*

Gambaran klinik yang penting diperhatikan pada pasien hipoglikemia adalah sesak napas dan asidosis metabolik. Pengkajian pada pasien hipoglikemia adalah mengkaji ketidakefektifan pola napas, penggunaan otot bantu napas, dan saturasi oksigen.

3) *Circulation*

Kaji adanya pengeluaran keringat berlebih, penurunan suhu tubuh, nadi cepat dan lemah, tekanan darah menurun, tremor dan gemetar, serta nilai GDS < 70 mg/dl. Pasien dengan

ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat hipoglikemia akan mengalami perubahan hemodinamik melalui peningkatan denyut jantung, dan tekanan darah sistolik di perifer. Perubahan fungsional lainnya pada kondisi hipoglikemia adalah aktivasi sistem saraf otonom yang ditandai oleh pengeluaran keringat yang berlebihan, tremor dan gemetar, penurunan suhu tubuh, takikardia, fibrilasi bahkan kematian mendadak.

#### 4) *Disability*

Kaji tingkat kesadaran pasien, pasien dengan Hipoglikemi akan mengalami penurunan fungsi kognitif, kebingungan, kejang dan penurunan kesadaran.

#### 5) *Exposure*

Pada exposure yang dilakukan adalah melakukan pengkajian secara menyeluruh. Pada pasien dengan hipoglikemia tidak dilakukan pengkajian exposure karena pasien tidak termasuk pasien dengan trauma

#### 6) *Folley Chateter*

Pada pasien dengan hipoglikemia hal yang perlu di perhatikan dan dikaji adalah intake cairan harian dan output urine pasien.

#### 7) *Gastric Tube*

Mengkaji nafsu makan pasien serta asupan nutrisi pasien. Apakah pasien terpasang NGT atau tidak serta jenis makanan yang dikonsumsi.

#### 8) *Hearth Monitor*

Untuk bagian ini melihat pasien apakah terpasang monitor atau tidak. Mengkaji heart monitor pasien jika dilakukan pemasangan monitor pada pasien

#### d. Pemeriksaan Sekunder

Pada pemeriksaan sekunder, Biasanya berisi tentang perawat menanyakan pada pasien tentang SAMPLE yaitu:

- S : Symptom : Keluhan yang dirasakan
- A : Alergi : Memiliki alergi pada obat atau makanan
- M : Medication : Obat terakhir yang dikonsumsi
- P : Penyakit : Penyakit yang diderita
- L : Last Meal : Jam berapa terakhir makan
- E : Event : Bagaimana Kejadiannya Setelah dilakukan pengkajian SAMPLE dilanjutkan dengan melakukan pemeriksaan seluruh tubuh (head to toe) dimana perawat memeriksa seluruh tubuh pasien. pada pemeriksaan sekunder juga di periksa tekanan darah, nadi, suhu, dan juga tingkat kesadaran pasien.

#### 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada penderita diabetes militus dengan hipoglikemia menurut Paula Krisanty et al., (2016) adalah:

- 1) Bersihan Jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
- 2) Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia (penggunaani insulin).
- 3) Risiko aspirasi ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran
- 4) Risiko perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan risiko hipoglikemia.
- 5) Risiko perfusi serebral tidak efektif.

#### 3. Perencanaan Keperawatan

Penyusunan rencana keperawatan keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan sebagai berikut :

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil: Produksi sputum menurun, frekuensi napas membaik.

SIKI Manajemen jalan napas:

1) Observasi

- a) Monitor bunyi napas tambahan

Rasional : Untuk mengetahui adanya bunyi napas tambahan.

- b) Monitor status pernapasan

Rasional : Untuk mengetahui pernapasan pasien permenit.

2) Teraupetik

- a) Pertahankan kepatenan jalan napas

Rasional : Untuk memaksimalkan ekspansi paru.

- b) Posisikan Semi fowler

Rasional : Untuk memudahkan pasien bernapas.

- c) Pemasang OPA

Rasional: Untuk mempertahankan atau membuka jalan napas dengan menghentikan lidah menutupi epiglotis

3) Edukasi

- a) Anjurkan asupan cairan oral 2000 ml/hari jika tidak kontraindikasi.

- b. Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (penggunaani insulin) (D.0027).

SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka ketidakstabilan glukosa darah membaik dengan kriteria hasil : berkeringat menurun, lelah/lesu menurun, kadarglukosa dalam darah cukup membaik.

SIKI : Manajemen Hipoglikemia (I.03115).

1) Observasi

- a) Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia.

Rasional : Untuk mengetahui tanda dan gejala pada pasien yang berhubungan dengan penyakit hipoglikemia.

b) Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia.

Rasional : Untuk mengetahui apa penyebab pasien jadi hipoglikemia.

2) Teraupetik

a) Pertahankan akses intravena

Rasional : Untuk mengurangi resiko kekurangan cairan atau elektrolit pada pasien.

b) Pertahankan kepatenan jalan napas.

3) Edukasi

a) Anjurkan monitor kadar glukosa darah.

Rasional : Untuk mengetahui kondisi glukosa dalam darah apakah mengalami peningkatan atau penurunan.

b) Ajarkan pengelolaan hipoglikemik (mis; tanda dan gejala, faktor resiko dan pengobatan hipoglikemia).

Rasional : Agar dapat meajemen diabetes yang dialami oleh pasien dan mengetahui cara penanganan terhadap hiperglikemia.

4) Kolaborasi

a) Pemberian dextrose, jika perlu.

Rasional : untuk mengatasi terjadinya hipoglikemia yaitu kondisi kadar gula darah yang terlalu rendah.

c. Resiko aspirasi d.d penurunan tingkat kesadaran (D.0006)

SLKI : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat aspirasi menurun dengan kriteria hasil : tingkat kesadaran meningkat, kelemahan otot meningkat

SIKI Manajemen jalan napas:

1) Observasi

a) Monitor bunyi napas tambahan



Rasional : Untuk mengetahui adanya bunyi napas tambahan.

b) Monitor status pernapasan

Rasional : Untuk mengetahui pernapasan pasien permenit.

2) Teraupetik

a) Pertahankan kepatenan jalan napas

Rasional : Untuk memaksimalkan ekspansi paru.

b) Posisikan Semi fowler

Rasional : Untuk memudahkan pasien bernapas.

3) Edukasi

a) Anjurkan asupan cairan oral 2000 ml/hari jika tidak kontraindikasi.

d. Risiko perfusi perifer tidak efektif dibuktikan dengan faktor risiko hipoglikemia (D.0016)

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran cukup meningkat, tekanan intrakranial cukup meingkat, tekanan darah sistolik dan metabolik membaik

SIKI: Manajemen peningkatan TIK

1) Observasi

a) Identifikasi penyebab TIK

Rasional: Untuk mengetahui penyebab tekanan intra kranial

2) Terapeutik

a) Berikan posisi semi fowler

Rasional: Untuk meningkatkan saturasi oksigen pasien

3) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis

Rasional: dapat mengurangi tekanan dalam otak

- e. Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)

SLKI: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran cukup meningkat, tekanan intrakranial cukup meingkat, tekanan darah sistolik dan metabolik membaik

SIKI: Manajemen peningkatan TIK

- 1) Observasi

- a) Identifikasi penyebab TIK

Rasional: Untuk mengetahui penyebab tekanan intra kranial

- 2) Terapeutik

- a) Berikan posisi semi fowler

Rasional: Untuk meningkatkan saturasi oksigen pasien

- 3) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis

Rasional: dapat mengurangi tekanan dalam otak

## **BAB III**

### **PENGAMATAN KASUS**

#### **A. Ilustrasi Kasus**

Pasien atas nama Ny.H 76 tahun masuk Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar pada tanggal 4 April 2024 dengan diagnosa Diabetes Militus + hipoglikemia dengan keluhan penurunan kesadaran sejak 1 jam yang lalu. keluarga mengatakan saat di bangunkan pukul 16.55 pasien tidak merespon, Keluarga pasien mengatakan sebelum dibawah ke rumah sakit pasien terlihat lemas, pucat dan nafsu makan menurun, setelah beberapa jam kemudian pasien tidak merespon dan dibawah ke IGD Rumah Sakit Pelamonia.

Saat pengkajian Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat diabetes mellitus sejak 8 tahun yang lalu dan hipertensi. Tampak pasien terbaring lemas, tampak pasien tidak memberikan respon saat di panggil, tampak mukosa bibir pasien kering, tampak ada sputum di jalan nafas, terdengar suara napas tambahan *snoring* tampak terpasang cairan Dextrose 10% dengan 18 tetes/menit. GCS 5 kesadaran sporo comatous, dengan TTV: TD: 164/98 mmHg, N:119x/menit, S:37°C, P:28x/menit SPO2:90%. Pada hasil pemeriksaan GDS: 27 mg/dl, GCS 5 M:2 V:2 E:1.

Berdasarkan data – data tersebut maka penulis mengangkat diagnosis keperawatan yaitu: bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuskular dan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Intervensi yang diberikan adalah manajemen jalan nafas: posisikan semi-Fowler, lakukan pemasangan OPA, berikan oksigen, monitor sputum. Manajemen hipoglikemia: pertahankan akses intravena, kolaborasi pemberian dextrose, identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia. Hasil evaluasi untuk bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu: tampak sputum berkurang, pernapasan: 22x/menit Spo2:99%. Sedangkan untuk

ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu: tampak gula darah pasien meningkat menjadi 120 ml/dl.

## B. PENGKAJIAN GAWAT DARURAT

### 1. Identitas Pasien

Nama Pasien (Initial) : NY. H  
 Umur : 76 tahun  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Tanggal/Jam MRS : 04 April 2024 (18.01)  
 Tanggal/Jam Pengkajian : 04 April 2024 (18.20)  
 Diagnosa Medis : Dm+Hipoglikemia

### 2. Pengkajian

a) Keadaan Umum: Pasien kesadaran menurun

b) Triase

**Prioritas 1**       Prioritas 2  Prioritas 3  Prioritas 4   
 Prioritas 5

Alasan (kondisi pada saat masuk):

Pasien masuk dengan penurunan kesadaran, nadi melemah, gcs 5, akral teraba dingin

c) Penanganan yang telah dilakukan di *pre-hospital*:

Tidak ada  Neck collar  Bidai  **Oksigen**  Infus     RJP  
 Lainnya: pasien menggunakan nasal kanul 5 lpm di rumah

d) Keluhan Utama: Penurunan kesadaran

e) Riwayat Keluhan Utama :

Keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke Rumah Sakit pasien terlihat lemas, pucat dan nafsu makan menurun, setelah beberapa jam kemudian pasien tiba tiba pingsan dan dibawa ke IGD Rumah Sakit Pelamonia.

f) Riwayat Penyakit Terdahulu: Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 8 tahun yang lalu dan dm sejak 6

tahun yang lalu, dan mengkonsumsi obat terkontrol amlodipin dan obat metformin.

g) Survey Primer

1) *Airway dan ControlCervikal*

- Paten
- Tidak paten
- Benda asing
- Sputum
- Cairan/darah
- Lidah jatuh
- Spasme
- Lainnya: .....

Suara Napas:

- Normal
- Stridor
- Snoring
- Gurgling
- Tidak ada

Fraktur servikal

- Ya
- Tidak

Data lainnya: - Keluarga pasien mengatakan bunyi napas pasien mendengkur (ngorok)

2) *Breathing*

Frekuensi

: 28 x/menit

Saturasi

Oksigen

: 90%

- Napas Spontan

Suara Tambahan

- Wheezing
- Ronchi
- Rales
- Lainnya:.....

Perkusi

- Sonor
- Pekak
- Redup

Apnea

Orthopnue

✓ Sesak

Irama pernapasan

✓ Teratur

Tidak teratur

Dalam

Dangkal

Pengembangan Dada

✓ Simetris

Tidak Simetris

Suara Napas

✓ Vesikuler

Broncho-vesikuler

Bronkhial Vocal Fremitus:  
Getaran sama kiri dan  
kanan

Jejas

Ya

✓ Tidak

Lokasi:.....

Luka/Fraktur

Ya, sebutkan.....

✓ Tidak

Lokasi:.....

Data Lainnya:

Lokasi:.....

Krepitasi

Ya

Tidak

Distensi Vena Jugularis

Ya

Tidak

### 3) *Circulation*

Tekanan Darah: 164/98

mmHgSuhu: :

37°C

Nadi

Buruk

Bibir

Lembab

✓ Kering

Frekuensi 119x/menit	:	Kulit dan ekstremitas
<input type="checkbox"/> Tidak Teraba		<input type="checkbox"/> Hangat
<input type="checkbox"/> Kuat		<input checked="" type="checkbox"/> Dingin
<input checked="" type="checkbox"/> Lemah		<input type="checkbox"/> Sianosis
<input type="checkbox"/> Teratur		<input checked="" type="checkbox"/> Pucat
<input type="checkbox"/> Tidak teratur		<input type="checkbox"/> CRT >2 detik
		<input type="checkbox"/> Edema
Mata cekung		<input type="checkbox"/> Lainnya: .....
<input type="checkbox"/> Ya		
<input checked="" type="checkbox"/> Tidak		Diaphoresis
		<input type="checkbox"/> Ya
Turgor kulit		<input checked="" type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Elastis		Perdarahan
<input checked="" type="checkbox"/> Menurun		<input type="checkbox"/> Ya,
		Jumlah
Jejas		.....
<input type="checkbox"/> Ya		cc
<input checked="" type="checkbox"/> Tidak		Warna.....
Lokasi:.....		Melalui.....
.....		<input checked="" type="checkbox"/> Tidak Nyeri Dada
Luka/Fraktur		<input checked="" type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Ya, sebutkan.....		<input type="checkbox"/> Ya (Jelaskan PQRST)Data
<input checked="" type="checkbox"/> Tidak		Lainnya:
Lokasi:.....		
.....		
Data Lainnya:		

#### 4) Disability

Tingkat Kesadaran GCS

Kualitatif : Sopor

Kuantitatif:

M: 2

V: 2

E: 1

$\Sigma$ : 5

Pupil

Isokor

Anisokor

Midriasis

Kaku kuduk

Ya

Tidak

Refleks cahaya

Positif

Negatif

Test Babinsky:

Fisiologis

Patologis

Uji Kekuatan Otot:

0	0
0	0

Kesimpulan: Tidak di kaji, pasien dalam penurunan kesadaran

Keterangan

Nilai 5 : Kekuatan Penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang di bandingkan sisi lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawantekanan

Nilai 2 : Mampu menahan tekanan



Nilai 1 : Tidak kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

5) *Exposure* (dikaji khusus pasien trauma), lakukan *log roll*:

a. Tidak ditemukan masalah

Luka

Jejas

Jelaskan: .....

Data lain :

6) *Foley Chateter*

a. Terpasang, Output: 100 cc/jam

Warna: Kuning cerah

Lainnya:.....

Tidak terpasang

7) *Gastric Tube*

Terpasang, Output ..... cc/jam

Warna:.....

Lainnya:.....

a. Tidak terpasang

8) *Heart Monitor*

a. Terpasang, Gambaran : Sinus Rhytem

Lainnya: .....

Tidak terpasang

h) *Survey Sekunder* (dilakukan jika survey primer telah stabil):

Riwayat Kesehatan SAMPLE

*Symptom* : Pasien penurunan kesadaran

Alergi : Tidak ada riwayat alergi

- Medikasi** : Keluarga mengatakan pasien minum obat Amlodipine 5mg/24jam/oral
- Past medical history** : Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat Hipertensi dan DMsekitar 8 tahun yang lalu
- Last Oral Intake** : Keluarga mengatakan terakhir pasien makan kemarin dengan menu nasi, sayur dan juga ayam yang dimasak bening.
- Events** : Keluarga pasien mengatakan, saat di bangunkan pukul 16.55 pasien tidak merespon dan terdengar suara dengkuran dari pasien, keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit pasien terlihat lemas, pucat dan nafsu makan menurun, setelah beberapa jam kemudian pasien tdk merespon dan dibawa ke igd Rumah sakit Pelamonia

**Tanda-Tanda Vital:**

- Tekanan Darah : 164/98mmHg  
Pernapasan : 28x/menit  
Nadi :119x/menit  
Suhu :37° C  
Saturasi : 90%

**Pengkajian Nyeri (Selain Nyeri Dada):**

Tidak ada

Ya.

Jelaskan:

P:

Q:

R:

S:

T:

**Pengkajian Psikososial:**

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Merasa bersalah  |
| <input type="checkbox"/> Cemas                        | <input type="checkbox"/> Merasa putus asa |
| <input type="checkbox"/> Panik                        | <input type="checkbox"/> Perilaku agresif |
| <input type="checkbox"/> Marah                        | <input type="checkbox"/> Menciderai diri  |
| <input type="checkbox"/> Sulit berkonsentrasi<br>lain | <input type="checkbox"/> Menciderai orang |
| <input type="checkbox"/> Tegang<br>diri               | <input type="checkbox"/> Keinginan bunuh  |
| <input type="checkbox"/> Takut                        | <input type="checkbox"/> Lainnya          |
| <input type="checkbox"/> Merasa Sedih                 |   |

**Pengkajian *head to toe*:**

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| a. Kebersihan rambut          | : Tampak rambut bersih, berwarna hitam  |
| b. Kulit kepala               | : Tampak kulit kepala bersih, tampak tidak ada lesi dan benjolan                    |
| c. Palpebral/Conjungtiva      | : Tampak palpebral tidak edema, tampak Conjungtiva tidak anemis                     |
| d. Sclera                     | : Tampak tidak icteric  |
| e. Tekanan Intra Okuler (TIO) | : Tekanan TIO kanan dan kiri sama   |
| f. Pupil                      | : Tampak pupil berbentuk bulat, isokor kanan dan kiri, diameter kanan 3mm, kiri:3mm |

- g. Hidung : Tampak rongga hidung bersih, tidak ada polip
- h. Telinga : Tampak telinga bersih, membran tympani utuh
- i. Rongga mulut : Tidak ada karang gigi, tampak lidah kotor, tampak tidak ada gigi palsu, tampak pharing tidak ada peradangan
- j. Kelenjar getah bening : Palpasi, tidak teraba adanya pembesaran
- k. Kelenjar thyroid : inspeksi, tampak tidak ada pembesaran kelenjar thyroid palpasi: Tidak teraba adanya pembesaran
- l. JVP : 5-2 cmH<sub>2</sub>O
- m. Tes kaku kuduk : Tidak dapat dikaji
- n. Tes kerning sign : Negative
- o. Tes bruidzinki sign : Negative
- p. Pernapasan dan thorax:
- inspeksi
- 1) Bentuk thorax : simetris kanan dan kiri
  - 2) Retraksi intercostals : tidak ada
  - 3) Sianosis : tidak tampak sianosis
  - 4) Stridor : tidak tampak stridor
- Palpasi:
- 1) Vocal premitus : getaran kanan dan kiri sama
  - 2) Krepitasi : tidak ada
- Perkusi: Terdengar suara sonor  
Auskultasi:
- 1) Suara napas: vesicular

- 2) Suara ucapan: tidak dapat dikaji  
 3) Suara tambahan: tidak ada
- q. Jantung : Inspeksi  
 Ictus cordis : tampak ictus  
 Palpasi : Teraba adanya ictus cordis  
 Auskultasi :
- 1) Bunyi jantung II A: Tunggal ICS IIIlinea sternalis dextra
  - 2) Bunyi jantung II P: Tunggal ICS II danIII linea sternalis dextra
  - 3) Bunyi jantung I T: Tunggal ICS IVlinea sternalis sinistra
  - 4) Bunyi jantung I M: ICS V linea medioclavicularis sinistra
  - 5) Bunyi jantung III irama gallop: tidak terdengar  
 Murmur: tidak terdengar
  - 6) Bruit Aorta: tidak terdengar
- r. Abdomen : Peristaltik usus : Usus:5x/menit  
 Palpasi hepar : Tidak teraba pembesaran  
 Palpasi kandung kemih: Kosong
- s. Mulut uretra : Tidak dapat dikaji
- t. Anus : Peradangan: tampak tidak ada  
 Peradangan Hemoroid : tidak dapat dikaji
- u. Lengan dan tungkai : Atrofi otot : Negatif  
 Kaku sendi : Tidak ada  
 Nyeri sendi : Tidak ada  
 Fraktur : Tidak ada  
 Parese : Tidak ada  
 Uji kekuatan otot

0	0
0	0

Kesimpulan : Tidak dapat di kaji Refleks

Fisiologis : Tidak dikaji Refleks

Patologis : Tidak dikaji

Babinski kanan dan kiri: negatif

Clubing jari-jari: tidak tampak Varises

v. Kulit : Edema : Tidak ada

Lesi : Tidak ada

## i) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	9,55	4,4 – 11,3
RBC	3,04	3,8 – 5,2
HGB	9,3	11,7 – 15,5
HCT	26,1	35 – 47
MCV	85,9	84 – 96
MCH	30,6	26,5 – 33,5
MCHC	35,6	32,0 – 36,0
PLT	74	150 – 450
RDW-SD	46,8	37,0 – 54,0
RDW-CV	16,1	11,0 – 16,0
PDW	16,3	1,5 – 14,5
MPV	12,3	9,0 – 13,0
P-LCR	43,1	13,0 – 43,0
NRBC#	0,09	0,17 – 0,35
NEUT#	0,00	0,00 – 24,00
LYMPH#	8,93	1,5 – 7,0
MONO#	0,25	1 – 37
EO#	0,36	0,00 – 0,70
BASO#	0,00	0,00 – 0,40
IG#	0,01	0,00 – 0,10
NRBC%	0,07	0 – 7
NEUT%	0,00	0,00 – 24,00
LYMPH%	93,6	50,0 – 70,0
MONO%	2,6	25,0 – 40,00
EO%	3,80	2 – 8
BASO%	0,0	0 – 0,4
IG%	0,1	0,0 – 0,5

LED	0,7	
-----	-----	--

b. gds 27

j) Farmakoterapi

a. Amlodipin 10 mg

b. Thiazid

c. Neurosambe

d. D40%

e. Tiaryt



### C. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data Subjektif</p> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak pasien tidak sadarkan diri</li> <li>• Terdengar suara napas snoring</li> <li>• Observasi TTV: <ul style="list-style-type: none"> <li>- RR: 28x/menit</li> <li>- SPO2: 99%</li> </ul> </li> <li>• GCS: E 1 A 2 M2 Total:5</li> </ul>	Disfungsi neuromuskular	Bersihkan jalan napas tidak efektif
2	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan, pasien sering mengantuk</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan, pasien sering mengeluh pusing</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan, nafsu makan pasien menurun</li> </ul> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil gds: 27 mg/dl</li> <li>• Tampak pasien berkeringat</li> </ul>	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosadarah

#### D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d disfungsi neuromuscular
2	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin

### E. INTREVENSI KEPERAWATAN

NO	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Luaran yang Diharapkan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan disfungsi neuromuscular	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 jam diharapkan bersihan jalan napas (L. 01001) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I. 01011) 1. Observasi a. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) b. Monitor status pernafasan 2. Terapeutik a. Pertahankan kepatenan jalan napas b. Posisikan semi-fowler atau fowler c. Berikan oksigen, jika perlu d. Pemasangan OPA 3. Edukasi a. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidk kontradiksi

2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 jam diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kadar glukosa dalam darah cukup 2. Berkeringat menurun	Manajemen Hipoglikemia (I.03115) 1. Observasi a. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia b. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia 2. Terapeutik a. Pertahankan akses intravena 3. Edukasi a. Anjurkan monitor kadar glukosa darah b. Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat c. Ajarkan pengelolaan hipoglikemik (mis; tandan dan geala, faktor resiko dan pengobatan hipoglikemia) 4. Kolaborasi a. Kalaborasi pemberian dextrose, jika perlu
----	---	---	--

## F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tanggal	No dx	Waktu	Implementasi keperawatan	Perawat
Sabtu 04 Mei 2024	1	18.05	Memposisikan semi-fowler Hasil: Tampak pasien dalam posisi semi-fowler	
	1	18.05	Melakukan pemasangan OPA Hasil: Tampak terpasang OPA	
	2	18.22	Memberikan terapi oksigen Hasil: Terpasang oksigen 10 liter  Mempertahankan akses intravena Hasil:	
	2	18.23	Terpasang infus dextrose 10% 18 tpm	
	1	18.53	Kolaborasi pemberian dextrose Hasil: Injeksi dextrose 20% 2 flakon/IV	
	2	18.55	Memonitor kadar glukosa darah	

			Hasil: gds 108 mg/dl	
	2	18.59	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia Hasil: Tampak pasien tak sadarkan diri, banyak berkeringat	
	1	19.10	Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia Hasil:	
	1	19.15	-Tampak kesadaran pasien Apatis - GCS: 12	
	2	19.23	Memonitor pola napas Hasil: P: 22x/menit	
	2	21.30	Memonitor gds Hasil: GDS: 120 mg/dl	
	2	21.35	Mempertahankan akses intravena Hasil: Terpasang infus dextrose 10% 18 tpm	

## G. EVALUASI KEPERAWATAN

Hari Tanggal	No Dx	Evaluasi Keperawatan	TTD
Kamis 4 mei 2023	1	S:  O: - Tanda-tanda Vtal GCS: 12 RR: 22x/menit SPO2: 99%  A: Bersihan jalan nafas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	
	2	S: O: - Tampak berkeringat berkurang - Tampak hasil GDS: 120 mg/dl - Tampak infus terpasang infus dextrose 10% 18 tpm A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi P: Intervensi dihentikan	

## BAB IV

### PEMBAHASAN KASUS

#### A. Pembahasan Askep

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara konsep teori dengan kasus nyata yang terjadi pada pasien Ny.H dengan Diabetes Melitus diruangan unit darurat Rumah Sakit Pelamonia Makassar yang berlangsung selama  $\leq 4$  jam yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yaitu

##### 1. Pengkajian

Dalam pengkajian ini penulis memperoleh data dari wawancara langsung kepada keluarga, melihat langsung keadaan umum pasien, penulis juga menemukan data dari tenaga kesehatan, catatan medis pasien dan hasil pemeriksaan penunjang. Pada dasarnya teori tidak jauh beda dengan kasus dari hasil pemeriksaan pada Ny. H didapatkan penurunan kesadaran menjadi keluhan utama, lemas, lesu, nafsu makan menurun. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.H didapatkan bahwa pasien mengalami hipoglikemia yang disebabkan oleh pola makan yang tidak teratur sehingga kebutuhan gula darah dalam tubuh tidak seimbang

Menurut Rahmah, (2022) dalam (Aida Sri, 2022) hipoglikemia terjadi karena ketidakseimbangan antar suplai glukosa, penggunaan glukosa dan level insulin. tingkat keparahan hipoglikemia pada pasien diabetes militus dikategorikan sebagai berikut: Hipoglikemia ringan, rentang glukosa darah adalah 54 - 70 mg/dl. Terdapat gejala autonom, yaitu tremor, palpitasi, gugup, takikardi, berkeringat, dan rasa lapar. Pasien dapat mengobati sendiri. Hipoglikemia sedang, rentang glukosa darah adalah 40 - 54 mg/dl. Terdapat gejala autonom dan neuroglikopenia, seperti bingung, rasa marah, kesulitan konsentrasi, sakit kepala, lupa, mati rasa pada bibir dan lidah, kesulitan bicara, mengantuk dan pandangan kabur. Pasien dapat



mengobati sendiri. Hipoglikemia berat, glukosa darah kurang dari 40 mg/dl. Terjadi kerusakan sistem saraf pusat, dengan gejala perubahan emosi, kejang, stupor, atau penurunan kesadaran. Pasien membutuhkan bantuan orang lain untuk pemberian karbohidrat, glukagon, atau resusitasi lainnya. Bisa terjadi ketidaksadaran pasien. Menurut Rahayu, (2020) faktor penyebab diabetes melitus antara lain : faktor resiko yang tidak dapat diubah (predisposisi) yaitu usia, jenis kelamin, dan faktor genetik (riwayat keluarga) sedangkan faktor resiko yang dapat diubah (presipitasi) yaitu gaya hidup, pola makan yang salah, dan obesitas. Pada kasus, faktor yang menyebabkan Ny.H mengalami diabetes melitus yaitu faktor usia, genetik dan pola makan yang salah. Menurut Santosa et al., (2017) seseorang akan lebih cepat terkena penyakit DM apabila seseorang tersebut memiliki garis keturunan dari ibu dan akan cenderung akan terkena penyakit diabetes lebih mudah lagi bila memiliki riwayat garis keturunan diabetes dari ayah+ibu. Hal tersebut kemungkinan karena adanya gabungan gen pembawa sifat DM dari ayah dan ibu sehingga usia terdiagnosis DM menjadi lebih cepat Dan orang yang memiliki kebiasaan pola makan yang salah dimana, kurang gizi atau kelebihan berat badan sama-sama risiko terkena diabetes melitus. Malnutrisi dapat merusak pankreas, sedangkan obesitas meningkatkan gangguan kerja dan resistensi insulin. Pola makan yang tidak teratur dan cenderung terlambat juga akan berperan pada ketidakstabilan kerja pancreas

## 2. Diagnosis Keperawatan

Menurut (Paula Krisanty et al., 2016) ada beberapa diagnosis yang muncul pada pasien diabetes melitus:

- 1) Bersihan Jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
- 2) Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin

- 3) Risiko aspirasi ditandai dengan penurunan tingkat kesadaran
- 4) Risiko perfusi perifer tidak efektif ditandai dengan risiko hipoglikemia.
- 5) Risiko perfusi serebral tidak efektif.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny.H dengan diabetes melitus, maka penulis mengangkat diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas masalah sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan napas ditandai dengan adanya spasme pada jalan napas saat

Pasien masuk di IGD pasien sudah tidak sadarkan diri dan terdengar suara napas tambahan berupa ronchi sehingga diperlukan tindakan secepatnya untuk membebaskan jalan napas pada pasien. Penulis mengangkat diagnosis ini karena dari hasil pengkajian, penulis mendapatkan data-data yang mendukung tegaknya diagnosis ini yaitu pasien tidak sadarkan diri dan bunyi napas tambahan berupa ronchi dengan GCS: 5, adanya secret di rongga mulut, untuk mendukung diagnosa ini peneliti membandingkan antara data yang di dapatkan pada pasien dengan data mayor buku SDKI (2018) dimana data yang didapatkan memenuhi kriteria yang di tetapkan SDKI (2018) yaitu 80% data pendukung

- b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan gulkosa darah pada pasien menurun nafsu makan menurun.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena adanya data- data yang mendukung tegaknya diagnosa ini, Ketika dibandingkan dengan tanda mayor pada buku SDKI (2018) 80% data yang didapatkan mendukung untuk mengangkat diagnosa ini, dan data yang didapatkan yaitu penurunan kesadaran, dan hasil pemeriksaan penunjang GDS 27 mg/dl.

Ada beberapa diagnosa yang sesuai dengan teori yang tidak diangkat oleh penulis

### 3. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan diagnosis yang ditemukan pada pasien maka penulis menyusun intervensi keperawatan. Perencanaan yang disusun oleh penulis yaitu tindakan mandiri, observasi, terapeutik dan tindakan kolaborasi

#### 1) Bersihan jalan napas untuk diagnosa pertama

Pada keadaan dimana pasien mengalami sumbatan jalan napas implementasi yang dilakukan yaitu pemasangan opa dan pemberian posisi semi fowler, ini didukung dengan hasil penelitian dari Rahma Asti, (2022) yang menjelaskan bahwa tindakan pemasangan opa yang diberikan sangat efektif dan kecil kemungkinan terjadinya sumbatan jalan napas pada pasien akibat lidah jatuh ke belakang. Perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis selama pasien ada di Unit Gawat Darurat yaitu: memonitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan kemampuan menelan, monitor status pernafasan, mempertahankan kepatenan jalan nafas, dan terapi oksigen tidak adanya kesenjangan antara teori dengan kasus nyata.

#### 2) Manajemen hipoglikemia untuk diagnosa ke dua

Pada keadaan pasien yang tidak mampu menelan glukosa karena pingsan, kejang, atau adanya perubahan status mental, pada keadaan darurat dapat di berikan dekstrosa dalam air dengan konsentrasi 50% dimana dosis biasanya yang di berikan kepada orang dewasa, sedangkan pemberian konsentrasi 25% yang biasanya akan di berikan kepada anak anak. Dan memonitor kadar gulkosa dalam darah pasien dan mempertahankan akses intravena (Wahyu et al., 2022)

Perencanaan tindakan keperawatan yang ada pada teori tidak berbeda dengan perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis

selama memberikan asuhan keperawatan sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata. Perencanaan yang dibuat selama pasien ada di Unit Gawat Darurat yaitu : monitor kadar glukosa dalam darah pasien, pertahankan akses intravena, mengidentifikasi penyebab hipoglikemia untuk mengetahui tindakan yang akan diberikan ke pasien. Kolaborasi untuk pemberian Dextrose 40% 2 flakon untuk meningkatkan kadar glukosa dalam darah serta pemberian cairan Dextrose 10% untuk mempertahankan kadar glukosa darah dalam rentang nilai yang normal

a. Implementasi Keperawatan

Pada pelaksanaan keperawatan Ny.H penulis melakukan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat dan disesuaikan dengan kondisi pasien.

- 1) Pada masalah keperawatan pertama mengenai bersihan jalan napas semua perencanaan yang disusun oleh penulis sudah dilaksanakan dengan baik selama pasien berada di ruang unit Gawat darurat.
- 2) Pada masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah semua perencanaan juga sudah dilaksanakan dengan baik.

b. Evaluasi keperawatan

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan, yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan dapat dicapai. Dari hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 4 jam adalah sebagai berikut :

- 1) Bersihan jalan napas b/d disfungsi neuromuskular. Hasil evaluasi kesadaran pasien *apatis* dengan GCS 12, frekuensi napas: 22x/menit.
- 2) Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d penggunaan obat glikemia oral. Hasil evaluasi setelah intervensi diberikan

selama di unit gawat darurat gula darah pasien mengalami peningkatan menjadi 122 mg/dl

#### **A. Pembahasan Penerapan Evidence Based Nursing (EBN)**

1. Judul EBN: Pengaruh Infus Dextrosa 40% terhadap Kadar Glukosa Darah
2. Pada Diagnosa Keperawatan: Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d penggunaan obat glikemik oral ditandai dengan GDS:13mg/dl
3. Luaran yang diharapkan: berkeringat menurun, lelah/lesu menurun, kadar glukosa dalam darah cukup membaik.
4. Intervensi prioritas: manajemen hipoglikemia
5. Pembahasan tindakan keperawatan pada Evidence based Nursing (EBN)
  - a. Pengertian Tindakan:
 

Pemberian cairan dextrose adalah cairan infus untuk mengatasi hipoglikemia atau kadar gula darah terlalu rendah. Obat ini juga digunakan sebagai alternative untuk memenuhi kebutuhan gula dan cairan pada pasien dengan kondisi medis tertentu
  - b. Tujuan
    - 1) Mengatasi rendahnya kadar glukosa dalam darah.
    - 2) Sumber energi
    - 3) Pengganti cairan non elektrolit
  - c. PICOT *Evidence Based Nursing* (EBN)
    - 1) Judul: Pengaruh Infus Dextrosa 2,5% terhadap Kadar Glukosa Darah (EF Alfanti., 2022).
      - a) Population: populasi dalam penelitian ini yaitu 24 responden
      - b) Intervensi: intervensi yang diberikan yaitu pemberian cairan dextrosa 2,5% pada 24 responden
      - c) Comparison: tidak ada intervensi pembandingan dalam penelitian ini

- d) Outcome: Hasil yang didapatkan yaitu terdapat peningkatan kadar glukosa darah setelah diberikan dextrose 2,5% pada 24 responden, rata-rata hasil yang didapatkan ketika pemberiannya namun peningkatan kadar glukosa tidak melonjak lebih tinggi/tidak meningkat secara signifikan.
- e) Time: 30 menit
- 2) Judul: pemberian terapi dextrosa 10% atau 50% dalam pengobatan hipoglikemia (Rusdi., 2022).
- a) Populasi: jumlah responden dalam penelitian sebanyak 51 responden
- b) intervensi: intervensi yang diberikan yaitu pemberian 5 g (50 ml) aliquot intravena 10% dekstrosa atau 5 g (10 ml) aliquot intravena 50% dekstrosa dengan dosis maksimal 25 g.
- c) comparison: penelitian menggunakan intervensi perbandingan antara pemberian terapi dextrose 10% dan dextrose 50%
- d) outcome: hasil yang didapatkan menyatakan tidak ada perbedaan yang signifikan antara kedua intervensi yang telah dilakukan, median dosis total dekstrosa yang diberikan secara signifikan lebih sedikit dengan konsentrasi 10% (10% = 10 g, 50% = 25 g,  $p < 0,001$ ) dan median kadar gula darah pasca pengobatan juga lebih rendah secara signifikan (10% = 6,2 mmol/l dan 50% = 9,4 mmol/l,  $p = 0,003$ ). Tidak ada laporan cedera ekstrasvasasi pada kedua kelompok.
- e) Time: 8 menit – 24 jam
- 3) Judul : Pemberian intervensi manajemen hipoglikemia di Ruang IGD RSUD kota Tangerang (Meynur, 2022).

- a) Population: Populasi dalam penelitian ini yaitu 5 responden
- b) Intervensi: Intervensi pada penelitian ini yaitu pemberian dextrose 40%
- c) Comperation: Peneliti tidak menggunakan intervensi pembanding
- d) Outcame: Hasil yang didapatkan pada penelitian ini yaitu pada 5 responden yang telah diberikan dextrose 40% yang sebelumnya mengalami hipoglikemia dengan kadar glukosa darah <50 mg/dl meningkat dengan rata-rata kadar glukosa darah >100 mg/dl
- e) Time: intervensi dilakukan 30 menit

**B. Penerapan *Evidence Based Nursing (EBN)* menggunakan metode picot pada pasien:**

1. Judul: Pemberian IVFD dextrose 10% pada Ny H dengan DM+Hipoglikemia
2. Population: Subjek kali ini adalah pasien dengan initial Ny. H yang berumur 76 tahun dengan keluhan penurunan kesadaran
3. Intervensi: Intervensi yang diberikan yaitu : pemberian infus dextrose 10% dan pemberian injeksi dextrose 40% sebanyak 2 flakon
4. Comperation: Penulis tidak melakukan intervensi pembanding.
5. Outcame: Hasil menunjukan setelah di pasang IVFD dextrose 5% dan di berikan injeksi 40% sebanyak 2 flakon nilai gula darah sewaktu (GDS) yang awalnya 27 mg/dl naik 108 mg/dl
6. Time: 30 menit

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Setelah menguraikan tinjauan teoritis dan penerapan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, menerapkan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. H dengan penyakit Hipoglikemia di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

#### **A. Simpulan**

1. Pengkajian keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Ny. H umur 76 tahun dengan hipoglikemia dimana penulis menemukan beberapa data seperti pasien mengalami penurunan kesadaran. Keluarga mengatakan pasien lemas, pucat, dan mudah mengantuk, serta nafsu makan pasien menurun, tampak terdengar bunyi snoring dan memiliki riwayat diabetes 8 tahun lalu. Dimana juga didapatkan data seperti akral teraba dingin, pucat, bibir kering turgour kulit menurun, Tanda-tanda vital TD: 164/98 MmHg, N: 119 x/menit, S: 37<sup>o</sup>C, P:28 x/menit, Spo<sub>2</sub>: 90%, GDS: 27 mg/dl.
2. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan antara lain :
  - a. Bersihan jalan napas tidak efektif b/d disfungsi neuromuscular
  - b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin

Dari rencana yang disusun semua dapat diimplementasikan sepenuhnya karena dalam pelaksanaan keperawatan penulis bekerjasama dengan keluarga pasien, pasien, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 1x4 jam pada pasien Ny. H dapat



diperoleh hasil evaluasi dari masalah bersihan jalan napas cukup meningkat dan Ketidakstabilan kadar glukosa darah cukup meningkat.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Instansi Rumah Sakit**

Diharapkan menjadi bahan masukan demi meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan bagi pelayanan kesehatan khususnya bagi perawat agar dapat menjalankan tugas dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pasien dengan hipoglikemia.

### **2. Bagi Profesi Keperawatan**

Diharapkan lebih memodifikasi lagi terkait asuhan keperawatan gawat darurat dengan Hipoglikemia dengan memberikan asuhan keperawatan gawat darurat yang bertujuan untuk menurunkan dampak yang di alami akibat hipoglikemia dan meningkatkan mutu Rumah Sakit.

### **3. Bagi Institusi Keperawatan**

Diharapkan dapat menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam memberikan asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan Hipoglikemia

## DAFTAR PUSTAKA

- Asociación Americana de diabetes. (2023). Estandares para el cuidado de la diabetes-2023. *Diabetes Journals*, 46(1), 1-298
- Azwar. (2021). *Terapi Non Farmakologis Pada Pasien Diabetes Melitus. Gowa : Pustaka.*  
<https://webadminipusnas.perpusnas.go.id/ipusnas/publications/books/170475>
- David, R. B. (2023). American Diabetes Association. *P and T*, 31(8).  
<https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2006.00164.x>
- Dewanti, D. A. P. W. (2021). Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Instalasi Gawat Darurat Rsud Sanjiwani Gianyar. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 2013–2015.
- Dwiyatna, N. I., Erianti, S., & Wisanti, E. (2022). Gambaran Penanganan Hipoglikemia Yang Dilakukan Keluarga Pada Pasien Diabetes Mellitus. *Jurnal Keperawatan Abdurrah*, 6(1), 38-48.  
<https://doi.org/10.36341/jka.v6i1.2183>
- Fitri, E. Y., Andini, D., & Natosba, J. (2020). Pengaruh Discharge Planning Model LIMA terhadap Kesiapan Pulang pada Pasien dengan Diabetes Mellitus. *Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, 3(1), 15.  
<https://doi.org/10.32584/jkkm.v3i1.443>
- Haile G, A. M. and E. A. (2023). Efektifitas Senam Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Terhadap Perubahan Kadar Gula Darah Pasien Diabetes Melitus. 4(1), 88-100.
- Handayani, S. (2021). *Anatomi Dan Fisiologis Untuk Paramedis. Media Sains Indonesia.*
- Indah, Restika Haskas, Y., Kahdjirah, S., & Restika. (2022). Assesment Persepsi Sakit Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe li Di Puskesmas Tamalanrea Jaya Kota Makassar Keywords Diabetes Melitus , Glukosa Darah , Persepsi Sakit Correspondence. *Healthcare Nursing Journal*, 4(2), 297.
- International Diabetes Federation. (2021). *International Diabetes Federation 10th Edition.* <https://diabetesatlas.org/data/en/world/>

- Jean-François Yale MD, CSPQ, F., Breay Paty MD, FRCPC, Peter A. Senior MBBS, PhD, F., & KEY. (2018). Monitoring Glycemic Control Diabetes: Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, 47-53.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.007>
- Kalra, S., Mukherjee, J. J., Venkataraman, S., Bantwal, G., Shaikh, S., Saboo, B., Das, A. K., Apollo, R. S., Endokrinologi, D., Tinggi, S., St, K., & Sakit, R. (2024). *Hipoglikemia : Komplikasi yang terabaikan*. 17, 819-834.
- Lestari, Zulkarnain, & Sijid, S. A. (2021). Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan. *UIN Alauddin Makassar*, November, 237-241.  
<http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>
- Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Dan Asuhan Keperawatan Stroke* (1st ed). CV. Budi Utama.
- Nurjannah, M., & Asthiningsih, N. wayan. (2023). *Hipoglikemia pada penderita Diabetes Melitus Tipe 2*.
- Riduansyah, M., Eka Fayuning Tjomiadi, C., Suryaningsih, S., & Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Kesehatan Universitas Sari Mulia, P. (2023). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Hipoglikemia Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe Ii: Narrative Review. *CNJ (Caring Nursing Journal)*, 7(1), 7-12.  
<http://journal.mbunivpress.or.id/index.php/cnj/article/view/609>
- Riskesdas. (2018). Lembaga Penelitian Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Laporan Provinsi Sulawesi Selatan Riskesdas 2018. In *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan* (Vol. 110, Issue 9).  
<http://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/lpb/article/view/3658>
- Riskesdas Kemenkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.
- Robithsyah, M. S. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS (Studi Kasus di Kecamatan Sukun Wilayah Kerja Puskesmas Janti). *Universitas Muhammadiyah Malang*, 6–20.
- Rusdi, M. S. (2020). Hipoglikemia Pada Pasien Diabetes Melitus. *Journal Syifa Sciences and Clinical Research*, 2(September), 83–90.  
<http://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jsscr>,

- Setiadi, S., Putri, Y. D., & Maulina, Y. (2021). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Hipoglikemia Pada Diabetes Melitus di RSUD Embung Fatimah Kota Batam. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 6(4), 176-181. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM%0AAsuhan>
- Soelistijo, S. (2021). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2021. In *Global Initiative for Asthma*. [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).
- Wibowo, S. D. (2023). *Anatomi Tubuh Manusia*. [https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=CRkSw4KFholC&oi=fnd&pg=PA13&dq=Wibowo,+D.+\(2023\).+ANATOMI+TUBUH+MANUSI+A.+Grasindo&ots=TTEpnCkhmn&sig=HkcmYLGkBAbgRimYynSWdwaMt1E&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=&id=CRkSw4KFholC&oi=fnd&pg=PA13&dq=Wibowo,+D.+(2023).+ANATOMI+TUBUH+MANUSI+A.+Grasindo&ots=TTEpnCkhmn&sig=HkcmYLGkBAbgRimYynSWdwaMt1E&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)










## LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR















Nama dan NIM : Taufik Qurahman Ayuba (NS2314901111)  
 Valentinus Ario Garus (NS2314901116)

Program : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Hipoglikemia Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tingkat II Pelamonia Makassar

Pembimbing : Mery Sambo, Ns., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Pembimbing	Penulis	
				I	II
1	Rabu, 1 Mei 2024	Pengajuan Judul			
2	Senin, 15 Mei 2024	Konsul BAB III 1. Lengkapi data pada pengkajian yang belum lengkap 2. Lengkapi data pada pada Analisa data 3. Melengkapi implementasi dan evaluasi			
3	Jumat, 21 Mei 2024	Konsul BAB III dan BAB IV 1. Perbaiki kosa kata dalam pengkajian			

		<p>2. Penyesuaian kosa kata pengkajian di analisa data, implementasi dan evaluasi</p> <p>3. Perbaiki tabel pada Intervensi</p> <p>4. Tambahkan jurnal EBN</p>			
4	Selasa, 28 Mei 2024	<p>Konsul BAB III &amp; BAB IV</p> <p>1. Perbaiki pengetikan dan penomoran</p> <p>2. Sertakan tanggal dan jam pada pemeriksaan diagnostik</p> <p>3. Perbaiki jurnal EBN dextrose 10% dan D 40%</p>			
5	Jumat, 29 Mei 2024	<p>Konsul BAB IV</p> <p>1. Perbaiki EBN (jenis penelitian apa yang digunakan dan penelitian menggunakan pembeding atau tidak)</p>			
6	Kamis, 06 Juni 2024	<p>Konsul BAB III, IV dan BAB V</p> <p>1. Perbaiki EBN dan sumber ebn</p>			
7	Jumat, 07 Juni 2024	<p>Konsul BAB III, IV, V</p> <p>1. Perbaiki kesalahan penulisan</p>			





## LEMBAR KONSUL KARYA ILMIAH AKHIR

Nama dan NIM : Taufik Qurahman Ayuba (NS2314901111)  
 Valentinus Ario Garus (NS2314901116)







Program : Profesi Ners

Judul KIA : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Hipoglikemia Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Tingkat II Pelamonia Makassar

Pembimbing : Euis Dedeh Komariah, Ns., MSN

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Tanda Tangan		
			Pembimbing	Penulis	
				I	II
1	Selasa, 21 Mei 2024	Konsul BAB I 1. Pengertian DM secara singkat 2. Menambahkan prevalensi DM diikuti dengan Hipoglikemia 3. Menambahkan jurnal untuk komplikasi hipoglikemia dan angka kematian hipoglikemia 4. Menambahkan jurnal yang tepat untuk penanganan pada pasien hipoglikemia		    	



2	Kamis, 30 Mei 2024	<p>Konsul BAB I dan BAB II</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gambarkan prevalensi hipoglikemia di Sulsel secara garis besar</li> <li>2. Pengurangn dan perbaikan sitasi sekunder</li> <li>3. Perbaikan penulisan dan penomoran</li> <li>4. Tambahkan rasional pada intervensi</li> </ol>			
3	Selasa, 04 Juni 2024	<p>Konsul BAB I, BAB II</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pisahkan anatomi fisiologi</li> <li>2. Menambahkan gambar anatomi</li> <li>3. Tambahkan etiologi umur dan sesuaikan dengan patoflowdiagram</li> <li>4. Perbaikan kalimat dan kesalahan penulisan</li> </ol>			
4	Jumat, 07 Juni 2024	<p>Konsul BAB I, BAB II</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki sitasi dan kesalahan penulisan</li> <li>2. Tambahkan Intervensi lainnya</li> </ol>			



## RIWAYAT HIDUP



### 1. Identitas Pribadi

Nama : Taufik Qurahman Ayuba  
Tempat / Tanggal Lahir : Tilamuta, 15 Januari 2001  
Jenis Kelamin : Laki-Laki  
Agama : Islam  
Alamat : Jalan Tidung 10

### 2. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu : Fatris Ayuba/ Herlina Djailani  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Wiraswasta/Irt  
Alamat : Jalan Apipa Aminu

### 3. Pendidikan yang Telah Ditempuh

TK Pembina Tilamuta : 2006 - 2007  
SD 01 Tilamuta : 2007 - 2013  
MTSN Tilamuta : 2013 - 2016  
SMAN 1 Tilamuta : 2016 - 2019  
S1 Stella Maris Makassar : 2019 - 2023

## RIWAYAT HIDUP



### 1. Identitas Pribadi

Nama : Valentinus Ario Garus  
Tempat / Tanggal Lahir :  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Agama : Katolik  
Alamat : Jalan Cendrawasih

### 2. Identitas Orang Tua

Ayah / Ibu : Petrus Padatu / Sebina Hawu  
Agama : Kristen Protestan  
Pekerjaan : Buruh Harian / IRT  
Alamat : Manggarai NTT

### 3. Pendidikan yang Telah Ditempuh

SDK Wudi : 2006 - 2013  
SMPN 7 Cibai : 2013 - 2016  
SMK Santa Mahtilda : 2016 - 2019  
S1 STIK Stella Maris Makassar : 2019 - 2023