KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.” S” DENGAN *DIABETES MELITUS* TIPE 2 DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAHS SAKIT STELLA MARIS

OLEH :

ANGGUN CAHYANI
(E1714401005)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
MAKASSAR
2020

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.” S” DENGAN *DIABETES MELITUS* TIPE 2 DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS

OLEH :

ANGGUN CAHYANI
(E1714401005)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
MAKASSAR
2020

LEMBAR PESETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "S" DENGAN *DIABETES MELITUS* TIPE 2 DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

ANGGUN CAHYANI
E1714401005

Disetujui Oleh :
Pembimbing

(Yunita Carolina, Ns., M.kep)
NIDN : 0904078805

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Fransiska Anita E.R.S, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)
NIDN : 0913098201

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS MAKASSAR

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. “S” *DENGAN DIABETES MELITUS* TIPE 2 DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS” telah dipertanggungjawabkan dan diujikan dihadapan tim penguji yang dilaksanakan pada tanggal :

Hari/tanggal : Senin, 15 Juni 2020

Pukul : 10.00-10.40 wita

Tempat : Kampus Stik Stella Maris Makassar

Penguji :

1. Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.,Sc ( )

2. Mery Sambo, Ns., M.Kep ( )

3. Yunita Carolina, Ns., M.Kep ( )

Mengatahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

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

NIDN : 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Anggun Cahyani
Tempat/Tanggal Lahir	: Kabae, 03 Oktober 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Maipa No.19, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Edison/Asnaria
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: PNS / IRT
Alamat	: Desa Lakahang, Kec.Tabulahan, Kab. Mamasa

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 012 Salulossa	: 2005 - 2011
SMP Pandangan Jaya	: 2011 - 2014
SMA Nusa Bangsa	: 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan)	: 2017 - 2020

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat, berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "Asuhan keperawatan pada Ny. "S" dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di ruang perawatan ICU-ICCU rumah sakit Stella Maris".

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis mendapat banyak bimbingan, dukungan, pengarahan dan motivasi dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu, pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan, serta telah membimbing dan mendidik selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
2. Fransiska Anita E.R.S, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Wakil Ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
3. Mathilda Paseno, Ns.,M.Kes selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
4. Elmiana Bongga Linggi, S.Kep.,Ns. M.Kep selaku Wakil Ketua Bidang Kemahasiswaan STIK Stella Maris yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.

5. Mery Solon, S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku Ketua program Studi Diploma Tiga Keperawatan dan Pembimbing Akademik yang selalu membimbing serta memberikan motivasi.
6. Yunita Carolina Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang telah membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
8. Sr. dr. Teoricci Luisia Nunuhitu, SJMJ, M.Kes Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.
9. Kepala ruangan dan seluruh staf ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar atas bantuan selama penulis melaksanakan praktek.
10. Kepada Ny “S” dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
11. Teristimewa untuk kedua orangtua penulis yang memberi dukungan, doa, dan kasih sayang serta Kepada Sr. Mariana Mbasal, JMJ dan Sr. Florentina, JMJ yang telah membina penulis selama di asrama.
12. Untuk semua tema-teman angakatan Diploma tiga tahun 2017 dan semua teman-teman asrama yang telah memberikan dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL ii
HALAMAN PERSETUJUAN iii
HALAMAN PENGESAHAN iv
RIWAYAT HIDUP v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI viii
DAFTAR GAMBAR x
DAFTAR TABEL xi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan.....5
BAB II TINJAUAN TEORITIS 6
A. Konsep Dasar Medis 6
1. Pengertian 6
2. Klasifikasi 6
3. Anatomi 7
4. Fisiologi 8
5. Etiologi 10
6. Patofisiologi 10
7. Manifestasi Klinis.....11
8. Pemeriksaan Diagnostik 13
9. Penatalaksanaan Medis 14
10. Komplikasi 17
B. Konsep Dasar Keperawatan 19
Pengkajian 19

2. Diagnosa Keperawatan 22
3. Intervensi Keperawatan 23
4. Discharge Planning 26
C. Patoflowdiagram 27
BAB III TINJAUAN KASUS 28
A. Pengkajian 29
B. Analisa Data 47
C. Diagnosa Keperawatan.....50
D. Rencana Keperawatan 51
E. Implementasi Keperawatan 58
F. Evaluasi Keperawatan 90
G. Daftar Obat 96
BAB IV PEMBAHASAN KASUS 100
A. Pengkajian 100
B. Diagnosa Keperawatan 102
C. Intervensi Keperawatan 104
D. Implementasi Keperawatan 105
E. Evaluasi Keperawatan 105
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN 107
A. Kesimpulan 107
B. Saran 108
DAFTAR PUSTAKA 110
LEMBARAN KONSUL 112

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas…….7
Gambar 2.2 Patoflowdiagram…….27
Gambar 3.1 Genogram……...31

DAFTAR TABEL

Tabel Saraf Kranial……43
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium……...44
Tabel 3.2 Analisa Data……..47
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan……...50
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan……51
Tabel 4.5 Pelaksanaan Keperawatan……58
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan……90

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Diabetes Melitus atau kencing manis adalah suatu keadaan dimana tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan glikogen dengan semestinya karena terjadi hiperglikemia yang disertai dengan berbagai kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak serta dapat menimbulkan berbagai komplikasi (Nur Aini, 2016). Dari pengertian tersebut, berikut adalah beberapa sumber data mengenai peningkatan jumlah penderita Diabetes Melitus tipe 2.

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO 2017), jumlah penderita Diebetes Melitus pada tahun 2014 sebanyak 422 juta jiwa dan pada tahun 2015 sekitar 1,6 juta kematian disebabkan diabetes. WHO memprediksikan Diabetes Melitus akan menjadi penyebab kematian ke 7 di tahun 2030.

International of Diebetic Federation (IDF, 2017) menyatakan bahwa tahun 2015, sekitar 415 juta orang diseluruh dunia diperkirakan menderita Diabetes Melitus. sedangkan pada tahun 2017, penderita Diabetes meningkat menjadi 425 juta diseluruh dunia. Jumlah terbesar dengan orang Diabetes Melitus yaitu berada diwilayah Pasifik Barat 159 juta dan Asia Tenggara 82 juta. China menjadi negara dengan penderita Diabetes Melitus terbanyak didunia dengan 114 juta penderita, kemudian diikuti oleh India 72,9 juta, lalu Amerika Serikat 30,1 juta, kemudian Brazil 12,5 juta dan Mexico 12 juta penderita. Indonesia menduduki peringkat keenam untuk penderita DM dengan jumlah 10,3 juta penderita dengan estimasi pada usia 20- 79.

Sejalan dengan hal tersebut, Riskesdas memperlihatkan peningkatan angka prevalensi Diabetes Melitus yang cukup signifikan, yaitu 6,9% ditahun 2013 menjadi 8,5% ditahun 2018; sehingga estimasi jumlah penderita di Indonesia mencapai labih dari16 juta orang yang

kemudian beresiko terkena penyakit lain seperti serangan jantung, stroke, kebutaan dan gagal ginjal bahkan dapat menyebabkan kelumpuhan dan kematian. (Riskesdas, 2018).

Prevalensi Diabetes Melitus di Sulawesi Selatan enam tahun terakhir mengalami peningkatan menurut hasil riset kesehatan dasar tahun 2007 sebanyak 0,8% (Riskesdas, 2007). Tahun 2013 prevalensi Diabetes Melitus di Sulawesi Selatan untuk umur ≥15 tahun sebanyak 3,4% dan menempati urutan ketiga dari seluruh provinsi di Indonesia (Riskesdas 2013).

Prevalensi Diabetes Melitus di kota Makassar selama tiga tahun terakhir mengalami peningkatan. Pasien Diabetes Melitus pada tahun 2012 sebanyak 14.067 kasus, meningkat menjadi 14.604 kasus pada tahun 2013 dan tahun 2014 meningkat sebesar 21.452 kasus (Dinkes kota Makassar 2014).

Berdasarkan data yang diperoleh dari *Medical Record* (MRO) rumah sakit Stella Maris Makassar mengalami perubahan dari tahun ke tahun . Didapatkan total pasien yang dirawat dengan Diabetes Melitus II tipe pada tahun 2016 sebanyak 455 jiwa mengalami peningkatan pada tahun 2017 sebanyak 480 jiwa . Pada tahun 2018 mengalami penurunan penderita Diabetes Melitus tipe II dengan jumlah 473 jiwa. Dengan tingginya angka kejadian Diabetes Melitus tipe 2 memberikan konsekuensi perhatian dalam keperawatan.

Tingginya angka kejadian Diabetes Melitus tipe 2, sehingga penderita Daibetes Melitus perlu mendapatkan pengobatan dan asuhan keperawatan yang tepat. Diabetes Melitus dapat menimbulkan komplikasi kronis, dan menjadi penyebab utama kesakitan dan kematian pada pasien. Pada penderita Diabetes Melitus, tubuh mengubah simpanan lemak untuk produksi energi ketika glukosa tidak tersedia. Ketika lemak menjadi seumber energi, lemak tubuh meningkat menjadi 5 kali dari normal, sehingga dapat menyebabkan aterosklerosis (Black dan Hawk, 2014). Kondisi tersebut dapat menimbulkan

komplikasi makrovaskuler seperti penyakit jantung koroner, penyakit hipertensi, stroke, penyakit pembuluh darah perifer dan infeksi serta komplikasi mikrovaskuler (retinopati, nepropati dan neuropati). Sehingga sangat diperlukan peran perawat seperti memberikan edukasi dan informasi mengenai penyakit Diabetes Melitus dan komplikasinya kepada pasien. Jadi, peran tersebut yang telah dilakukan oleh perawat maka sangat diharapakn tindakan mandiri pasien seperti kepatuhan pada diet dan kontrol gula darah secara rutin untuk mencegah kompikasi seperti yang telah diuraikan diatas.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul " Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar".

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 di ruang ICU-ICCU rumah sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

Penulis dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 yang meliputi :

a. Melaksanakan pengkajian dan analisa data pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2
b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2
c. Menetapakan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2
d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2

e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2

C. Manfaat penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat bermanfaat bagi rumah sakit Stella Maris dan menjadi masukan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan yaitu program kesehatan yang ada khususnya tentang Diabetes Melitus Tipe 2

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan Karya TulisIlmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi dan bacaan sehingga dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan, khususnya tentang asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan, pengobatan yang efektif, merubah pola hidup sehat untuk mencegah komplikasi atau penyakit kambuh kembali serta mendapatkakn informasi mengenai penyebab, gejala, dan proses penanganan baik latihan maupun diet yang perlu ditaati pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2

4. Manfaat Bagi Penulis

Menambah pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 serta melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

D. Metode Penulisan

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2 penulis menggunakan metode :

1. Studi kasus, terdiri dari :
   a. Observasi

      Melihat atau memonitor secara langsung keadaan pasien dan kegiatan keperawatan selama dalam perawatan
   b. Wawancara

      Melakukan wawancara dengan keluarga pasien dan Tim Kesehatan (perawat diruangan untuk memperoleh data yang diinginkan)
   . c. Pemeriksaan fisik secara lengkap (head to toe)
2. Studi kepustakaan

   Penulis menggunakan berbagai bacaan yang ada hubungannya dengan karya tulis ilmiah ini seperti : Buku-buku medis, makalah, catatan kuliah dan jurnal

E. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini tersusun atas 5 bab yang terdiri dari BAB I " Pendahuluan", bab ini menguraikan tentang Latar Belakang Penulisan, Tujuan Penulisan, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan dan Sistematika Penulisan. BAB II "Tinjauan Teoritis" bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan , yaitu konsep dasar medis yang meliputi Pengertian, Anatomi Fisiologi, Etiologi, Patofisiologi, Manifestasi Klinik, Test Diagnostik, Penatalaksaan Medis dan Komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan Keperawatan, Discharge Planning, dan Patoflowdiagram. BAB III membahas "Pengamatan Kasus" menguraikan tentang Pengkajian, Analisa Data, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi serta Daftar Obat. BAB IV membahas "Pembahasan Kasus" bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus yang nyata yang ditemukan di lapangan. BAB V "Kesimpulan dan Saran" terdiri dari Kesimpulan dan Saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar medis

1. Definisi

Diabetes Melitus ialah gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah akibat kerusakan pada sekresi insulin dan kerja insulin (Brunner dan Suddarth,2015).

Diabetes Melitus adalah tidak seimbangnya kadar glukosa dalam darah karena terjadinya gangguan hormon insulin dimana tubuh tidak mampu mengahsilkan insulin yang cukup untuk kebutuhannya (Pranta dan Khasna,2017).

Diabetes Melitus atau kencing manis adalah suatu keadaan dimana tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan glikogen dengan semestinya karena terjadi hiperglikemia yang disertai dengan berbagai kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak serta dapat menimbulkan berbagai komplikasi (Nur Aini, 2016)

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Diabetes Melitus adalah suatu penyakit yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa dalam darah melebihi normal karena ketidakmampuan pankreas untuk memproduksi insulin.

2.Klasifikasi

Parkeni (2006) mengklasifikasikan Diabetes Melitus menjadi tiga yaitu :

a. Diabetes mellitus tipe 2

Diabetes Melitus tipe 2 atau *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus* (NIDDM) yaitu Dabetes Melitus yang tidak tergantung pada insulin. Diabetes Mellitus ini terjadi akibat penurunan sensitivitas (resistensi Insulin) atau akibat penurunan jumlah insulin. Diabetes Melitus ini banyak ditemukan pada individu

berusia >30 tahun dan pada obesitas. Diabetes Melitus tipe 2 merupakan kondisi saat gula darah dalam tubuh tidak terkontrol akibat gangguan sensitivitas sel β pancreas untuk menghasilkan hormon insulin yang berperan sebagai pengontrol kadar glukosa darah dalam tubuh.

b. Diabetes Melitus sekunder

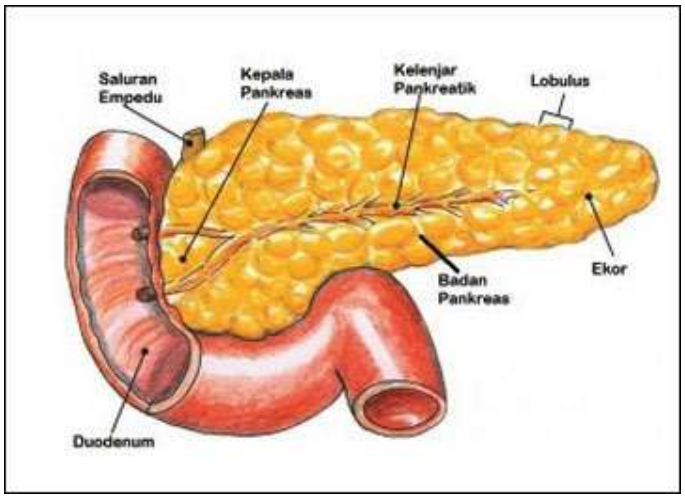
Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan penyakit tertentu atau sindrom lainnya misalnya penyakit pancreas, penyakit hormonal, sirosis hapetik, zat kimia dan obat-obatan.

c. Diabetes Melitus gestasional (DMG)

Diabetes Melitus yang terjadi pada masa kehamilan disebabkan oleh peningkatan hormone yang disekresi oleh plasenta dan menghambat kerja insulin. Biasanya insulin akan kembali normal setelah melahirkan.

3. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi pankreas

Sumber : (Http://2.bp.blogspot.com)

Pankreas adalah sebuah kelenjar yang terletak dibelakang lambung atau *retroperioneal* rongga abdomen atas dan terbentang horizontal mulai dari cincin duodenum sampai ke limpa. Panjangnya

kira-kira 12-25 cm dan beratnya 60-90 gram. Didalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada beta, karena disebut pulau-pulau *langerhans* berisi sel beta yang mengeluarkan hormone insulin yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah. Tiap pancreas mengandung kurang lebih 100.000 pulau *langerhans* dan tiap pulau berisi 100 sel beta.

Bagian-bagian dari pancreas yaitu :

1. Kaput pancreas yang terletak disebelah kanan rongga abdomen dan didalam lekukan abdomen.
2. Korpus pancreas adalah bagian utama pancreas yang terletak dibelakang lambung dan didepan vertebra lumbalis pertama.
3. Ekor pancreas, bagian runcing sebelah kiri menyentuh limpa. (Ernawati, 2013).

b. Fisiologi

Pankreas berfungsi sebagai organ yang menghasilkan dua kelenjar yaitu kelenjar eksokrin yang berkaitan dengan sintetis dan pengeluaran enzim-enzim pencernaan dan larutan natrium bikarbonat , sedangkan kelenjar endokrin pancreas memproduksi dan melepaskan hormon insulin, glukagon (Sheerwood, .2012)

1. Fungsi Eksokrin

Fungsi eksokrin yang membentuk getah pankreas berisi enzim dan elektrolit dialirkan ke duodenum yang berfungsi untuk proses pencernaan melalui duktus pankreatitis.

Ada tiga jenis enzim penkreas yaitu :

a. Amilase : Mengubah karbohidrat menjadi glukosa
b. Lipase : Mengubah lemak menjadi asam lemak
c. Tripsin : Mengubah protein menjadi asam amino

2. Fungsi endokrin

Fungsi endokrin yang membentuk pulau-pulau langerhans yang terdiri dari tiga jenis sel yaitu :

a. Sel Alfa menghasikan hormon glukagon

Glukagon berfungsi meningatkan kadar glukosa dalam darah.

b. Sel Beta menghasilkan insulin

Insulin berfungsi untuk menurunkan kadar glukosa dalam darah dengan cara memasukkannya kedalam sel sebagai sumber energi.

c. Sel Delta mengasilkan somastostatin

somastostatin berfungsi untuk mengatur aktivitas sel sebagai alfa dan beta pancreas. Organ sasaran hormon glukagon dan insulin adalah hati, otot dan jaringan lemak. Gluckagon dan insulin memegang peranan penting dalam metabolisme kabohidrat, protein, lemak bahkan keseimbangan kadar gula darah. Fungsi kedua hormon ini sangat bertolak belakang, secara umum insulin merupakan kadar glukosa darah sebaliknya untuk glucagon meningkatkan kadar glukosa darah. Perangsanng glukagon bila kadar gula darah rendah dan asam amino darah meningkat. Dalam menurunkan kadar gula darah, insulin berfungsi sebagai hormon anabolik terutama untuk meningkatkan difusi glukosa membran sel di jaringan. Efek anabolik penting lainnya dari hormon insulin sebagai berikut :

1. Efek pada hepar
   a. Menurunkan ketogenesis dan pengeluaran glukosa
   b. Meningkatkan sintesis protein, lemak dan glukosa
2. Efek pada otot

   Meningkatkan masuknya glukosa dan sintesis glikogen
   a. Meningkatkan ambilan asam amino dan keton
   b. Menurunkan katabolisme protein dan asam amino
3. Efek pada jaringan adipose
   a. Meningkatkanya penyimpanan trigliserida
   b. Menghambat lipase peka hormon
   c. Mengaktifkan lipoprotein lipase

4. Etiologi

Etiologi dari diabetes mellitus tipe 2 atau *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus* (NIDDM) adalah :

1. Obesitas

   Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh. Insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dala meingkatkan efek metabolik. Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertofi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertrofi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

2. Usia

   Umunya menusia mengalami penuruna fisiologi yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang akan berisiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

3. Riwayat keluarga

   Diabetes Melitus cenderung diturunkan atau diwarisakan, bukan ditularkan. Anggota keluarga penderita diabetes mellitus memiliki kemungkinan lebih besar terserang penyakit ini dibandingkan dengan angota keluarga yang tidak menderita Diabetes Melitus. Para ahli kesehatan juga menyebutkan bahwa Diabetes Melitus merupakan penyakit yang terpaut kromosom seks atau kelamin. Biasanya kaum laki-laki menjadi penderita sesunguhnya, sedangkan kaum perempuan sebagai pihak yang membawa gen untuk diwariskan kepada anak- anaknya. (Wijaya dan Putri, 2013).

5. Patofisiologi

Pada Diabetes Melitus tipe II terdapat dua masalah utama yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Meskipun kadar insulin tinggi dalam darah tetap saja glukosa tidak dapat masuk kedalam sel

sehingga sel akan kekurangan glukosa. Mekanisme inilah yang dikatakan sebagai resistensi insulin. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah yang berlebihan maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbanginya makan kadar glukosa akan meningkat dan terjadilah Diabetes Melitus tiepa 2. Diabetes Melitus sering terjadi pada penderita yang berusia lebih dari 40 tahun dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif, makan diabetes mellitus tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Gejalanya sering bersifat ringan dan mencakup *poliuria*, *polidipsi*, *polifagi*, luka pada kulit yang lama sembuh, infeksi vagina dan pandangan yang kabur jika kadar glukosa tinggi. Sebagian besar patologi Diabetes Melitus dapat dihubungkan dengan efek utama kekurangan insulin yaitu :

1. Pengurangan pengunaan glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan peningkatan konsentrasi glukosa darah sampai setinggi 300 sampai 1200 mg per 100 ml.
2. Peningkatan mobilisasi lemak dan daerah penyimpanan lemak sehingga menyebabkan kelainan metabolisme lemak maupun pengendapan lipid pada dinding vaskuler.
3. Pengurangan protein dalam jaringan tubuh (Brunner dan Suddarth, 2013).

6. Manifestasi klinis

a. Gejala dan tanda awal penderita Diabetes Melitus tipe 2 antara lain :

1) *Poliuria (* banyak kencing)

Hal ini berkaitan dengan kadar glukosa darah yang tinggi diatas 160-180mg/dl maka glukosa akan sampai keurin tetapi jika tambah tinggi lagi, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang. Gula bersifat

menarik air sehingga penderita akan mengalami poliuria atau banyak kencing.

2) *Polidipsia* (banyak minum)

Diawali dari banyaknya urine yang keluar maka tubuh mengadakan mekanisme lain untuk menyeimbangkan yakni dengan banyak minum sehingga semakin banyak air yang dikeluarkan tubuh melalui urine.

3) *Polifagia* (banyak makan)

Polifagia terjadi karena insulin yang bermasalah,pemasukan gula ke dalam sel-sel tubuh kurang akhirnya energy yang dibentuk pun kurang. Kadar glukosa yang tidak dapat masuk kedalam sel menyebabkan rangsangan ke otak untuk mengirim pesan rasa lapar mengakibatkan penderita sering makan yang menyebabkan kadar glukosa semakin tinggi, tetapi tidak dapat dimanfaatkan seluruhnya oleh tubuh untuk masuk kedalam sel.

4) Adanya penurunan berat badan

Ini terjadi dalam jangka relatif singkat disamping sering merasa lemas dan lelah. Hal ini disebabkan karena glukosa darah tidak dapat masuk kedalam sel, sehingga sel menjadi kekurangan darah. Kondisi demikian menyebabkan sel kekurangan bahan bakar sehingga sumber tenaga akan diambil dari cadangan lemak dan otot. Dengan demikian tubuh akan kehilangan energi cadangan termasuk lemak dan otot yang mengakibatkan badan semakin kurus dan berat badan semakin menurun.

b. Gejala kronis

1) Gangguan penglihatan

Penderita diabetes awalnya sering mengeluh berupa penglihatan yang menjadi kabur sehingga sering mengganti kacamata untuk dapat melihat dengan baik.

2) Gangguan saraf tepi/kesemutan

Pasien sering merasakan rasa sakit dan kesemutan terutama pada kaki diwaktu malam .

c. Gatal-gatal/bisul

Adanya rasa gatal pada kemaluan atau daerah lipatan kulit seperti ketiak dan dibawah payudara atau paha. Terkadang juga sering timbul bisul atau luka akibat hal sepele seperti lecet pada kaki dan meskipun kecil tetapi luka tersebut lama sembuh.

d. Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum

e. Sering mengalami keram

f. Rasa tebal dikulit sehingga kalau berjalan seperti diatas bantal atau kasur.

7. Pemeriksaan diagnostik

a. Pemeriksaan gula darah sewaktu yang terdiri dari :

1) Glukosa darah sewaktu

2) Kadar gula darah puasa

3) Test toleransi glukosa

Kriteria diagnostik WHO untuk Diabetes Melitus sedikitnya 2 kali pemeriksaan :

1) Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dL (11,1 mmol/L)

2) Glukosa plasma puasa > 140 mg/dL (7,8 mmol/L)

3) Glukosa plasma yang diambil dari sampel 2 jam kemudian sesudah mengonsumsi 75 gr kabohidrat (2 jam post pradial (pp) > 200 mg/dL). Pada pemeriksaan gula darah post pradial darah diambil setelah makan pagi atau makan siang. Pemeriksaan gula darah umunya menggunakan metode pengambilan darah tepi dan darah vena. Namun cara yang paling sering digunakan di rumah sakit yaitu pengambilan darah tepi.

b. Test Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

Test Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dilakukan hanya pada pasien yang telah bebas dari *hiperglikemia*, diet dan beraktivitas fisik 3 hari sebelum test.

c. Hemoglobin glikosolat (HbA1C)

Bertujuan untuk mengukur presentase glukosa yang melekat pada Hb dan untuk menentukan bagaimana mengontrol gula darah selama lebih dari 3 bulan belakangan.

d. Elektrolit

1) Natrium : Kemungkinan normal, meningkat atau menurun
2) Kalium : Normal atau meningkat semu (perpindahan seluler)selanjutnya akan menurun
3) Gas darah arteri biasanya menunjukkan pH rendah dan penurunan pada HCO^3 (Asidosis metabolic) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.

e. Urinalisis

Pemerikasaan urin dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya kadar gula darah dalam urin. (Brunner & Suddarth,2014).

8. Penatalaksanaan medik

Tujuan utama Diabetes Melitus mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi komplikasi vaskuler serta neuropati. Tujuan terapeutik pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal. Ada lima komponen dalam penatalaksaan Diabetes Melitus :

a. Non farmakologi

1) Manajemen diet

Tujuan umum penatalaksanaan diet pasien Diabetes Melitus antara lain mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dan lemak mendekati normal, mencapai dan mempertahankan berat badan dalam batas-batas normal, mencegah komplikasi

akut dan kronis serta meningkatkan kualitas hidup. Bagi pasien obesitas penurunan berat badan merupakan kunci dalam penanganan penyakit Diabetes Melitus. Standar makanan yang dianjurkan untuk penderita diabetes adalah makan dengan komposisi :

1. Karbohidrat : 60-70%
2. Protein : 10-15%
3. Lemak : 20-25%

Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, ada tidaknya stress akut dan kegiatan jasmani.

Jumlah kalori basal /hari :

a. Laki-laki : 30 kall/BB
b. Perempuan : 25 kall/BB

2. Latihan fisik

Dianjurkan latihan fisik secara teratur 3-4 kali seminggu selama kurang lebih 30 menit. Latihan dilakukan terus menerus tanpa berhenti, otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur. Latihan dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki kadar glukosa dalam darah. Latihan fisik yang dimaksud adalah jalan santai, bersepeda dan jogging. Latihan fisik disesuaikan dengan umur dan status kesegaran fisik. Batasi atau jangan terlalu lama kegiatan yang kurang gerak seperti menonton televisi.

3. Pemantauan kadar gula darah

Pemantauan kadar gula darah secara mendiri memungkinkan untuk mendeteksi dan mencegah *hiperglikemia* dan *hipoglikemia* yang pada akhirnya akan mengurangi komplikasi diabetic jangka panjang. Pemerikasaan ini sangat dianjurkan bagi pasien dengan penyakit Diabetes Melitus tidak stabil, kecenderungann untuk mengalami ketosis berat, *hiperglikemi* dan *hipoglikemi* tanpa gejala ringan. Beberapa hal yang harus dimonitor secara berkala

adalah glukosa darah, glukosa urine, keton darah serta keton urine.

b. Terapi farmakologi

1) Obat-obatan *hiperglikemia* oral (OHO)

Berdasarkan cara kerjanya obat *hiperglikemia* oral dibagi menjadi 3 golongan yaitu :

a) Golongan sulfonniluria

Golongan obat ini bekerja merangsang sel beta pancreas untuk menghasilkan insulin. Jadi, sel beta utuh menghalangi pengikat insulin, mempertinggi kepekaan jaringan terhadap insulin dan menekankan pengeluaran glucagon.

b) Golongan biguanid

Cara kerja golongan ini tidak merangsang sekresi insulin. Golongan biguanid dapat menurunkan kadar gula darah menjadi normal dan tidak menyebabkan hipoglikemi.

2. Insulin

Dari sekiab banyak insulin untuk praktisnya hanya 3 jenis insulin yang penting menurut cara kerjanya yaitu :

a. Yang kerjanya cepat : RI (Reguler Insulin) dengan masa kerjanya 2-4 jam misalnya actrapid.

b. Yang kerjanya sedang NPH (Neutral Protamin Hagedom) dengan kerjanya 6-12 jam. Biasanya diberikan sesudah makan.

c. Yang kerjanya lambat PZI (Protamin Zinc Insulin) digunakan terutama untuk mengendalikan kadar glukosa darah puasa, masa kerjanya 18-20 unit diberikan sebelum makan pagi. Untuk pasien yang pertama kali akan mendapat insulin sebaiknya dimulai dengan selalu dimulai dengan dosis rendah (8-20 unit) disesuaikan dengan reduksi urine dan glukosa darah.

3. Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan pada pasien Diabetes Melitus diperlukan karena penatalaksanaan Diabetes Melitus memerlukan perilaku penanganan yang khusus seumur hidup. Pasien tidak hanya belajar keterampilan untuk merawat diri sendiri guna menghindari fluktuasi kadar glukosa darah yang mendadak tetapi juga harus memiliki perilaku preventif dalam gaya hidup untuk menhindari komplikasi diabetic jangka panjang.

9. Komplikasi

a. Komplikasi akut

1. *Hipoglikemia*

Hipoglikemia adalah suatu keadaan seseorang dengan kadar glukosa darah dibawah nilai normal. Ada 4 macam keadaan *hipoglikemia* yaitu :

a) Hipoglikemia murni jika kadar gula darah <50 mg/dL

b) Reaksi hipoglikemia akibat menurunnya kadar glukosa darah secara mendadak.

c) Koma hipoglikemia akibat kadar glukosa darah yang sangat rendah

d) Hipoglikemia relativ jika gejala hipoglikemia terjadi 3-5 jam setelah makan

2. Ketoasidosis diabetik-koma diabetik

Komplikasi ini dapat diartikan sebagai suatu keadaan tubuh yang sangat kekurangan insulin dan sifatnya mendadak. Glukosa darah yang tinggi tidak dapat memenuhi energi tubuh akibatnya metabolisme tubuh pun berubah. Kebutuhan energi terpenuhi setelah sel lemak pecah dan membentuk senyawa keton. Keton akan terbawa dalam urine dan dapat dicium baunya saat bernapas. Akibat akhir adalah darah menjadi asam, jaringan tubuh rusak, tidak sadarkan diri dan mengalami koma.

3. Koma Hiperrosmoler Non Ketolik (KHNK)

Gejala dari KHNK adalah dehidrasi yang berat, hipotensi dan menimbulkan shock. Komplikasi ini diartikan sebagai keadaan tubuh tanpa penimbunan lemak sehingga penderita tidak menunjukkan pernapasan yang cepat dan dalam (kusmaul). Pemeriksaan dilaboratorium menunjukkan bahwa kadar glukosa penderita sangat tinggi, pH darah normal, kadar natrium (Na) sangat tinggi dan tidak ada ketonemia.

4. Koma lakto asidosis

Komplikasi ini diartikan sebagai suatu keadaan tubuh dengan asam laknat didalam darah meningkat (hiperlaktanemia) dan akhirnya menimbulkan koma. Keadaan ini dapat terjadi karena infeksi, gangguan faal hepar, ginjal, Diabetes Melitus yang mendapat pengobatan dengan phenforim.

b. Komplikasi kronis

1. Komplikasi spesifik

Adalah komplikasi akibat kelainan pembuluh darah kecil atau makrongiopati diabetik dan kelainan metabolisme dalam jaringan. Jenis-jenis komplikasi spesifik sebegai berikut :

a) *Retinopati diabetic*

Gejalanya penglihatan mendadak buram seperti berkabut. Akibatnya harus sering mengganti kaca mata.

b) *Nefrotik diabetic*

gejalanya ada protein dalam kencing, terjadi pembengkakan, hipertensi dan kegagalan fungsi ginjal yang menahun.

c) *Neuripati diabetic*

Gejalanya perasaan terhadap getaran berkurang, rasa seperti terbakar dibagian ujung ujung tubuh, rasa nyeri, rasa kesemutan, serta rasa terhadap dingin dan panas berkurang. Selain itu, otot lengan atas menjadi lemah, peglihatan kembar, impotensi

sementara, mengeluarkan banyak keringat dan rasa berdebar waktu istirahat.

d) *Diabetik foot* dan kelainan kulit, seperti tidak berfungsinya kulit (*dermatopi diabetic*), adanya gelembung berisi cairan dibagian bawah kulit (*bullae diabetic*) dan kulit mudah terinfeksi.

2. Komplikasi tak spesifik

Penyakit yang termasuk komplikasi tak spesifik dalam Diabetes Melitus adalah sebagai berikut :

a) Kelainan pembuluh darah besar atau *makrongiopati daibetik.* Kelainan ini berupa timbunan zat lemak didalam dan dibawah pembuluh darah (aterosklerosis).

b) Kekeruhan pada lensa mata (kataraktalentis) (Seroja, 2013).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Untuk memperoleh data pengkajian digunakan pengkajian pola Gordon

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Data subjektif :

Persepsi pasien tentang mempertahankan kesehatannya, kebiasaan yang dapat mempengaruhi kesehatannya, keluhan utama, riwayat keluhan utama, penyakit yang pernah dialami, faktor risiko dan faktor genetik.

Data objektif :

Kebersihan mulut, kulit kepala, kebersihan kulit, hygiene rongga mulut, kebersihan genitalia dan anus.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Data subjektif :

Jenis, frekuensi dan jumlah makanan yang masuk setipa hari, jenis dan jumlah minuman, nafsu makan berlebih atau berkurang, makanan tambahan (suplemen), jenis makanan yang disukai, kesulitan pada waktu makan, mual, muntah dan kembung,

ketaatan terhadap diet, rasa haus dan lapar adalah penurunan berat badan.

Data objektif :

Jumlah intake dan output, pemeriksaan fisik seperti keadaan rambut, hidrasi kulit, pelpebra/konjungtiva, sclera, hidung, rongga mulut, gusi, kemampuan mengunyah, lidah, pharing, kelenjar getah bening, kelenjar pharotis, abdomen (inspeksi, auskultasi, ikterik dan lesi).

c. Pola eliminasi

Data subjektif :

Perubahan pola berkemih (poliuria, oliguri,anuria, disuria, nokturia), rasa nyeri/terbakar saat berkemih, kesulitan berkemih, infeksi vagina, inkontinensia, pola BAB, frekuensi, karakteristik dan warna.

Data objektif :

Bentuk feses, konsistensi, warna, jumlah urine, bau dan endapan, berbusa, encer, warna urine. Adakah pengunaan kateter, palpasi kandung kemih, nyeri ketuk ginjal, mulut uretra, anus (peradangan, hemoroid, dan fistula). Pemerikasaan diagnostik dan terapi yang berhubungan dengan pola eliminasi.

d. Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif :

kebiasaan sehari-hari, kegiatan olahraga, aktivitas diwaktu senggang, keluhan pada pernapasan, keluhan pada jantung seperti berdebar-debar, nyeri dada, rasa lemah pada badan, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

Data objektif :

Postur tubuh, gaya jalan, aktivitas harian, anggota gerka yang cacat, takikardi dan takipnea pada keadaan istirahat atau beraktivitas, lateragi/disorientasi, koma, penurunan kekuatan otot

e. Pola istirahat dan tidur

Data subjektif :

Jumalah jam tidur (siang dan malam), kbiasaan sebelum tidur, suasana gelap (gelap dan terang), perasaan saat bangun tidur, gangguan tidur seperti mimpi buruk, sering berkemih, gatal-gatal, nyeri dan sesak napas.

Data objektif :

Ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, palpebra/inferior berwarna gelap, latergi, terapi yan berkaita dengan pola tidur dan istirahat.

f. Pola persepsi kognitif

Data subjektif :

Gangguan penglihatan, rasa tidak nyaman seperti nyeri, kesemutan, gangguan terdahap daya pengenalan lingkungan, orang dan waktu (orientasi), perubahan dalam konsentarsi/daya ingat.

Data objektif :

Pengunaan alat bantu, kemampuan berbicara, orientasi/diaorientasi (waktu, tempat dan orang), respon non verbal, pemerikasaan fisik meliputi penglihatan, pendengaran, penurunan rasa pada lengan dan tungkai.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif :

Konsep diri (identitas diri, ideal diri, harga diri, citra dan peran diri), kemampuan dalam pengambilan keputusan, pandangan pasien terhadapn dirinya, masalah financial yang berhubungan dengan kondisi.

Data objektif :

Retang perhatian, kontak mata, postur tubuh, pemeriksaan fisik meliputi kelainan bawaan yang nyata, abdomen, kulit, dan punggung protesa.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subjektif :

Peran dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan. Hubungan keluarga, masyarakat dan lingkungan (konflik/perpisahan) adalah perasaan keterpisahan atau terisolir.

Data objektif :

Hubugan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau oranng lain (kooperatif).

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Data subjektif :

Hubungan penyakit dengan masalha seksualitas, gangguan fungsional/seksualitas (impoten, kesulitan orgasme).

Data objektif :

Terapi yang berhubungan dengan pola reproduksi seksualitas.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Data subjektif :

Mekanisme koping yang digunakan, ungkapan pasien terhadap dirinya, penyesuaian diri tehadap stress.

Data objektif :

Ansietas dan peka rangsangan

k. Pola system nilai kepercayaan

Data subjektif:

Ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan.

Data objektif :

Alat untuk berdoa, tampak melakukan kegiatan beribadah.

2. Diagnosa keperawatan (NANDA 2015-2017)

a. Keletihan b/d status penyakit (diabetes mellitus)
b. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan factor risiko kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes mellitus
c. Resiko tinggi infeksi (sepsis)

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupan insulin atau penurunan masukan oral
e. Ketidakefektifan pola nafas b/d posisi tubuh yang menghambat eskpansi paru\
f. Hipertermi b/d penyakit

3. Perencanaan keperawatan

Penyusunan rencana keperawatan didasarkan pada diagnose keperawatan sebagai berikut :

a. Keletihan b/d status penyakit (Diabetes Melitus)

Hasil yang diharapkan : keletihan dapat teratasi

Intervensi :

1) Tekankan pentingnya mempertahankan periksa gula darah setiap hari

R/ membantu menciptakan gambaran nyata dari produksi energi metabolik dan unusr glukosa

2) Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum/sesudah melakukan aktivitas

R/ mengindikasikan tingkat pemenuhan energi dan tingkat aktivitas

3) Pantau aktivitas pasien dan jumlah bahan energi yang masuk

R/ aktivitas yang tidak sesuai dengan jumlah energi dapat meningkatkan kelelahan

b. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor kurang pengetahuan tentang manajemen Diabetes Melitus

Hasil yang diharapkan : pasien dapat mengenal kondisi dan penanganan mengenai penyakitnya

Intervensi :

1) Melakukan pemerikasaan gula darah

R/ Mengetahui penurunan atau peningkatan kadar gula darah akibat penggantian infus

2) Tekankan pentingnya pemerikasaan gula darah setiap hari
R/ membantu menciptakan gambaran nyata tentang kondisi pasien untuk melakukan control penyakitnya.

3) Anjurkan klien dan keluarga untuk memperhatikan diet makannya.
R/ diet dan pola makan dapat membantu proses penyembuhan

c. Risiko tinggi infeksi

Hasil yang diharapakn : infeksi tidak terjadi, glukosa dapat terkontrol

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital
R/ adanya proses infeksi akan berpengaruh terhadap peningkatan suhu tubuh dan nadi

2) Kaji tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan dan adanya pus pada luka
R/ adanya tanda infeksi dan peradangan terdeteksi lebih dini dapat menghindari proses penyebaran infeksi luka.

3) Berikan perawatan kulit dengna teratur, sungguh-sungguh, masase sekitar tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, linen tetap kering dan kencang.
R/ menghindari kerusakan kulit yaitu iritasi dan infeksi pada sirkulasi perifer.

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupan insulin atau penurunan masukan oral.

Hasil yang diharapkan : kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi kembali

Intervensi :

1) Timbang berta badan setiap hari sesuai indikasi
R/ mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

2) Tentukan program diet dan pola makan pasien sesuai dengan kadar gula yang dimiliki
R/ menyesuaikan antara kebutuhan kalori dan kemampuan sel untuk mengambil glukosa.

3) Berikan pengobatan insulin secara teratur dengan teknik intravena secara teratur

R/ insulin regular memilki awitan cepat dan kerananya dengan cepat pula dapat membantu memindahkan kedalam sel. Pemberian melalui intravena meruapak rute pilihan utama karena absorbsi dari jaringan subkutan mungkin tidak terlalu menentu/sangat lambat.

e. ketidakefektifan pola napas b/d posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru

Hasil yang diharapkan : Pola napas teratasi

Intervensi :

1) Monitor kecepatan irama, kedalaman dan kesulitan bernapas

R/ untuk mengetahui pernapasan yang dangkal

2) Monitor keluhan sesak napas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak napas tersebut

3) Posisikan pasien untuk mengurangi dypsnea (misalnya posisi semi fowler)

R/ meningkatkan ventilasi secara maksimal

4) Instruksikan pasien bagaimana menggunakan postur tubuh dan mekanika tubuh yang baik ketika beraktivitas

R/ Posisi membantu meminimalkan ekpansi paru dan menurunkan upaya pernapasan

f. Hipertermi b/d penyakit

Hasil yang diharapkan : Hipertermi dapat teratasi

Intervensi :

1) Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam sesuai kebutuhan

R/ untuk mengetahui suhu tubuh yang meningkat menunjukkan adanya infeksi

2) Berikan pengobatan antipietik sesuai kebutuhan

R/ untuk mengatasi hipertermia, menggigi dan kejang

3) Berikan kompres hangat

R/ kompres hangat dapat menyebabkan vasodilatasi sehingga terjadi penurunan panas secara evaporasi

4) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan tergantung pada fase demam (berikan selimut hanya pada fase dingin)

R/ untuk memungkinkan perubahan bertahap, penurunan suhu dan untuk meminimalkan menggigil

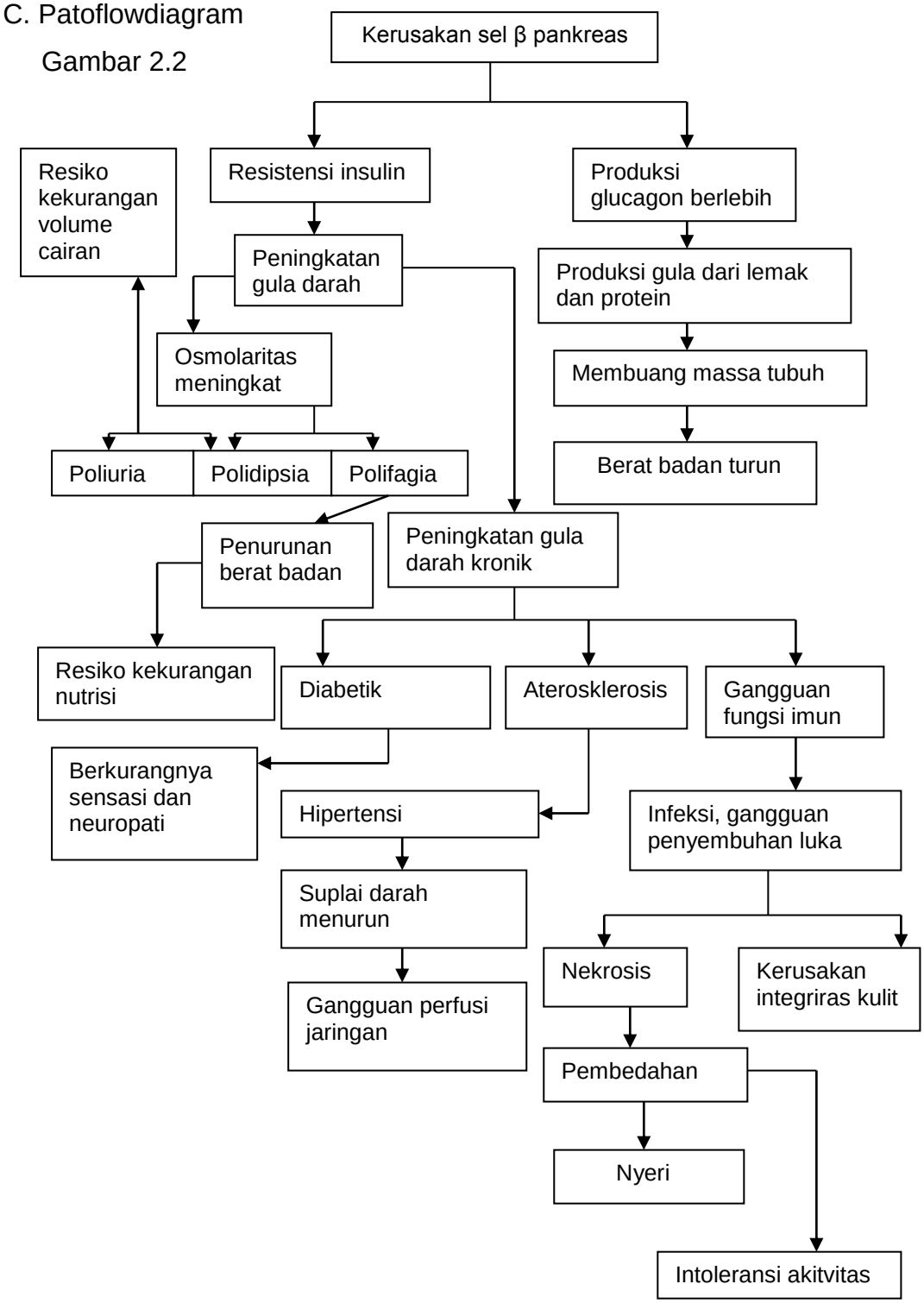
4. Discharge Planning

Hal yang perlu dirancang, disampaikan dan diajarkan pada pasien dan keluarga mengenai perawatan dan pengobatan lanjut dari pasien dirumah atau rawat jalan antara lain :

a. Ajurkan pasien untuk mengikuti pola makan sesuai diet dari dokter yaitu rendah karbohidrat, tinggi protein
b. Ajurkan pasien untuk mengonsumsi makanan rendah gula
c. Ajurkan pada keluarga untuk member motivasi kepada pasien dalam menjalani pengobatannya
d. Ajurkan pasien untuk mengontrol gula darah satu kali dalam seminggu
e. Anjurkan pasien kontrol gula darah kedokter dan gunakan insulin secara tepat sesai dosis yang ditentukan dan makan obat oral secara teratur. (Doenges, M. E, 2012)

C. Patoflowdiagram

Gambar 2.2



BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny “S” usia 59 tahun masuk Rumah Sakit pada tanggal 07 maret 2020 dengan keluhan utama badan terasa lemas. Keluarga pasien mengatakan pasien demam tiga hari yang lalu tepat pada tanggal 04 maret 2020, sakit kepala, mual muntah, pusing dan badan terasa lemas dan langsung masuk ICU karena hipoglikemi, hasil pemeriksaan menunjukkan GDS 38 mg/dL dan mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 7.

Pengkajian dilakukan pada saat pasien sudah di ruang ICU tanggal 08 maret 2020 di dapatkan diagnosa medik Diabetes Melitus tipe 2 dan hipoglikemi. Tampak pasien lemas, kesadaran menurun dengan GCS 7, tampak terpasang O_2 10 liter NRM, tampak terpasang infus NaCl 22 tetes/menit ditangan sebelah kanan , tampak pasien terpasang kateter, Hasil pemerikasaan menunjukkan GDS : 420 mg/dL, observasi TTV TD : 130/90 mmHg, N : 96 x/menit, P : 32x/menit, S : 37,5ºc.

Berdasarkan pengkajian diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu : Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor resiko aterosklerosis aortik, resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas.

A. PENGKAJIAN

Nama mahasiswa yang mengkaji : Anggun Cahyani

Unit	: ICU-ICCU	Autoanamnese	:
Kamar	: HCU	Alloanamnese	: ✓
Tanggal masuk RS	: 07 maret 2020		
Tanggal pengkajian	: 08 maret 2020		

1. Identitas
   a. Pasien

Nama initial	: Ny “S”
Umur	: 59 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 5
Agama/suku	: Islam/Bugis
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Alamat rumah	: Desa Bontomanai

   b. Penanggungjawab

Nama	: Tn “M”
Umur	: 29 Tahun
Alamat	: Desa Bontomanai
Hubungan dengan pasien	: Anak

2. Data Medik

Diagnosa Medik

Saat masuk	: Hipoglikemi
Saat pengkajian	: Diabetes Melitus tipe 2

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit berat

Alasan : Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur dengan posisi terlentang. Kesadaran pasien menurun dengan GCS 7. Tampak pasien menggunakan O_2 10 liter NRM. Tampak pasien terpasang kateter. Tampak terpasang infus NaCl 22 tetes/ menit ditangan sebelah kanan. Tampak pasien terpasang monitor EKG.

Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Somnolens

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a. Respon motorik : 4

b. Respon bicara : 1

c. Respon membuka mata : 2

Jumlah : 7

Kesimpulan :Tampak pasien koma

2) Tekanan darah : 130/90 mmHg

MAP : 103 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 37,5 °C

☐ Oral ☑ Axila ☐ Rectal

4) Pernapasan : 32 x/menit

5) Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipne ☑ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stoke

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

6) Nadi : 96 x/menit

Irama ☑ Teratur ☐ Bradikardia

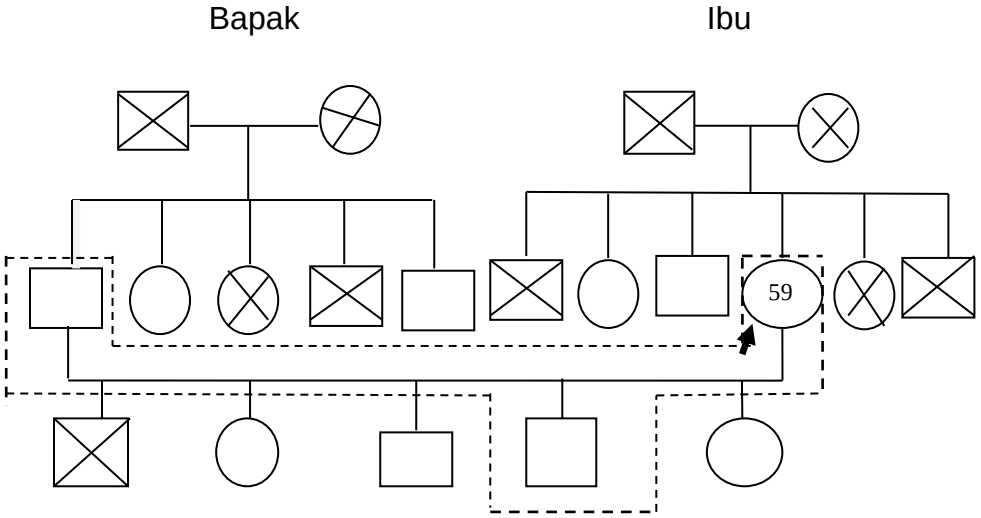
☐ Takikardia ☐ Kuat ☐ Lemah

b. Pengukuran

1) Lingkar lengan atas : 28 cm
2) Tinggi badan : 152 cm
3) Berat badan : 58 kg
4) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 25 kg/m^2

Kesimpulan : berat badan lebih

c. Genogram



Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

-------- : Tinggal serumah

: Pasien

Gambar 3.1

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memperhatikan kesehatannya. Keluarga pasien mengatakan pasien menderita penyakit gula 2 tahun yang lalu . Keluarga pasien mengatakan pasien tidak rutin mengontrol gula darahnya. Keluarga pasien mengatakan pasien mengontrol dietnya seperti mengonsumsi nasi merah dan menghindari makanan berlemak seperti coto dan makan yang terlalu manis. Keluarga pasien juga mengatakan jika ada keluarga yang sakit hanya membeli obat di apotik jika tidak ada perubahan baru membawa ke RS.

2) Riwayat penyakit saat ini

b) Keluhan utama

Lemas

a) Riwayat keluhan utama

Keluarga pasien mengatakan tiga hari yang lalu pada tanggal 04 maret 2020 pasien merasa demam, sakit kepala, badan terasa lemas dan merasa mual sehingga anak pasien berinisiatif membeli obat di apotik dekat rumah. Keluarga mengatakan saat tanggal 07 maret sore pasien merasa lemas kemudian tiba-tiba pingsan sehingga keluarga membawa pasien ke RS Stella Maris Makassar. Setelah mendapat perawatan di IGD, pasien di pindahkan ICU karena gula darah pasien sangat rendah. GDS 38 mg/dL dan mengalami penurunan kesadaran GCS 7. Saat pengkajian keluarga pasien mengatakan jika gula darah pasien naik turun. Tampak terpasang O_2 10 liter NRM, tampak terpasang infus NaCl 22 tetes/menit ditangan sebelah kanan, keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengonsumsi obat gula, GDS 420 mg/dL. Tampak pasien lemas, Tampak terpasang

kateter. Tanda-tanda vital : TD :130/90 mmHg, N : 96 x/menit, P : 32 x/menit, S : 37,5ºc

b) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit Diabetes Melitus sejak 2 tahun yang lalu

c) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada riwayat Diabetes Melitus.

d) Pemeriksaan fisik

(1) Kebersihan rambut : Tampak bersih
(2) Kulit kepala : Tampak bersih
(3) Kebersihan kulit : Tampak bersih
(4) Hygiene rongga mulut : Tampak kotor dan berbau
(5) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji
(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit nafsu makan baik, makan 3x sehari dengan menu nasi merah, sayur, ikan, tahu tempe, buah-buahan. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengonsumsi daging. Keluarga mengatakan pasien sering makan buah pepaya dan pisang serta minum ±7-8 (1400 cc) gelas/hari. Keluarga pasien mengatakan pasien sangat memperhatikan pola makannya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit, pasien makan melalui NGT karena kesadaran menurun.

3. Observasi

Tampak pasien terpasang NGT. 200cc susu dan air putih 50cc 2 kali sehari

4. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak rambut bersih dan beruban
b) Hidrasi kulit : Kembali dalam 3 detik
c) Palpebra/konjungtiva : Tampak tidak edema/tidak anemis
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak septum ada dibagian tengah dan tampak bersih
f) Rongga mulut : Tampak kotor dan berbau
g) Gusi : Tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak kotor
Gigi palsu : Tidak ada gigi palsu
i) Kemampuan mengunyah keras: Tidak mampu
j) Lidah : Tampak kotor
k) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
l) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
m) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran
n) Abdomen
Inspeksi : Tampak tidak asites
Auskultasi : Peristaltik usus 12x/menit
Palpasi : Tidak teraba ada benjolan
o) Kulit
Edema : [ ] Positif [√] Negatif
Icterik : [ ] Positif [√] Negatif
Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada peradangan
p) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan BAB lancar dengan frekuensi 2 kali sehari, konsistensi lunak dan berwarna kuning

kecoklatan, sedangkan BAK 4-6 kali dalam sehari namun pada malam hari akan lebih sering berkemih, berwarna kuning jernih. Keluarga pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat pencahar dan tidak ada masalah dalam BAB dan sering berkemih.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan dalam 2 hari sekali BAB, dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning pekat. Keluarga pasien mengatakan BAK menggunakan kateter.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang kateter dengan jumlah urine ±1000 cc berwarna kuning pekat dalam 6 jam

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 12 X/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ positif ☑ negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus

- Peradangan : Tidak dikaji
- Hemoroid : Tidak dikaji
- Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien jarang berolahraga dan hanya menghabiskan waktunya untuk mengurus rumah.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mampu beraktivitas dan hanya terbaring lemah diatas tempat tidur karena pasien tidak sadar. Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga.

3) Observasi

a) Aktivitas harian

Makan : 3

Mandi : 2

Pakaian : 2

Kerapihan : 2

BAK : 1

BAB : 3

Mobilisasi di tempat tidur :

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3 : Bantua alat dan orang
4 : Bantuan penuh

b) Postur tubuh : Tidak dikaji

c) Gaya jalan : Tidak dikaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

- Berbaring : 130/90 mmHg
- Duduk : Tidak dikaji
- Berdiri : Tidak dikaji

b) HR : 98 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5 - 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku : kembali < 3 detik

f) Thorax dan pernafasan

- Inspeksi:

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkosta : Tampak tidak ada

Sianosis : Tampak tidak ada sianosis

Stridor : Tampak tidak ada stridor

- Palpasi :
  Vocal premitus : Teraba sama kuat dikedua lapang paru
  Krepitasi : Tampak tidak ada krepitasi
- Perkusi : Sonor
  Lokasi : Batas paru hepar pada ICS IV
- Auskultasi :
  Suara nafas : Vesiculer
  Suara ucapan : Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
  Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

- Inspeksi
  Ictus cordis : Tidak tampak
- Palpasi
  Ictus cordis : Teraba di ICS V Midclavikularis Sinistra
- Perkusi
  Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra
  Batas bawah jantung : ICS V linea mid clavicularis sinistra
  Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra
  Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra
- Auskultasi
  Bunyi jantung II A : Terdengar tunggal, di ICS II linea sternalis dextra
  Bunyi jantung II P : Terdengar tunggal, di ICS II linea sternalis sinistra
  Bunyi jantung I T : Terdengar tunggal, di ICS IV linea sternalis sinistra
  Bunyi jantung I M : Terdengar tunggal, di ICS V

linea medio-clavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama Gallop : Tidak ada

Murmur : Tidak ada

Bruit : Aorta : Tidak ada

A. Renalis : Tidak ada

A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

i) Atrofi otot : Positif [ ] Negatif [√]

- Rentang gerak : Tidak dikaji

  Kaku sendi : Tidak dikajii

  Nyeri sendi : Tidak dikaji

  Fraktur : Tidak dikaji

  Parese : Tidak dikaji

  Paralisis : Tidak dikaji

- Uji kekuatan otot : Tampak tidak ada kelainan neurologis

	Kanan	kiri
Tangan	1	1
Kaki	1	1

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jauh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu

Bergerak

- Refleks fisiologis : Bisep (+), tricep (+)
  Patela (+), achiles (+)
- Refleks patologi :

Babinski : Kiri ☐ Positif ☑ Negatif
Kanan ☐ Positif ☑ Negatif

Clubbing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tampak tidak ada

j) Columna vetebralis

Inspeksi : ☑ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis

Palpasi : Tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidur malam ±8 jam dari pukul 22.00-05.00 dan pasien tidur siang ±1 jam dari pukul 16.00-17.00. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengonsumsi obat tidur.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya terbaring lemah di atas tempat tidur karena pasien mengalami penurunan kesadaran

3) Observasi

Pasien tampak terbaring ditempat tidur.

Ekspresi wajah mengantuk : ☐ positif ☑ negatif

Banyak menguap : ☐ positif ☑ negatif

Palpebra inferior bewarna gelap : ☐ positif ☑ negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, orientasi baik terhadap waktu, tempat, hari/tanggal dan bulan. Keluarga pasien juga mengatakan tidak ada gangguan dengan indra penciuman, pendengaran dan pengecapan.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mampu berbicara karena pasien mengalami penurunan kesadaran.

3) Observasi

Tampak pasien tidak sadar GCS 7. Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea	: Tampak jernih
Pupil	: Tampak isokor
Lensa mata	: Tampak jernih
Tekan intra okuler (TIO)	: Teraba sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina	: Simetris kiri dan kanan
Kanalis	: Tidak ada peradangan
Membran timpani	: Tampak utuh

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien adalah pribadi yang sangat ceria dan penuh semangat dan selalu merasa bersyukur atas kesehatannya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak bisa berbuat apa-apa karena penyakit yang dialami dan keluarga berharap

pasien cepat sembuh dari sakitnya sehingga ia bisa berkumpul kembali bersama keluarga seperti sebelumnya.

3) Observasi

Tampak pasien ditemani anaknya

a) Kontak mata : Tidak dikaji
b) Rentang perhatian : Tidak dikaji
c) Suara dan cara bicara : Tidak dikaji
d) Postur tubuh : Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji
c) Kulit : Tampak kemerahan

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama suami dan satu orang anaknya, hubungan mereka dalam keluarga sangat baik dan pasien yang berperan sebagai ibu dalam keluarga. Keluarga pasien juga mengatakan pasien menjalin hubungan baik dengan sesamanya serta anggota keluarga yang lain.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien selalu ditemani anaknya dan selalu dikunjungi oleh sanak saudara dan keluarga lainnya

3) Observasi

Tampak pasien dikunjungi teman-teman dan keluarga

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah berumur 59 tahun dan sudah menopause serta sudah mempunyai 5 orang anak. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak

memilki masalah pada sistem reproduksi dan tidak ada penyimpangan seksual yang dialami.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak ingin menambah anak lagi karena usianya yang sudah lanjut.

3) Observasi

Tampak pasien berpenampilan sesuai jenis kelaminnya.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Keluarga pasien mengatakan jika pasien ada masalah selalu dibicarakan dengan keluarga dan selalu mencari solusi untuk diselesaikan dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan keluarga akan mendukung pasien dalam mengikuti pengobatan sesuai dengan instruksi perawat dan dokter.

3) Observasi

Tampak pasien diberi dukungant oleh keluarga yang datang menjenguk

k. Pola Sistem Nilai dan Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

keluarga pasien mengatakan pasien menganut agama muslim dan rajin melaksanakan sholat 5 waktu.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan akan selalu mendoakan pasien untuk memohon kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya.

3) Observasi

Tampak Alquran di samping kepala pasien

V. Uji Syaraf Kranial

Tabel 3.1

Nervus I : Olfactorius	Tidak dikaji keran pasien tidak sadar
Nervus : Opticus	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Nervus III,IV, VI : Oculomotorius, Troclearis, Abducens	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Nervus V : Trigeminus	
Sensorik	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Motorik	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Nervus VII : Fascialias	
Sensorik	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Motorik	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Nervus VIII : Vestibulo-Acusticus	
Vestibularis	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Acusticus	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Nervus IX : Glossopharyngeus	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Nervus X : Vagus	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Nervus XI : Accessorius	Tidak dikaji karena pasien tidak sadar
Nervus XII : Hypoglossus	Tidak dikaji karena pasien tidak

	sadar

VI. Pemerikasaan Penunjang

Tabel 3.2

Test/jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Urinaslisis			
Urine Rutin			
SG	1.025		
Ph	5.0		
Leukosit	Negatif	Negatif	/µL
Nitrit	Negatif	Negatif	
Protein	**+ 0.3 ***	Negatif	g/L
Glukosa	**++++ 111 ***	Normal	mmol/L
Keton	**+ 0.5 ***	Negatif	mmol/L
Urosilin	Normal	Normal	µmol/L
Bilirubin	Negatif	Negatif	µmol/L
erytrosit	**+ 10 ***	Negatif	/µL
Sedimen Urin			
Urine Rutin			
sedimen urine			
Erytrosit	7.8	0-1	/LPE
Leukosit	4.5 *	4-5	/LPS
Epitel	+	+	
Granula Cylinder	+		
Colon	Kuning		
Clarity	Keruh		

Test/Jenis Pemeriksaaan	Hasil	Nilai Rujukan	
KIMIA DARAH			
GINJAL-HIPERTENSI (FUNGSI GINJAL)			
Fungsi ginjal creatinin darah			
CREATININ	**0.94 ***	< 1.4	
Fungsi ginjal ureum			
UREUM	15.2	10.50	
KARBOHIDRATE/ GLUCOSE HbA1C			
HbA1C	**6.6 ***	4.2 - 6.5	

Test/Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI		
CBC		
CBC		
WBC	10.44	4.0 - 11.0
RBC	5.34	4.00 - 6.20
HGB	16.3	11.0-18.8
HCT	44.2	35-55
MCV	82.8	80-100
MCH	30.5	26-34
MCHC	36.9 *	31-35
PLT	241	150-450
RDW	13.3	10-20
PDW	13.7	8-18
MPV	10	6.0-10.0

Pemeriksaan CT-Scan kepala aksial tanpa kontras :

KESAN :
- Perdarahan subarachnoid
- Edema cerebri
- Infraks cerebri dextra

VII. Terapi obat

Ondansentron 1 amp/ 8 jam/ IV

Meropenem 1 gr/ 8 jam/IV

Apidra 8-8-8 unit

Lantus 0-0-12 unit

Citicoline 250 mg/12 jam

B. Analisa Data

Nama/Umur : Ny.”S”/59 Tahun

Unit/Kamar : ICU-ICCU/HCU

Tabel 3.2

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien menderita penyakit DM 2 tahun yang lalu - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak rutin mengontrol gula darahnya DO : - Hasil GDS pasien GDS : 420 mg/dL - Usia pasien 59 tahun - IMT 25 kg/m² - Output urine ±1000 cc/6jam - HbA1C 6.6 % - Glukosa urine ++++111* mmol/L - Keton urine +0.5* mmol/L	Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

2.	Ds : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga pasien dipindahkan ke ICU. Do : - Tampak pasien tidak sadar - GCS 7: M4V1E2 - Hasil CT-scan kepala : Infark cerebri dextra - Tanda-tanda vital TD : 130/90 mmhg N : 96 x/menit P : 32 x/menit S : 37,5 °c	Aterosklerosis aortic	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

3.	Ds : - Keluarga pasien mengatakan pasien merasa lemas dan tidak mampu melakukan aktivitas Do : - Tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur - Uji kekuatan otot menunjukkan nilai 1 yaitu i tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan - Tampak pasien tidak sadar - Tanda-tanda vital : TD : 130/90 mmhg N : 96 x/menit P : 32 x/menit S : 37,5 c	Intoleransi aktivitas	Hambatan mobilitas fisik

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/umur : Ny. “S”/59 Tahun

Ruang/kamar : ICU-ICCU/HCU

Tabel 3.4

No	Diagnosa
I	Resiko ketidakefektifanperfusi jaringan otak denga faktor resiko aterosklerosis aortic
II	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes
III	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny “S”/ 59 Tahun

Ruangan/ kamar : ICU-ICCU/HCU

Tabel 3.5

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan Meliputi: tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasionalisasi
08/03/2020	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan otak berangsur-angsur membaik dengan kriteria hasil : - Nilai rata-rata tekanan darah dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3	1. Manajemen edema serebral Aktivitas perawatan : - Monitor tanda-tanda vital - Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30 derajat - Dorong keluarga/orang yang	- Untuk mengatahui penurunan atau peningkatan tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan - Untuk mencegah

		- Penurunan tingkat kesadaran dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 Keterangan : 1) Deviasi berat dari kisaran normal 2) Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal 3) Deviasi sedang dari kisaran normal 4) Deviasi ringan dari kisaran normal 5) Tidak ada deviasi dari kisaran normal	penting untuk berbicara dengan pasien - Berikan oksigen sesuai indikasi 2. Manajemen obat Aktivitas keperawatan : - Tentukan obat yang diperlukan sesuai resep (Citicolin)	perdarahan - Untuk memotivasi pasien dan melatih pasien berbicara - Meningkatkan pengiriman oksigen ke paru untuk kebutuhan sirkulasi - Untuk mencegah kesalahan dalam pemberian obat

Nama/ Umur : Ny “S”/ 59 Tahun

Ruangan/ kamar : ICU

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan Meliputi: tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasionalisasi
08/03/2020	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah stabil dengan kriteria hasil : 1. NOC Manajemen diri : Diabetes - kadar glukosa darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	1. NIC Manajemen hiperglikemi Aktivitas keperawatan : - Berikan cairan IV sesuai kebutuhan (NaCl 22 tetes/menit) - Berikan insulin sesuai resep (apidar 8 unit dan lantus 12 unit) - Monitor tanda-tanda hiperglikmi : Poliuri - Monitor status cairan input dan output	- Untuk menurunkan kadar gluosa dalam darah yang terlalu tinggi - untuk mengoptimalkan kadar gula darah dalam tubuh - Untuk mengetahui gejala hiperglikemi

		- Mengobati gejala hiperglikemi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Mengobati gejala hipoglikemi dipertahankan pada skala 3 dtingkatkan ke skala 4 Keterangan : 1) Tidak pernah menunjukkan 2) Jarang menunjukkan 3) Kadang-kadang menunjukkan 4) Sering menunjukkan Secara konsisten	3. Manajemen hipoglikemi Aktivitas keperawatan : - Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi	- Untuk mengetahui cairan masuk dan keluar - Mengetahui penurunan atau peningkatan kadar gula darah akibat penggantian infus

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny “S”/ 59 Tahun

Ruangan/ kamar : ICU-ICCU

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan Meliputi: tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasionalisasi
8/03/2020	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas	Setalah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 diharapakan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. NOC Pergerakan - bergerak dengan mudah dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 - Keseimbangan	1. NIC Perawatan tirah baring Aktivitas keperawatan : - balikkan pasien yang tidak dapat mobiliasi setiap 2 jam - Monitor kondisi kulit pasien 2. Bantuan perawatan diri Aktifitas keperawatan :	- Untuk mengetahui komplikasi tirah baring yang lama - Untuk mengetahui adanya ruam atau kemerahan pada kulit

		dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 - Gerakan sendi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 - Gerakan otot dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 - Status neurologis dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan : 1) Sangat terganggu 2) Banyak terganggu	- Bantu pasien dalam melakukan perawatan diri - Ajarkan keluarga untuk ikut serta dalam perawatan diri pasien 3. Pengaturan posisi: Neurologis Aktivitas keperawatan : - Ajarkan anggota keluarga untuk melakukan ROM pasif maupun aktif setelah pasien pulang.	- untuk meningkatkan kebersihan diri pada pasien - Untuk memandirikan keluarga dalam perawatan pasien - Untuk memandirikan keluarga dalam perawatan dan dan mempercepat proses penyembuhan pasien

		3) Cukup terganggu 4) Sedikit terganggu 5) Tidak terganggu		

E. Pelaksanan Keperawatan

Nama/umur : Ny. “S” / 59 tahun

Ruang/kamar : ICU-ICCU

Tabel 3.6

Tanggal	Waktu	DP	Pelaksanaan keperawatan	Perawat
09 maret 2020	07.00	III	Memandikan pasien. Hasil : - Tampak pasien bersih dan rapi	Anggun
	07.30		Memberikan oksigen sesuai indikasi Hasil : - O2 10 liter NRM	Anggun
	08.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/90 mmHg N : 84 x/menit S : 37 °C P : 32 x/menit	Anggun
	08.05	I,II	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Meropenem 1 gr/IV - Ondansentron 1 amp/IV	Anggun
	08.10	II	Memberikan insulin sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Anggun

	08.30	III	Mengajarkan keluarga untuk ikut serta dalam perawatan diri pasien Hasil : - Tampak keluarga mengerti dan akan mengikuti intruksi yang diberikan	Anggun
	08.50	III	Mengajarkan keluarga untuk melakukan ROM dirumah setelah pasien pulang Hasil : - Tampak keluarga mengerti dengan pengajaran yang diajarkan perawat	Anggun
	09.20	I	Mengajarkan keluarga/ orang penting untuk berbicara dengan pasien Hasil : - Tampak keluarga mengerti dengan pengajaran yang diajarkan perawat	Anggun
	10.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/90 mmHg N : 82 x/menit S : 37 °C P : 30 x/menit	Anggun

	10.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Pasien tampak miring ke kanan	Anggun, Alowisia
	10.20	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Anggun
	11.00	II	Memberikan cairan intravena sesuai kebutuhan Hasil : - NaCl 500 ml 22 tetes/menit	Anggun
	12.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/80 mmHg N : 82 x/menit S : 36,8 °C P : 30 x/menit	Alowisia
	12.05	II	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : - GDS : 260 mg/dL	Anggun

	12.10	II	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Anggun
	12.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Anggun, Alowisia
	12.40	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Anggun
	13.00	I	Posisikan kepala pasien 30° Hasil : - Tampak posisi kepala pasien 30°	Anggun
	13.30	II	Memonitor tanda-tanda hiperglikemi : poliuri Hasil : - Jumlah urine ±1000 cc/6 jam	Anggun
	13.40	II	Memonitor cairan input/output Hasil : - Cairan input susu 500 cc, bubur 250 cc, air putih 150	Anggun

			cc, cairan intravena 400 cc - Cairan output urine ± 1000 cc - Balance = + 46 cc - IWL = 254 cc	
	14.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 82 x/menit S : 37,3 °C P : 32 x/menit	Alowisia
	14.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	14.20	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Perawat
	16.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/90 mmHg N : 82 x/menit S : 37,3 °C P : 34 x/menit	Perawat

	16.10	I,II	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Ondansentron 1 amp/IV - Meropenem 1 gr/IV - Citicoline 250 mg/IV	Perawat
	16.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Perawat
	16.40	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Perawat
	18.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/70 mmHg N : 82 x/menit S : 37,6 °C P : 30 x/menit	Perawat
	18.10	II	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Perawat

	19.00	II	Memberikan cairan intravena sesuai indikasi Hasil : - NaCl 500 ml 22 tetes/menit	Perawat
	19.05	II	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	19.10	III	Memonitor kondisi kulit Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Perawat
	19.20	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil T : TD : 140/80 mmHg N : 84 x/menit S : 37 °C P : 31 x/menit	Perawat
	19.30	II	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Lantus 12 unit/subcutan	Perawat
	20.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/90 mmHg	Perawat

			N : 92 x/menit S : 37 °C P : 29 x/menit	
	21.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Perawat
	22.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 90 x/menit S : 37,6 °C P : 35 x/menit	Perawat
	23.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	24.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil TTV : TD : 130/70 mmHg N : 90 x/menit S : 36,7 °C P : 30 x/menit	Perawat
	01.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke	Perawat

			kanan	
	01.15	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan ada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Perawat
	02.00	II	Memberikan cairan intravena sesuai kebutuhan Hasil : - NaCl 500 ml 22 tetes/ menit	Perawat
	02. 05	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : - TD : 140/90 mmHg - N : 98 x/menit - S : 37,5°C - P : 33 x/menit	Perawat
	03.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Perawat
	03.15	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda	Perawat

			dekubitus	
	04.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/90 mmHg N : 84 x/menit S : 36,6 °C P : 31 x/menit	Perawat
	05.00	III	Memandikan pasien Hasil : - Tampak pasien bersih dan rapi - Tampak tidak ada kemerahan pada kulit - Tampak keluarga pasien iku serta dalam perawatan diri pasien - Tampak rongga mulut pasien bersih - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	06.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 80x/menit S : 37 °C P : 34 x/menit	Perawat

10 Maret 2020	07.00	I, II	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Meropenem 1 gr/IV - Ondansentron 1 amp/IV	Anggun
	07.10	II	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Anggun
	07.55	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Anggun Alowisia
	08.00	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Anggun
	08.05	I	Memberikan oksigen sesuai indikasi Hasil : - O2 10 liter NRM	Anggun
	08.10	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 88 x/menit	Anggun

			S : 36,5°C P : 29 x/menit	
	09.00	II	Memberikan cairan intravena sesuai indikasi Hasil : - NaCl 500 ml 22 tetes/menit	Anggun
	09.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien meiring ke kiri	Anggun
	10.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 80 x/menit S : 37,6 °C P : 32 x/menit	Anggun, Alowisia
	10.05	II	Memonitor kadar glukosa darah Hasil : - GDS : 252 mg/dL	Anggun
	10.10	II	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Anggun
	11.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke	Anggun Alowisia

			kanan	
	11.50	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/70 mmHg N : 84 x/menit S : 37,5 °C P : 30 x/menit	Anggun
	12.00	II	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subkutan	Anggun
	12.50	I	Mengajarkan keluarga untuk berbicara kepada pasien Hasil : - Tampak keluarga mengerti dengan ajaran yang diajarkan perawat	Anggun
	13.00	III	Mengajarkan keluarga untuk ikut serta dalam perawatan diri pasien Hasil : - Tampak keluarga mengerti apa yang diajarkan perawat	Anggun
	13.15	III	Mengajarkan keluarga untuk melakukan ROM pasif maupun aktif setelah pasien pulang Hasil : - Tampak keluarga mengerti dengan ajaran yang	Anggun

			diberikan	
	13.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Anggun
	13. 40	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Anggun
	13:45	II	Memonitor tanda-tanda hiperglikemi : poliuri Hasil : - Jumlah urine ± 1100 cc/6,5 jam	Anggun
	13:50	II	Memonitor cairan input output Hasil : - Cairan input susu 500cc, bubur 250 cc, air putih 150 cc, caira intravena 400 cc - Cairan output urine ±1100 cc/6,5jam - Balance = - 54 cc - IWL = 254 cc	Anggun
	14.00	I	Memonitor tanda-tanda vital	Anggun

			Hasil TTV : TD : 120/80 mmHg N : 92 x/menit S : 37 °C P : 33 x/menit	
	15.00	I, II	Memberi obat sesuai kebutuhan Hasil : - Ondansetron 1 amp/IV - Meropenem 1 gr/ V - Citicoline 250 mg/IV	Perawat
	15.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kanan - Tidak tampak kemarahan pada kulit	Perawat
	15.45	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kulit pasien kemerahan pada area perut - Tidak tampak tanda-tanda - dekubitus	Perawat
	16.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 150/70 mmHg N : 86 x/menit	Perawat

			S : 37 °C P : 36 x/menit	
	16. 10	II	Memberikan cairan intravena sesuai indikasi Hasil : - NaCl 500 ml 22 tetes/menit	Perawat
	17.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Perawat
	18.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/70 mmHg N : 82 x/menit S : 36,8°C P : 31 x/menit	Perawat
	19.00	II	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil : - GDS : 248 mg/dl	Perawat
	19.10	II	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Perawat

	19.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	20.30	I,II	Memberi insulin sesuai resep Hasil : - Lantus 12 unit/subkutan	Perawat
	21.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,4 °C P : 33 x/menit	Perawat
	21.30	III	Membantu pasien mika miki Hasill : - Tampak pasien miring ke kiri	Perawat
	22.00	II	Memberikan cairan intravena sesuia indkasi Hasil : - NaCl 500 ml 22 tetes/menit	Perawat
	23.00	I, II	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Meropenem 1 gr/IV	Perawat

			- Ondansentron 1 amp/IV	
	23.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	23.50	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Perawat
	24.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,6 °C P : 31 x/menit	Perawat
	01.30	II	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Perawat
	02.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/70 mmHg N : 80 x/menit	Perawat

			S : 37 °C P : 30 x/menit	
	03.30	II	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien mirng ke kanan	Perawat
	04.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 88x/menit S : 37,2 °C P : 32 x/menit	Perawat
	05.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke Kiri	Perawat
	06.00	I,II	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/70 mmHg N : 82 x/menit S : 36,8°C P : 29 x/menit	Perawat
11 Maret 2020	07.00	III	Memandikan pasien. Hasil : - Tampak pasien bersih dan rapi	Alowisia Anggun

	07.30	I	Memberikan oksigen sesuai indikasi Hasil : - O2 10 liter NRM	Anggun
	08.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/90 mmHg N : 84 x/menit S : 37 °C P : 32 x/menit	Anggun
	08.05	I,II	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Meropenem 1 gr/IV - Ondansentron 1 amp/IV	Anggun
	08.10	II	Memberikan insulin sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Anggun
	08.30	III	Mengajarkan keluarga untuk ikut serta dalam perawatan diri pasien Hasil : - Tampak keluarga mengerti dan akan mengikuti intruksi yang diberikan	Anggun

	08.50	III	Mengajarkan keluarga untuk melakukan ROM dirumah setelah pasien pulang Hasil : - Tampak keluarga mengerti dengan pengajaran yang diajarkan perawat	Anggun
	09.20	I	Mengajarkan keluarga/ orang penting untuk berbicara dengan pasien Hasil : - Tampak keluarga mengerti dengan pengajaran yang diajarkan perawat	Anggun
	10.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/90 mmHg N : 82 x/menit S : 37°C P : 30 x/menit	Anggun
	10.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Pasien tampak miring ke kanan	Anggun, Alowisia

	10.20	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Anggun
	11.00	II	Memberikan cairan intravena sesuai kebutuhan Hasil : - NaCl 500 ml 22 tetes/menit	Anggun
	12.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 82 x/menit S : 37, 2 °C P : 30 x/menit	Anggun
	12.05	II	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : - GDS : 250 mg/dL	Anggun
	12.10	II	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Anggun
	12.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke	Anggun, Alowisia

			kiri	
	12.40	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Anggun
	13.00	I	Posisikan kepala pasien 30° Hasil : - Tampak kepala posisi kepala pasien 30°	Anggun
	13.20	II	Memonitor tanda - tanda hiperglikemi : poliuri Hasil : - Jumlah urine ±1000 cc/6 jam	Anggun
	13.30	II	Memonitor cairan input output Hasil : - Cairan input susu 500 cc, bubur 250 cc, air putih 150 cc, cairan intravena 400 cc - Cairan output urine ±1000 cc - Balance = + 46 cc - IWL = 254 cc	Anggun

	14.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/90 mmHg N : 82 x/menit S : 36,8 °C P : 31 x/menit	Alowisia
	14.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	14.20	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Perawat
	16.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/90 mmHg N : 82 x/menit S : 36,9 °C P : 31 x/menit	Perawat
	16.10	I,II	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Ondansentron 1 amp/IV - Meropenem 1 gr/IV	Perawat

			- Citicoline 250 mg/IV	
	16.30	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Perawat
	16.40	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Perawat
	18.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/70 mmHg N : 82 x/menit S : 37,1 °C P : 32 x/menit	Perawat
	18.10	II	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Perawat
	19.00	II	Memberikan cairan intravena sesuai indikasi Hasil : - NaCl 500 ml 22 tetes/menit	Perawat

	19.05	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	19.10	III	Memonitor kondisi kulit Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Perawat
	19.20	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 130/80 mmHg N : 84 x/menit S : 37 °C P : 30 x/menit	Perawat
	19.30	II	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Lantus 12 unit/subcutan	Perawat
	20.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil TTV : TD : 120/90 mmHg N : 92 x/menit S : 37 °C P : 28 x/menit	Perawat

	21.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Perawat
	22.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 90 x/menit S : 37,5 °C P : 30 x/menit	Perawat
	23.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	24.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/70 mmHg N : 90 x/menit S : 37,3 °C P : 28 x/menit	Perawat
	01.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	01.15	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil :	Perawat

			- Tampak kemerahan ada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	
	02.00	II	Memberikan cairan intravena sesuai kebutuhan Hasil : - NaCl 500 ml 22 tetes/menit	Perawat
	02. 05	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : - TD : 140/90 mmHg - N : 98 x/menit - S : 37,5°C - P : 33 x/menit	Perawat
	03.10	III	Membantu pasien mika miki Hasil : - Tampak pasien miring ke kiri	Perawat
	03.15	III	Memonitor kondisi kulit pasien Hasil : - Tampak kemerahan pada kulit pasien diarea perut - Tidak tampak tanda-tanda dekubitus	Perawat
	04.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil TTV :	Perawat

			TD : 120/90 mmHg N : 84 x/menit S : 37,4 °C P : 30 x/menit	
	05.00	III	Memandikan pasien Hasil : - Tampak pasien bersih dan rapi - Tampak tidak ada kemerahan pada kulit - Tampak keluarga pasien iku serta dalam perawatan diri pasien - Tampak rongga mulut pasien bersih - Tampak pasien miring ke kanan	Perawat
	06.00	I	Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 37 °C P : 28x/menit	Perawat

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Ny. “S” / 59 tahun

Ruang / kamar : ICU-ICCU/HCU

Tabel 3.7

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama perawat
09 maret 2020	DP I : Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor resiko aterosklesrosis aortik S : - Keluarga pasien mengatakan pasien Mengalami penurunan kesadaran O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS 7: M4 E1 V2 - TTV : TD : 130/80 mmHg, N : 82x/menit, P: 32x/menit, S : 37,2 °C A : Resiko ketidakefektifan perfusi jarigan otak belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Monitor TTV - Tentukan obat yang diberikan sesuai resep - Dorong keluarga/orang yang penting untuk berbicara dengan pasien - Posisikan kepala 30 derajat - Berikan oksigen sesuai indikasi DP II : Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - O :	Anggun

	- Hasil GDS : 260 mg/dl - Tampak kadar glukosa darah pasien belum stabil A : Glukosa darah belum stabil P : Lanjutkan intervensi : - Monitor TTV - Berikan insulin sesuai resep - Berikan cairan intravena sesuai kebutuhan - Monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi - Monitor status cairan input dan output - Monitor tanda-tanda hiperglikemi : poliuri DP III : Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas S : - Keluarga mengatakan pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur dan tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri O : - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga - Tampak pasien terbaring lemah diatas tempat tidur - Uji kekuatan otot 1 A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Balikkan pasien setiap 2 jam - Bantu pasien dalam perawatan diri - Ajarkan keluarga untuk ikut serta dalam	

	perawatan diri pasien - Ajarkan keluarga untuk melakukan ROM pasif maupun aktif ketika pasien pulang - Monitor kondisi kulit	
10 maret 2020	DP I : Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor resiko aterosklerosis aortik S : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS 7, M4 V1 E2 - TTV : TD : 120/90 mmHg, N : 92 x/menit, S : 37 °C, P : 33 x/menit A : Ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum Teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Monitor TTV - Tentukan obat yang diberiakan sesuai resep - Monitor status neurologis - Posisikan kepala 30 derajat - dorong keluarga/orang penting untuk berbicara dengan pasien - Posiskan kepala tempat tidur 30° - Berikan oksigen sesuai indikasi	Anggun

	DP II : Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - Keluarga pasien mengatakan glukosa darah pasien belum stabil O : - Tampak gula darah pasien belum stabil - Hasil GDS : 252 mg/dl A : Glukosa darah belum stabil P : Lanjutkan intervensi : - Monitor TTV - Berikan cairan IV sesuai kebutuhan - Pemberian insulin sesuai resep - Monitor kadar glukosa darah sesaui indikasi - Monitor tanda-tanda hiperglikemi : poliuria - Monitor status cairan input/output DP III : Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas S : - Keluarga pasien mengatakan pasien belum hanya terbaring lemah diatas tempat tidur dan tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri O : - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga - Tampak pasien hanya terbaring lemah diatas tempat tidur	

	- Uji kekuatan otot 1 A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Balikkan pasien setiap 2 jam - Bantu pasien dalam perawatan diri - Ajarkan keluarga untuk ikut serta dalam perawatan diri pasien - Monitor kondisi kulit	
11 maret 2020	DP : I Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor resiko aterosklerosis aortik S : - Keluarga mengatakan pasienmengalami penurunan kesadaran O : - Tampak pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS 7, M4 E1 V2 - TTV : TD : 130/80 mmHg, N : 82 x/menit, P 31 x/menit, S : 37,5 °C A : Ketidakefektifa perfusi jaringan otak belum teratasi P : Lanjutkan intervensi kepada kepada perawat ruangan - Monitor TTV - Tentukan obat sesuai yang diberikan - Dorong keluarga/orang yang penting untuk berbicara dengan pasien	Anggun

	- Posisikan kepala 30 derajat DP II : Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - Keluarga pasien mengatakan glukosa darah pasien belum stabil O : - Hasil GDS : 238 mg/dl - Tampak gula darah pasien belum stabil A : kadar glukosa darah mulai stabil P : Lanjutkan intervensi kepada perawat ruangan - Monitor TTV - Berikan cairan IV sesuai kebutuhan - Berikan insulin - Monitor kadar glukosa darah - Monnitor tanda-tanda hiperglikemi : poliuri - Monitor status cairan input dan output DP III : Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas S : - Keluarga pasien mengatakan pasien hanya tebaring lemah diatas tempat tidur dan tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri O : - Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga - Tampak pasien hanya terbaring lemah	

	diatas tempat tidur - Uji kekuatan otot 1 A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Balikkan pasien setiap 2 jam - Bantu pasien dalam perawatan diri - Ajarkan keluarga untuk ikut serta dalam perawatan diri pasien - Monitir kondisi kulit pasien	

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : Meropenem 1 gr/8 jam/IV
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : 500 mg-2 gram/8 jam
   c. Dosis pemberian obat pada pasien : 1 gr/ 8 jam
   d. Cara pemberian obat : Intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Meropenem merupakan obat antibiotic jenis suntik yang berspektum luas yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Obat meropenem bekerja dengan cara menghambat aktivitas bakteri dengan menghambat sintesis dinding bakteri sel gram-positif and gram-negatif.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk mengatasi infeksi bakteri
   g. Efek samping obat : Demam, diare, ruam radang kulit, gatal, sakit kepala, mual, muntah, sensasi kesemutan dan gangguan fungsi hati

2. Nama obat : ondansentron 1 amp/ 8 jam/ iv
   a. Klasifikasi/ golongan obat : antiemetic
   b. Dosis umum : 8 mg

c. Dosis pemberian obat pada pasien : 1 amp/ 8 jam
d. Cara pemberian obat : intravena
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat reseptor sorotinin di saluran cerna dan sistem persyarafan pusat, senyawa kimia alami yang merangsang timbulnya mual dan muntah.
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan pada pasien untuk mengurangi rasa mual dan muntah.
g. Kontraindikasi : hipersensitivitas, sindroma perpanjangan interval QT bawaan
h. Efek samping obat : Sakit kepala dan pusing, mudah mengantuk, kepanasan, pusing ketika berdiri, mudah lelah, konstipasi, dan sakit perut.

3. Nama obat : apidra 8 unit
a. Klasifikasi/ golongan : insuling long acting
b. Dosis umum : 0,5-1 unit/ Ml
c. Dosis pemberian obat pasien : 8 unit
d. Cara pemberian obat : subcutan
e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat ini mengandung insulin yang termasuk golongan insulin long acting atau rapid acting insulin. Injeksi insulin dilakukan pada 15 menit sebelum makan atau 20 menit setelah makan. Satu unit apidra memiliki kemampuan menurunkan gula darah sama dengan insulin alami manusia.
f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan pada pasien untuk menurunkan gula darah

g. Efek samping obat : rasa cemas, penglihatan kabur, nyeri pada tubuh, keringat dingin, sesak nafas, sakit kepala, dan kehilangan suara.

4. Nama obat : lantus 12 unit
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antidiabetika parenteral
   b. Dosis umum : 12 Unit/hari
   c. Cara pemberian obat : Subcutan
   d. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Merupakan insulin yang bekerja jangka panjang atau bekerja secara lambat yaitu 24 jam. Berfungsi untuk mengontrol tingkat gula darah dalam sehari.
   e. Alasan pemberian obat pada pasien : Insulin ini diberikan kepada pasien untuk mengontrol tingkat gula darah dalam sehari karena pasien mengalami hiperglikemia.
   f. Kontraindikasi : hipersensitif
   g. Efek samping obat : hipoglikemi

5. Nama Obat : Citicoline
   a. Klasifiksi/golongan obat : Vitamin saraf
   b. Dosis umum : 125 mg/ml injeksi
   c. Cara pemberian obat : Intravena
   d. Mekanisme kerja dan fungsi obat : kehilangan kesadaran akibat kerusakan otak, trauma kepala, atau operasi otak dan serebral infark
   e. Alasan pemberian obat pada pasien :Mempercepat masa pemulihan akibat stroke
   f. Efek samping obat : mual, hipotensi, hipertensi, diarea, sakit kepala
   g. Kontraindikasi : hipersensitif terhadap citicolin

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dengan kasus nyata dari penerapan praktek asuhan keperawatan pada Ny ”S” yang berusia 59 tahun dengan kasus Diabetes Melitus tipe 2 di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang dilakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 9-11 Maret 2020 dengan menggunakan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dimana penulis terapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2. Penulis memperoleh data dari keluarga, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien Ny.”S” berumur 59 tahun masuk rumah sakit Stella Maris pada tanggal 07 Maret 2020 dengan keluhan utama badan terasa lemas. Keluarga pasien mengatakan sejak tanggal 4 Maret 2020 pasien sakit kepala, mual muntah, badan terasa lemas sehingga keluarga membawa pasien ke rumah sakit .

Saat pengkajian yang dilakukan di ICU pada tanggal 8 maret 2020 keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sakit kepala, mual, badan terasa lemas. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat Diabates Melitus 2 tahun yang lalu. Tampak pasien lemas, tampak pasien kesadaran menurun GCS 7, tampak terpasang O2 10 liter NRM, tampak terpasang infus NaCl 22 tetes/menit ditangan sebelah kanan , tampak pasien terpasang kateter, tampak pasien terpasang monitor EKG, hasil pemerikasaan menunjukkan GDS : 420 mmol/dl, observasi TTV TD : 130/90 mmHg, N : 96 x/menit, P : 32x/menit, S : 37,5ºc.

Berdasarkan pengkajian pada kasus ini, ditemukan tanda dan gejala khas pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 pemeriksaan GDS : 420 mmol/dl yang menandakan peningkatan glukosa darah atau hiperglikemia. Hiperglikemia [100] pakan keadaan dimana kadar glukosa darah diatas 140 mg/dl (Shafi'I, dkk 2016). Kondisi ini tejadi akibat insulin yang tidak adekuat, sehingga glukosa meningkat dalam darah (Black dan Hwak, 2014). Hiperglikemia menunjang proses kerusakan saraf dengan cara asidosis intraseluler, akumulasi glutamate, edema otak dan memacu kecenderungan transformasi hemoragik sehingga hiperglikemia berhubungan dengan peningkatan mortalitas dan disabilitas (Kagansky,2001).

Pada pasien Ny. "S" mengalami *poliuria* dan bisa dilihat pada jumlah output urine sejumlah 1000 cc/6jam. *Poliuria* (banyak kencing) hal ini berkaitan dengan kadar gula yang tinggi diatas 160-180 mg/dl, sebagai upaya pengembalian keseimbangan dan mengembalikan kadar gula darah menjadi normal, maka ginjal mengeluarkan glukosa melalui urine. Glukosa dikeluarkan dalam urin sebagai bentuk dieresis osmosis dan dapat menyebabkan pengeluaran jumlah urine meningkat/ poliuria. Maka pada pemerikasaan urinalisis akan ditemukan adanya glukosa dalam urine. Pada urine pasien ditemukan glukosa ++++111 mmol/dl dan keton 0,5 mmol/dl. Adanya keton

dalam urine menunjukkan tubuh memakai lemak sebagai sumber energi, hasil metabolisme lemak inilah yag disebut keton.

Hasil pemerikasaan gula darah juga menunjukkan HbA1c : 6,6% yang menunjukkan diagnosis Diebetes Melitus selain pemeriksaan kadargula darah. Kadar HbA1c untuk diagnosis Diabetes Melitus adalah ≥6,5% (Amran dan Rahman, 2018). Memeriksa kadar HbA1c setiap tiga bulan untuk mengetahui status kendali glikemik atau metabolic jangka panjang serta mencegah komplikasi (Black dan Hawk, 2014). Didukung dengan faktor resiko usia seperti pada pasien yang sudah berusia 59 tahun, pada umunya manusia mengalami penurunan fungsi fisiologi dengan cepat pada usia 40 tahun, pola hidup juga dapat mempengaruhi penurunan fungsi fisiologi seperti jarang berolahraga dan tidak mengatur pola makan atau diet.

Pada kasus ditemukan hasil CT-Scan kepala : infark cerebri. Hal ini menunjukkan pasien mengalami adanya kerusakan sel otak akibat suplai oksigen serta nutris tidak bisa mencapai otak. Secara garis besarpenyebab stroke pada penderita diabetes adalah karena kondisi aterosklerosis, akibat pemecahan lemak sebagai sumber energi. Kadar gula darah tinggi ini menyebabkan timbunan lemak dipembuluh darah, mengakibatkan atau bahkan dapat menyumbat pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak dan menimbulkan gangguan makrovaskuler termasuk stroke. (Black dan Hawk, 2014).

Kondisi inilah yang menjadi penyebab stroke pada penderita diabetes yang menimbulakn kerusakan seperti masalah berbicara, kelumpuhan dan penurunan kesadaran. Setelah terjadi penurunan kesadaran, terjadi defisit neurologis yang mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Disfungsi motorik menyebabkan terjadinya hemiplegia dan hemiparese, penurunan kekuatan otot pada sisi tubuh yang sakit dan gangguan keseimbangan serta koordinasi akan mengakibatkan terjadinya hambatan mobilitas fisik.

Berdasarkan hasil pengkajian, pola Gordon yang bermasalah adalah : Pola Aktivitas dan Latihan, Pola Eliminasi, Pola Persepsi dan Pemeliharaan kesehatan, Pola Nutrisi dan Metabolik, Pola Istirahat dan tidur.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data pada pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan pada Ny. ”S” yaitu :

1. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengn faktor resiko aterosklesrosis aortik

   Penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini karena penulis mendapatkan data yang mendukung yakni pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 7 (M4E1V2), Hasil CT-Scan menunjukan Infark Cerebri dextra

2. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes

   Penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini karena penulis mendapatkan data yang mendukung yakni keluarga pasien mengatakan pasien jarang mengontrol gula darahnya. Pasien memiliki riwayat diabetes melitus 2 tahun lalu. Pada saat pengkajian didapat hasil pemeriksaan glukosa darah 420 mg/dL, usia pasien 59 tahun, jumlah urine ±1000 cc dan IMT 25 kg/m², hasil pemerikasaan menunjukkan HbA1C 6.6 %

3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas

   Penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini karena dalam pengkajian penulis mendapatkan data yaitu pasien tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri karena mengalami penurunan kesadaran sehingga membutuhkan bantuan penuh dalam pemenenuhan kebutuhan aktivitas oleh perawat dan keluarga serta uji kekuatan otot nilai 1.

Bila dibandingkan dengan diagnosa keperawatan yang ada pada teori, ada 3 diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus yaitu :

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d penurunan masukan oral

   Penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung seperti IMT yang kurang, IMT 25 kg/m² yang menandakan bahwa berat badan pasien lebih.
2. Risiko tinggi infeksi (sepsis)

   Diagnosa keperawatan ini tidak diangkat karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung.
3. Hipertermi berhubugan dengan proses penyakit

   Penulis tidak mengangkat diagnosa keperawatan ini karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung pasien demam, suhu tubuh dalam batas normal.

C. Rencana Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu :

1. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor resiko atreosklerosis aortik

   Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : Monitor status neurologis, monitor tanda-tanda vital, posisikan kepala 30°, Dorong keluarga/orang penting untuk berbicara dengan pasien, tentukan obat yang diperlukan dan berikan oksigen sesuai indikasi.
2. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes.

   Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, berikan insulin sesuai resep,

berikan cairan intraven sesuai kebutuhan, monitor tanda-tanda hiperglikemi dan monitor status cairan input/output, edukasikan pada keluarga untuk membantu pasien dalam mengatur diet, terapi insulin dan olahraga ringan.

3. Hambatan mobilitas fisik berhubunga dengan intoleransi aktivitas. Untuk diagnosa ini intervensi yang dilakukan antara lain : Balikkan pasien setiap 2 jam, bantu pasien dalam perawatan diri, ajarakan keluarga untuk ikut serta dalam perawatan diri, lakukan ROM pasif, ajarkan keluarga untuk melakukan ROM ketika pasien pulang, monitor kondisi kulit.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 9-11 maret 2020 mengacuh pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi hingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap pelaksanaan ini penulis bekerja sama dengan keluarga pasien dan perawat ruangan sebelum melakukan tindakan keperawatan, terlebih dahulu menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada keluarga pasien. Dari data yang diperoleh dari keluarga pasien, masalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak semua intervensi yang ada telah dilakukan, ketidakstabilan kadar glukosa darah semua intervensi yang ada telah dilakukan, pada masalah hambatan mobilitas fisik semua intervensi juga telah dilakukan.

E. Evaluasi

Pada tahap akhir dari asuhan keperawatan adalah melakukan evaluasi untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana tujuan keperawatan dapat dicapai. Hasil evaluasi yang dirumuskan penulis setelah melakukan implementasi selama 3 hari adalah sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor resiko aterosklerosis aortik

   Untuk masalah ini belum teratasi karena pasien masih mengalami penurunan kesadaran dan tekanan darah pasien belum normal sehingga intervensi tetap dilanjutkan.

2. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

   Untuk diagnosa keperawatan ini masalah belum teratasi karena kadar glukosa darah pasien belum stabil dan membutuhkan edukasi lebih lanjut setelah pasien sadar dan intervensi tetap dilanjutkan.

3. Hambatan mobilitas hubungan dengan intoleransi aktivitas

   Pada diagnosa keperawatan ini masalah belum teratasi karena pasien masih membutuhkan bantuan perawat dan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan akktivitas harian dan pasien masih belum sadar. Intervensi tetap dilanjutkan.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil pembahasan yang telah di uraikan mengenai asuhan keperawatan pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2, maka penulis membuat kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat demi pengembangan dan peningkatan pelayanan perawatan pasien khususnya pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2.

A. Kesimpulan

1. Diabetes mellitus tipe 2 atau *Non Insulin Dependent Diabetes Malitus* (NIDDM) yaitu Diabetes Melitus yang tidak tergantung pada insulin. Diabetes Melitus ini terjadi akibat penurunan sensitivitas (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah insulin. Diabetes Melitus tipe 2 merupakan kondisi saat gula darah dalam tubuh tidak terkontrol akibat gangguan sensitivitas sel β pancreas untuk menghasilkan hormon insulin yang berperan sebagai pengontrol kadar glukosa darah dalam tubuh.
2. Pengkajian keperawatan telah dilakukan pada pasien Ny. “S” dengan Diabetes Melitus tipe 2. Penulis menemukan beberapa data seperti

gula darah tidak stabil, pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien memiliki riwayat Diabetes Melitus 2 tahun lalu, pasien lemas

3. Metode yang digunakan dalam menyelesaikan masalah yang timbul adalah pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.
4. Dari pengkajian yang didapatkan pada Ny. “S”, maka penulis diagnosa keperawatan antara lain :
   a. Resiko ketidakefektifan perfusi jarigan otak dengan faktor resiko aterosklesrosis aortik
   b. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen dibetes.
   c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas
5. Dari rencana tindakan yang 107 n, penulis telah melaksanakan semuanya. Dalam pelaksanaan keperawatan penulis bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya.
6. Setelah 3 hari mengimplemetasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny. “S” maka diperoleh hasil evaluasi dari diagnosa keperawatan yaitu : Resiko ketidakstabilan perfusi jaringan otak dengan faktor resiko aterosklerosis belum teratasi, resiko ketidakstabilan kadar glikosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes belum teratasi, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas belum teratasi.

B. Saran

Melihat kenyataan yang ada diatas maka penulis mengajukan beberapa saran yang kiranya dapat dipertimbangkan dan bermanfaat bagi berbagai pihak.

1. Bagi instansi rumah sakit

Penulis mengharapkan agar rumah sakit lebih dapat memberikan perawatan yang lebih baik pada pasien Diabetes Melitus tipe2 dan berharap agar perawat lebih memberikan motivasi serta semangat kepada pasien yang menderita Diabetes Melitus tipe 2 agar tetap mempunyai semangat

2. Bagi instansi pendidikan

   Penulis berharap agar institusi lebih memperbanyak referensi terbaru tentang penyakit Diabetes Melitus tipe 2 dan komplikasinya untuk menambah wawasan dan pengetahuan mahasiswa tentang penyakit Diabetes Melitus tipe 2

3. Bagi pasien dan keluarga

   Untuk mencegah tingkat keparahan penyakit Diabetes Melitus Tipe 2 sangat disarankan pada pasien untuk rutin mengontrol gula darah, mengikuti diet yang dianjurkan dan menjalankan pengobatan yang sesuai.

4. Bagi penulis

   Kiranya penulis lebih dapat meningkatkan kompetensi dan wawasan tentang perkembangan teori - teori terbaru dalam dunia kesehatan terutama dalam penerapan asuhan keperawatan pasien Diabetes Melitus tipe 2.

DAFTAR PUSTAKA

Black, J. M., & Hawks, J.H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manjemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapka. Edisi 8.* Jakarta: Salemba Medika

Brunner dan Suddarth. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.*EGC :Jakarta.

Doenges, M dkk. 2015. *Manual Diagnosa Keperawatan*. Edisi 3.EGC :Jakarta.

Ernawati. (2013). *Penatalaksanaan Keperawatan Diabetes Melitus Terpadu*. Jakarta: Mitra Wacana Media

Gambar anatomi pancreas. http//2.bp.blogspot.com. Diakses pada tanggal 3 April 2020.

Irianto. (2015) . Memahami berbagai penyakit. Bandung : Alfabeta

IDF.(2017).https://www.kemkes.go.id/article/view/18121200001/peven-tprevent-and-prevent-the-voice-of-the-world-fight-diabetes.html. Diakses pada tanggal 5 Juni 2020

Kamitsuru,T.H. 2018-2020. *NANDA-I. Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC

Medical Record .Rumah Sakit Stella Maris Makassar.2016,2017,2018. Data Statistik Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Nursing Interventions Classifications (NIC). (2013). *Nursing Interventions Classifications.* Edisi keenam, edisi Bahasa Indonesia: Intiasri Nurjannah, Roxsana Devi Tumanggor

Nursing Outcomes Classifications (NOC). 2013. *Nursing Outcomes Classifications*. Edisi kelima, edisi Bahasa Indonesia : Intisari Nurjannah, Roxsana Devi Tumanggor

Nur Aini & Ledy Martha Aridia. (2016). *Asuhan Keperawatan pada Sistem Endokrin* dengan *pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakara: Salemba Medika

Padilla. (2012).Cara *Alami Mencegah dan Mengobati Penyakit Diabetes*. Surabaya : Stomata

Seroja. (2013). *Keperawatan Medika Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta: TIM

Sheerwood. (2012). *Fisiologi manusia dari sel ke system*. Jakarta : EGC.

Sri Syatriani. 2019. *Hubungan pekerjaan dan dukungan keluarga dengan stress pada pasien dm*. https://jurnal.yapri.ac.id/index.php/semnassmipt/article.download/65/73/ .Diaskes pad tanggal 9 Juni 2020

WHO.2017.Diabetes Melitus (2017). https//.www.who.int/diabetes/facts/world_figure/en/index5html. Diakses pada tanggal 15 Mei 2020

Wijaya Andra & Putri Yessie. (2013). *KMB 2 Keperawatan Medika Bedah*. Nuha Medika: Yogyakarta.

LEMBARAN KONSUL

KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : ANGGUN CAHYANI

NIM : E1714401005

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. “S” DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS

NAMA PEMBIMBING : YUNITA CAROLINA Ns., M.Kep

No.	Tanggal	Materi konsul	Perbaikan	TTD	
				Mahasiswa	Pembimbing
1	22 Februari 2020	Konsul judul	Kasus dengan Diabetes Melitus tipe II		
1	22 Maret 2020	Konsul BAB I	Perbaiki Latar Belakang, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan dan Sistematika Penulisan		
3	17 April 2020	Konsul perbaikan BAB I	Perbaikan Latar Belakang, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan dan Sistematika Penulisan		
4.	21 April	Konsul	Perbaiki Pengkajian		

	2020	BAB III dan BAB II	dan Analisa Data		
5	04 Mei	Konsul BAB III	Perbaiki Pengkajian, Analisa Data, Diagnosa Keperawatan dan Rencana Keperawatan		
6.	05 Mei 2020	Konsul BAB III	Perbaiki Pengkajian, Analisa Data, Rencana Keperawatan dan Pelaksanaan Keperawatan		
7.	13 Mei 2020	Konsul BAB IV	Perbaiki Pengkajian, Diagnosa Keperawatan dan Pelaksanaan Keperawatan		
8.	26 Mei 2020	Konsul BAB III	Perbaikan Pengkajian, Analisa Data, Diagnosa Keperawatan, Rencana Keperawatan dan Pelaksanaan Keperawatan		
9.	30 Juni 2020	Konsul BAB V	Perbaiki Kesimpulan dan Saran		
10	31 Mei 2020	Konsul perbaikan BAB IV	Perbaikan Pengkajian, Diagnosa Keperawatan dan Pelaksanaan Keperawatan		

11	3 Juni 2020	Konsul BAB III,IV dan V	Perbaikan BAB III Analisa Data, Rencana Keperawatan, Pelaksanaan keperawatan dan Evaluasi Keperawatan. Perbaikan BAB IV Pengkajian, Diagnosa Keperawatan dan Pelaksanaan Keperawatan serta evaluasi Keperawatan. Perbaikan BAB V Kesimpulan		
12	5 Juni 2020	Konsul BAB 1-5, Kata Pengantar dan	Perbaiki BAB I, Perbaiki penulisan BAB II dan BAB III, perbaiki pengkajian BAB IV		
13	10 Juni 2020	Konsul BAB I dan BAB IV	Konsul perbaikann Latar Belakang dan Pengkajian		