KARYA TULIS ILMIAH

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

DISUSUN OLEH :

ALOWESYA ALBALIWAG MAHUSE
(E1714401003)

BRIGITA SARBUNAN

(E1714401006)

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN

MAKASSAR

2020

KARYA TULIS ILMIAH

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

DISUSUN OLEH:

BRIGITA SARBUNAN
(E1714401006)

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

LEMBAR PERSETUJUAN

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

Diajukan oleh :
Brigita Sarbunan (E1714401006)

Disetujui oleh:

Pembimbing

(Yulita Carolina, Ns.,M.Kep)
NIDN : 0904078805

Menyetujui
Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.,Sc)
NIDN : 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis ini dengan judul**"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. "T" DENGAN *DIABETES MELITUS* TIPE II (DM) DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin, 15 - 17Juni 2020
Pukul : 08.00-08.40
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji :

1. Asrijal Bakri, Ns., M.Kes ( )
2. Rosdewi, S.Kp., MSN ( )
3. Yunita Carolina Ns., M.Kep ( )

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN : 092802710

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Brigita Sarbunan
Tempat/Tanggal Lahir	: Wowonda ,03 Juli 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: katholik
Alamat	: Jl. Singa, no.21

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Edo/Rosalia
Agama	: Katholik
Pekerjaan	: Petani / IRT
Alamat	: Desa Wowonda, Kec.Tanimbar selatan, Kab. Maluku Tenggara Barat

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD St. Theresia	: 2005 - 2011
SMP N 4 Tansel	: 2011 - 2014
SMA Maria Mediatrix	: 2014 - 2017

STIK Stella Maris Makassar (DIII Keperawatan) : 2017 - 2020

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat,berkat serta penyertaannya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. “T” *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 segala pihak tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya tulis ini sebagaimana mestinya.

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

1. Siprianus Abdu, S.Si.,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. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.,Sc. 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. Rosdewi, S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku Wakil Ketua Bidang administrasi dan Keuangan STIK Stella Maris yang turut mendidik dan membantu penulis selama penulis mengikuti pendidikan.
4. Fr. Blasius Perang, CM., Ma.Psy 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 ketua program studi Diploma Tiga keperawatan dan pembimbing serta memberikan motivasi.

6. Yunita Carolina, Ns., M.Kep Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Segenap Dosen beserta Staf STIK Stella Maris yang membimbing dan membekali penulis berupa ilmu pengetahuan di bidang keperawatan selama mengikuti pendidikan.
8. Sr. dr. Teoricci Luisia Nuhuhitu, 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 “T” dan keluarga yang telah bersedia dan bekerja sama dengan penulis dalam penyusunan karya tulis ini.
11. Teristimewa untuk kedua orang tua penulis yang memberii dukungan,doa,kasih sayang serta kepada Sr. Mariana Mbasal, SJMJ dan Sr. Florentina ,SJMJ yang telah membina penulis selama dii asrama.
12. Teristimewa kepada rekan-rekan mahasiswa/i Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Program DIII Keperawatan angkatan 2017-2020 dan semua teman-teman asrama yang telah memberikan dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ini masih belum sempurna. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan Karya Tulis ini.

Makassar, Juni 2020

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iv
RIWAYAT HIDUP v
KATA PENGANTAR vii
DAFTAR ISI ix
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 TUJUAN TEORITIS 7
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 7
3. Etiologi 9
4. Patofisiologi 10
5. Manifestasi klinis 12
6. Pemeriksaan Diagnostik 13
7. Penatalaksanaan Medis 13
8. Komplikasi 15
B. Konsep Dasar Keperawatan 17
1. Pengkajian 18
2. Diagnosa keperawatan 21
3. Intervensi keperawatan 22
4. Discharge Planning 39
C. Patoflowdiagram 41

BAB III TINJAUAN KASUS 42
A. Pengkajian 43
B. Analisa Data 60
C. Diagnosa Keperawatan 63
D. Rencana Keperawatan 64
E. Implementasi Keperawatan 75
F. Evaluasi Keperawatan 95
G. Daftar Obat 101
BAB IV PEMBAHASAN KASUS
A. Pengkajian 106
B. Diagnosa Keperawatan 108
C. Intervensi Keperawatan 110
D. Implementasi Keperawatan 111
E. Evaluasi Keperawatan 112
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN
A. Kesimpulan 114
B. Saran 115
DAFTAR PUSTAKA 117
LEMBARAN KONSUL……118

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Brunner dan Suddarth, 2014). Sekitar 90% dari Kasus diabetes adalah Diabetes Melitus Tipe 2 dengan karakteristik gangguan sensitivitas insulin dan/atau gangguan sekresi insulin. (Decroli,2019). Diabetes Melitus Tipe 2 menjadi masalah kesehatan dunia karena prevalensi dan insiden penyakit ini terus meningkat.

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) menyebutkan bahwa epidemi diabetes di Indonesia masih menunjukkan kecenderungan meningkat. Indonesia adalah negara yang menempati peringkat ke tujuh di dunia setelah Tiongkok, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia dan Meksiko dengan jumlah estimasi orang dengan Diabetes Melitus pada usia 20-79 tahun sekitar 10,3 juta orang.

Sejalan dengan hal tersebut, Riskesdas memperlihatkan peningkatan angka prevalensi diabetes yang cukup signifikan, yaitu 6,9% ditahun 2013 menjadi 8,5% ditahun 2018; sehingga estimasi jumlah penderita di Indonesia mencapai lebih dari 16 juta orang yang kemudian beresiko terkena penyakit lain seperti serangan jantung, stroke, kebutaan dan gagal ginjal bahkan dapat menyebabkan kelumpuhan dan kematian

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

Prevalensi diabetes mellitus di kota Makassar selama tiga tahun terakhir mengalami peningkatan. Pasien diabetes mellitus 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 mellitus II tipe pada tahun 2016 sebanyak 455 jiwa mengalami peningkatan pada tahun 2017 sebanyak 480 jiwa . Pada tahun 2018 mengalami penurunan penderita diabetes mellitus tipe II dengan jumlah 473 jiwa. Dengan tingginya angka kejadian diabetes melitus tipe II memberikan konsekuensi perhatian dalam keperawatan.

Prevalensi penederita diabetes dari beberapa sumber diatas menujukkan bahwa penederita diabetes semakin meningkat. Diabetes yang tidak terkontrol dengan baik akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis. penderita Diabetes Melitus tiper 2 mempunyai risiko jantung dan pembuluh darah dua sampai empat kali lebih tinggi dibandingkan orang tanpa diabetes, mempunyia resiko hipertensi dan dislipidemia yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang normal. Kelainan pembuluh darah sudah dapat terjadi sebelum diabetesnya terdiagnosis, karena adanya resistensi insulin pada saat pradiabetes (Decroli,2019). Untuk itu, Pasien Disabetes perlu mendapatkan perawatan yang mencakup, pengongbatan dan edukasi. Maka peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan perlu

memahami perjalanan samapi pada penatalaksanann yang tepat pada pasien diabetes melitus tipe 2 .

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul " Asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes malitus tipe II di ruang ICU/ICCU RS. Stella Maris Makassar.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Penulis dapat memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus di ruang perawatan ICU/ICCU RS Stella Maris Makassar selama 3 hari.

2. Tujuan khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus yang mencakup:

   a. Melaksanakan pengkajian dan analisa data pada pasien dengan Diabetes Melitus tipe 2
   b. Menetapkan diagnose 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 institusi atau pendidikan

   Menjadi tolak ukur dalam mengevaluasi kemampuan mahasiswa untuk memahami ilmu yang telah diberikan dan menerapkannya dalam proses keperawatan.

2. Bagi institusi

   Memberi gambaran mengenai angka kesakitan dan kematian pada pasien diabetes melitus sehingga para tenaga kesehatan terutama perawat semakin meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus

3. Bagi pasien

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan yang berkesinambungan, pengobatan yang efektif dan melakukan perubahan pola hidup guna mencegah komplikasi atau berulangnya penyakit serta mendapatkan informasi mengenai penyebab, gejala, dan proses penanganan baik latihan maupun diet yang perlu ditaati pada pasien dengan diabetes melitus.

4. Bagi mahasiswa

   Mahasiswa dapat memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pasien dengan diabetes melitus serta dalam melakukan pendokumentasian dan penyusunan karya tulis ilmiah.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus yaitu:

1. Tinjauan kepustakaan:
   a) Memperoleh data dengan menggunakan referensi yang ada kaitannya dengan masalah yang diangkat penulis

b) Memperoleh data melalui internet. Melalui internet penulis memperoleh informasi terbaru mengenai penyakit diabetes melitus.

2. Tinjauan kasus

Kasus ini merupakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif, meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan intervensi, dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang diberikan. Data dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu:

a. Wawancara dengan pasien, keluarga, perawat serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien.
b. Observasi, melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
c. Pemeriksaan fisik, dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultas.
d. Dokumentasi.

   Catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

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, 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, tes diagnostik, penatalaksana medik, dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan,

discharge planning dan patoflodiagram. Bab III: Pengamatan Kasus. Menguraikan tentang pengkaijan, analisa data, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, serta daftar obat pasien. Bab IV: Pembahasan Kasus, bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan. Bab V: Penutup, terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

   Berikut ini adalah pengertian Deabetes Melitus Tipe II menurut beberapa ahli, diantaranya:

   a. Diabetes mellitus Tipe 2 atau dikenal dengan istilah Non-insulin Dependent Millitus (NIDDM) adalah keadaan dimana hormone insulin dalam tubuh tidak dapat berfungsi dengan semestinya, hal ini dikarenakan berbagai kemungkinan seperti kecacatan dalam produksi insulin atau berkurangnya sensitifitas (respon) sel dan jaringan tubuh terhadap insulin yang ditandai dengan meningkatnya kadar insulin di dalam darah. (Nurul Wahdah, 2011)

   b. Diabetes Mellitus Tipe II adalah defek sekresi insulin, dimana pankreas tidak mampu menghasilkan insulin yang cukup untuk mempertahankan glukosa plasma yang normal, sehingga terjadi hiperglikemia yang disebabkan insensitifitas seluler akibat insulin. (Elizabeth J Corwin, 2009)

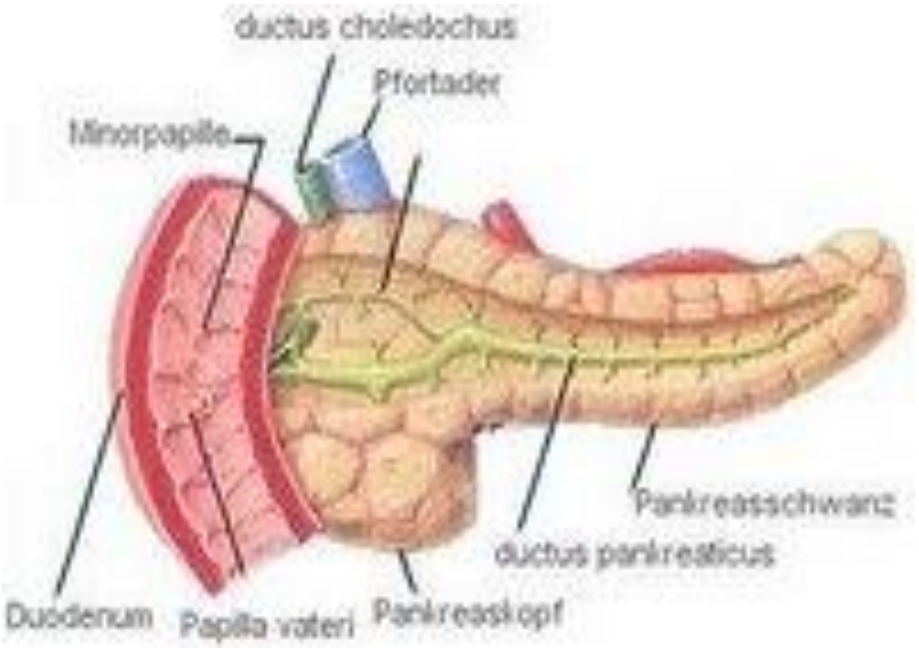
   c. Diabetes Mellitus Tipe II adalah keadaan dimana kadar glukosa tinggi, kadar insulin tinggi atau normal namun kualitasnya kurang baik, sehingga gagal membawa glukosa masuk dalam sel, akibatnya terjadi gangguan transport glukosa yang dijadikan sebagai bahan bakar metabolisme energi. (FKUI, 2011)

2. Anatomi Fisiologi

   a. Anatomi

      Pankreas merupakan sekumpulan kelenjar yang panjangnya ± 15 cm, lebar 5 cm, mulai dari duodenum sampai ke limpa dan

beratnya rata-rata 60 – 90 gram. Terbentang pada vertebrata lumbalis 1 dan 2 di belakang lambung. Bagian depan (kepala) kelenjar pankreas terletak pada lekukan yang dibentuk oleh duodenum dan bagian pilorus dari lambung. Bagian badan yang merupakan bagian utama dari organ ini merentang ke arah limpa dengan bagian ekornya menyentuh atau terletak pada alat ini. Pulau Langerhans berbentuk Ovoid dengan besar masing-masing pulau berbeda. Jumlah semua pulau Langerhans diperkirakan antara 1 – 2 juta pada pankreas di dalam tubuh manusia.



Gambar : Http://pancreas anatomi.Com.2008

b. Fisiologi

Pankreas memiliki fungsi eksoskrin dan endokrin. Fungsi eksoskrin pankreas berkaitan dengan sintesis dan pengeluaran enzim-enzim pencernaan dan larutan natrium bikarbonat dari

sel-sel pankreas. Sel-sel asinus pankreas membentuk enzim-enzim pencernaan (amilase, tripsin, lipase) dan bikarbonat. Setelah .Ldisintesis enzim-enzim tersebut dikelurkan dari asinus kedalam duktus pankreatikus. Dari sini ezim-enzim tersebut mengalir melalui sfingter oddi ke bagian pertama dari usus halus, duodenum. Sedangkan fungsi endokrin dari pangkreas yaitu memproduksi dan melepaskan glukagon yang menjadi faktor hiperglikemik, suatu hormon yang mempunyai efek berlawan dengan insulin ”anti insulin like activity”, (diproduksi oleh sel-sel A/Alpha); sel-sel B (Betha) membuat insulin yang berfungsi untuk meningkatkan metabolisme glukosa dalam otot melalui membran sel. Pengaturan sekresi insulin dipengaruhi efek umpan balik kadar glukosa darah. Bila kadar glukosa darah meningkat, maka sekresi insulin meningkat pula dan bila kadar glukosa normal atau rendah, produksi insulin akan menurun. Sel-sel D (delhta) membuat Somatostatin yang berperan dalam proses pertumbuhan.

3. Etiologi

   Berikut ini adalah faktor resiko yang dapat terkena DM Tipe II, antara lain:

   a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah, meliputi:

      1) Usia

         Berdasarkan beberapa penelitian, usia yang terbanyak tekena Diabetes Melitus adalah > 45 tahun.

      2) Faktor Genetik

         DM tipe 2 berasal dari interaksi genetis dan diduga bahwa bakat diabetes merupakan gen resesif. Risiko terjadinya DM tipe 2 akan meningkat dua sampai enam kali lipat jika orang tua atau saudara kandung mengalami penyakit ini.

3) Riwayat persalinan

Riwayat persalinan dengan berat lahir bayi>4000 g atau riwayat perna menderita DM gestasional.

b. faktor risiko yang dapat di ubah

1) Obesitas

terdapat korelasi bermakna antara obseditas dengan kadar gula darah, pada derajat kegemukan dengan IMT> 23 dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah menjadi 200mg/dl

2) Dislipidemia

Kondisi ini ditandai dnegan kenaikan kadar lemak darah (trigliserida >250 mg/dl). terdapat hubungan kenaikan plasma insulin dnegan rendahnya HDL (<35 mg/dl)

3) Hipertensi

beberapa penelitian mengunakan ada hubungan tekanan darah tinggi dengan kejadian diabetes melitus. tekanan darah yang tinggi menurunkan resistensi insulin.

4) Konsumsi alkohol

Alkohol akan mengganggu metabolisme gula darah dan meningkatkan tekanan darah.

c. Faktor risiko lainnya sebagai berikut:

1) Menderita polycyctic ovarial syndrome(PCOS) atau keadaan klinis lain yang terkait dengan resistensi insulin
2) Adanya riwayat toleransi glukosa yang terganggu (TGT) atau glukosa darah puasa terganggu (GDPT) sebelumnya
3) Memiliki riwayat penyakit kardiovaskular

4. Patofisiologis.

Dalam patofisiolohi Diabetes Melitus Tipe II terdapat beberapa keadaan yang berperan yaitu: (Fatimah, 2015)

a. Resisten insulin.

Diabetes melitus tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekeresi insulin, namun karena sel-sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal. keadaan ini lazim disebut “resistensi insulin”. resistensi insulin bak terjadi akibat dari obesitas dan kurangnya aktivitas fisik, serta penuaan. Kondisi penurunan sensitivas insulin ini, mengakibatkan produksi glukosa hepatik berlanjut bahkan samapi dengan kadar glukosa darah tinggi.

b. Disfungsi Sel B Pankreas

pada awal perkembangan Diabetes Melitus Tiper 2, Sel B menunjukkan gangguan pada sekresi insulin pada fase pertama, artinya sekresi insulin gagal menkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, pada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel B pankreas akan terjadi secara progresif dan sering mengakibatkan defisiensi insulin.

Defisiensi insulin menyebabkan 3 masalah metabolik mayor, yaitu (Black & Hawks, 2014):

1) penurunan pemanfaatan glukosa

Sel-sel yang memerlukan insulin sebagai pembawa glukosa hanya dapat mengambil kira-kira 25% dari glukosa yang diperlukan sel. tanpa glukosa yang adekuat, banyak glukosa yang dimakan tidak dapat digunakan. dengan insulin yang tidak adekuat, kadar glukosa darah meningkat (hiperglikemia), organ hati juga tidak dapat menyimpan kelebihan glukosa sebagai glikogen. upaya mengembalikan keseimbangan kadar glukosa darah, maka ginjal mengeluarkan glukosa berlebihan (diuresis osmotik), sehingga menyebabkan pengeluaran air (urine) meningkat

atau poliuri, dan mengakibatkan defisit volume cairan sehingga pasien juga sering merasa haus (polidipsi)

2) Peningkatan mobilisasi lemak

Tubuh mengubah simpananan lemak untuk produksi energi bila glukosa pada sel tidak tersedia. metabolisme lemak menyebabkan pemecahan produk yang disebut keton. kadar keton dapat diukur di dalam darah dan urine, kadar tinggi mengindikasikan tidak terkontrolnya DM. Keton menganggu keseimbangan asam dan basa tubuh. kemudian ketika lemak menjadi sumber energi , kadar lemak tubuh meningkat menjadi 5 kali normal, menagarha kepada peningkatan aterosklerosis.

3) Peningkatan pemanfaatan protein

Kekurangan insulin mengarah kepada pemborosan protein. protein akan dipecah dan diubah menjadi glukosa di dalam hati sehingga kadar glukosa darah meningkat.

5. Manifestasi Klinik.

Tanda dan gejala Diabetes Melitus dibendakan menjadi akut dan kronik,yaitu:

a. Gejala akut diabetes melitus, yaitu
   1) Polifagia, peningkatan frekuensi BAK, terutama di malam hari.
   2) Polidipsia, banyak minum. Dehidrasi sekunder terhadap poliuria menyebabkan haus.
   3) Poliuria, kelaparan berlebihan akibat katabolisme jaringan

b. Gejala kronik diabetes melitus yaitu
   1) Penurunan Berat Badan
   2) pandangan kabur berulang
   3) priuritus, infeksi kulit

4) ketonuria
5) lemah dan letih

6. Test Diagnostik
   a. Hiperglikemia dengan nilai pemerikssaan sebagai berikut:
      1) Kadar Gula Darah Sewaktu (GDS) > 200 mg/dl
      2) Kadar Gula darah Puasa > 126 mg/dl [70-110 mg/dl]
      3) Kadar gula darah setelah makan/ 2 jam pp ≥ 200 mg/dl [<140 mg/dl]
   b. TTGO (Test Toleransi Glukosa Oral) : ≥ 200 mg/dl [140 mg/dl].
   c. HbA_1C: Tes ini mengukur presentasi glukosa yang menempel pada hemoglobin dalam sel darah merah selama masa hidup sel darah merah (± 120 hari). Semakin lama glukosa dalam darah berada di atas kadar yang normal, semakin banyak glukosa terikat dengan sel darah merah dan semakin tinggi kadar hemoglobin glikosilasi. Nilia normal 5 % - 6 %.
   d. urinalisis: terdapat glukosa dan keton pada urine.
   e. C- Peptida: untuk mengetahui konsentrasi insulin dalam serum.
   f. Gas darah arteri: biasanya menujukkan PH rendah dan penurunan HCO_3 (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.

7. Penatalaksanaan Medik

   Tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik.

   (1) Non farmakologi
      1) Latihan Jasmani

         Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot, dan

memperbaiki pemakaian insulin. Latihan mempunyai efek yang sangat bermanfaat pada diabetes karena dapat menurunkan berat badan, mengurangi rasa stres dan mempertahankan kesegaran tubuh. Latihan juga akan mengubah kadar lemak di dalam tubuh.

2) Diet

Salah satu tujuan utama terapi diet pada diabetes adalah menghindari kenaikan kadar glukosa darah yang tajam dan cepat setelah makan. Bagi penderita DM tipe II karena obesitas, penurunan berat badan merupakan kunci utama dalam penanganan diabetes. Obesitas akan disertai peningkatan resistensi terhadap insulin.

(2) Farmakologi

Pemberian insulin

1) Oral:

a) Golongan Sulfonilurea: bekerja terutama dengan merangsang langsung pankreas untuk mensekresikan insulin. Disamping itu kerja penting lain dari preparat ini, yang tidak berakibat langsung pada pankreas adalah memperbaiki kerja insulin di tingkat seluler serta menurunkan secara langsung produksi glukosa oleh hati. Dengan demikian golongan Sulfonilurea tidak dapat digunakan pada penderita DM tipe II dan pasien diabetes yang cenderung mengalami ketoasidosis. Contoh : Asetoheksamid (Dymelor), Glipizid (Glucontrol)

b) Golongan Biguanid: memfasilitasi kerja insulin pada tempat reseptor perifer.

Contoh: Metformin (Glucophage)

c) Golongan inhibor α glukosidase: obat ini bekerja secara kompetitif menghambat kerja enzim α glukosidase didalam saluran cerna, sehingga menurunkan penyerapan glukosa

dan menurunkan hiperglikemia paskaprandial. Contoh: Acarbose

d) Insulin Sensitizing agent

Thoazolidinediones: golongan obat baru yang mempunyai efek farmakologi meningkatkan sensivitas insulin, sehingga bisa mengatasi masalah resistensi insulin dan berbagai masalah akibat resistensi insulin tanpa menyebabkan hipoglikemi.

2) Terapi Insulin

- Long-acting insulin, biasanya disebut sebagai insulin “tanpa puncak kerja” karena preparat ini cenderung memiliki kerja yang panjang, perlahan dan bertahan.
- Insulin Kerja cepat, insulin yang bekerja dimulai 5 menit setelah obat diinjeksikan, puncaknya dalam 1 jam , dnegan durasi kerja 2-4 jam

8. Komplikasi

a) Hipoglikemia

Keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit dan atau aktivitas fisik yang berat.

b) Ketoasidosis

Akibat defisiensi insulin, maka pemecahan lemak (lipolisis) menjadi asam-asam lemak bebas dan gliserol yang akan diubah menjadi badan keton oleh hati. Badan keton tersebut bersifat asam dan bila bertumpuk dalam sirkulasi darah, badan keton akan menimbulkan asidosis metabolik.

c) Makrovaskuler

Peningkatan kadar glukosa darah akan mempengaruhi perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar. Berbagai tipe penyakit makrovaskuler dapat terjadi tergantung

pada lokasi lesi aterosklerotik. Bila perubahan aterosklerotik mengenai pembuluh darah arteri koroner maka akan menyebabkan insedens infark miokard. Dan jika terjadi pada pembuluh darah serebral atau pembentukan embolus di tempat lain dalam sistem pembuluh darah yang kemudian terbawa aliran darah sehingga terjepit dalam pembuluh darah serebral dan menyebabkan serangan iskemia sepintas (TIA) dan stroke. Serta jika menyerang pembuluh darah besar pada ekstremitas bawah akan menyebabkan terjadinya insidens penyakit oklusif arteri perifer yang merupakan penyebab utama meningkatnya insidens gangren dan amputasi pada pasien diabetes.

d) Retinopati diabetic

Gangguan penglihatan yang berhubungan dengan retinopati proliperatif dapat terjadi akibat pendarahan vitreus atau ablasio retina. Korpus vitreus yang normal tampak jernih sehingga memungkinkan transmisi cahaya ke retina. Apabila terjadi pendarahan, korpus vitreus akan menjadi keruh dan tidak dapat mentransmisikan cahaya. Sebagai akibatnya terjadi kehilangan penglihatan. Konsekuensi lain dari perdarahan vitreus adalah terbentuknya jaringan parut fibrosa yang disebabkan oleh reabsorbsi darah ke dalam korpus vitreus. Jaringan parut ini dapat menarik retina sehingga terjadi ablasio (pelepasan) retina dan akhirnya terjadi kebutaan.

e) Nefropati

Akibat dari peningkatan kadar glukosa dalam darah, maka mekanisme filtrasi ginjal akan mengalami stres yang mengakibatkan kebocoran protein darah ke dalam urine. Sebagai akibatnya, tekanan dalam pembuluh darah ginjal meningkat yang diperkirakan berperan sebagai stimulasi untuk terjadinya refropati.

a) Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompak dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktek keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. Dengan menggunakan metode ini perawat dapat mendemonstrasikan tanggung gugat dan tanggung jawab pada klien, sehingga kualitas praktik keperawatan dapat meningkat. (Tarwoto, W. 2006).

American Nurses Associaton (ANA) mengembangkan proses keperawatan menjadi lima tahap yaitu : Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi. Asosiasi Diagnosa keperawatan Amerika (NANDA) kemudia mengembangkan dan mengelompokkan diagnosa keperawatan serta membantu menciptakan pola komunikasi antar perawat dan dapat memberikan batasan antara diagnosa keperawatan dengan diagnosa medis. Diagnosa keperawatan berfokus pada respon klien sedangkan diagnosa medis berfokus pada proses penyakit.

Langkah-langkah Proses Keperawatan

Dalam proses keperawatan ada 5 tahap, dimana tahap-tahap tersebut tidak dapat dipisahkan dan dapat saling berhubungan. Tahap-tahap ini secara bersama-sama membentuk lingkaran pemikiran dan tindakan yang kontinu, yang mengulangi kembali kontak dengan pasien.

Tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian
2. Diagnosa Keperawatan
3. Perencanaan

4. Pelaksanaan
5. Evaluasi

Kelima langkah tersebut dapat dijadikan pedoman dalam mencapai tujuan keperawatan yaitu: meningkatkan, mempertahankan kesehatan atau membuat pasien mencapai kematian dengan tenang pada pasien terminal, serta memungkinkan pasien atau keluarga dapat mengatur kesehatannya sendiri menjadi lebih baik.

1. Pengkajian

   Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: mengumpulkan data secara sistematis (bio-psiko, sosial dan spiritual), memilih dan mengatur data yang dikumpulkan dan mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali.

   Pengumpulan dan pengorganisasian data harus menggambarkan dua hal yaitu:

   a. Status kesehatan klien
   b. Kekuatan pasien dan masalah kesehatan yang dialami (actual atau resiko/potensial).

   Dalam melakukan pengkajian diperlukan keahlian-keahlian (skill) seperti wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi. Hasil pengumpulan data kemudian diklasifikasikan dalam data subjektif dan objektif.

   Data subjektif : merupakan ungkapan atau persepsi yang dikemukakan pasien.

   Data objektif : merupakan data yang didapat dari hasil obsevasi, pengukuran dan pemeriksaan fisik.

Data yang biasanya muncul pada penyakit diabetes melitus yaitu:

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

   Sebelum sakit Klien mengatakan tidak bisa menjaga pola makan dan sering sekali minum minuman yang manis secara berlebihan. Klien belum tahu mengenai penyakit diabetes millitus. jika sakit klien selalu memeriksakan kesehatanya ke rumah sakit atau klinik terdekat. Selama sakit, klien mengatakan cemas akan penyakitnya, klien mengatakan ingin cepat pulang dan berkumpul dengan keluarga seperti biasanya, klien menuruti pola makan atau diet yang diberikan dirumah sakit.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

   Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa makan 3x sehari dengan menu nasi, lauk pauk, sayur-sayuran dan buah-buahan, klien menyukai semua jenis makanan, klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan tertentu. Klien minum ±8-9 gelas per hari dengan minuman yang bervariasi seperti air putih, teh manis dan susu dan paling suka minum minuman manis, berat badannya 54 kg. Klien mengatakan selama sakit klien makan 3x sehari dari rumah sakit dengan makanan Diit Diabetes Tipe II dan tidak dihabisakan ½ porsi. Minum 11-12 gelas/hari dengan minuman yang disediakan keluarga dan Rumah Sakit dengan jenis minuman teh tawar dan air putih, berat badannya 51 kg.

c. Pola Eliminasi

   Rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih (infeksi), ISK, nyeri tekan abdomen, perubahan pola berkemih nokturia, diare/konstipasi.

   Urine encer, pucat, kuning, poliuri (dapat berkembang menjadi oliguria/anuria jika terjadi hipovolemia berat), urine berkabut, bau busuk (infeksi), abdomen keras, adanya asites, bising usus lemah dan menurun; hiperaktif (diare).

d. Pola aktivitas dan latihan

Susah bergerak/berjalan, lemah, letih, tidak mampu untuk mempertahankan rutinitas biasanya, penurunan kinerja, cenderung kecelakaan. kram otot, penurunan kekuatan otot, takikardia dan takipnea, kesemutan pada ekstremitas.

e. Pola tidur dan istirahat

Kram otot, gangguan tidur, takikardia dan takipnea pada keadaan istirahat, kesemutan pada ekstremitas, gatal. Lemah, letih, letargi/disorentasi, pusing, sakit kepala.

f. Pola persepsi kognitif

Gangguan penglihatan, nyeri abdomen, pusing, sakit kepala, gangguan memori, kacau mental. disorientasi : mengantuk,

g. Pola persepsi dan konsep diri

Ganguan pada gambaran diri dengan adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh, gangguan peran pada keluarga, cemas oleh karena luka yang sukar sembuh, lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan, gelisah, stres.

h. Pola peran dan hubungan sesama

Perasaan malu dan menarik diri dari pergaulan dengan adanya luka gangren yang sukar sembuh dan berbau, stres, tergantung pada orang lain.

i. Pola reproduksi dan seksualitas

Gangguan impotensi pada pria, ganguan kualitas ereksi dan ejakulasi serta kesulitan orgasme pada wanita, pruritus vulva, impotensi pada pria.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan mekanisme koping maladaktif, stress.

k. Pola sistem kepercayaan

Pola ibadah yang terganggu dengan adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status keperawatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya.

Tujuan penggunaan diagnosa keperawatan adalah:

a. Memberikan bahasa yang umum bagi perawat sehingga jalinan informasi dalam persamaan persepsi dapat terjadi.
b. Meningkatkan identifikasi tujuan yang tepat sehingga pemilihan interpensi lebih akurat dan menjadi pedoman dalam melakukan evaluasi.
c. Menciptakan standar praktik keperawatan
d. Memberikan dasar peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Dalam merumuskan diagnosa keperawatan ada tiga komponen yang perlu dicantumkan yaitu Problem (P), Etiologi (E) dan Simtom (S).

Diagnosa Keperawatan

a. Resiko ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan kurang kepatuhan pada rencana management diabetes.
b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral (anoreksia, mual, lambung penuh, nyeri, abdomen, perubahan kesadaran), status hipermetabolisme (pelepasan hormon stres, misalnya; epinefrin), proses infeksius.

c. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan pada sirkulasi, infeksi pernapasan yang ada sebelumnya, ISK.
d. Resiko tinggi tehadap perubahan sensori perseptual berhubungan dengan perubahan kimia endogen: ketidakseimbangan glukosa/insulin atau elektrolit.
e. Kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, perubahan kimia darah : insufisiensi insulin, peningkatan kebutuhan energi: status hipermetabolik/infeksi.
f. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka panjang/ progresif yang tidak dapat diobati, ketergantungan pada orang lain.
g. Kurang pengetahuan mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat, kesalahan interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi.

3. Perencanaan

Pada tahap perencanaan ada empat hal yang harus diperhatikan:

a. Menentukan perioritas masalah dengan cara:
   1) Berdasarkan Hierarki Maslow yaitu fisiologis, keamanan/ keselamatan, mencintai dan memiliki, harga diri dan aktualisasi diri.
   2) Berdasarkan Griffth-Kenney Christensen dengan urutan:
      - Ancaman kehidupan dan kesehatan
      - Sumber daya dan dana yang tersedia
      - Peran serta klien
      - Prinsip ilmiah dan praktik keperawatan.
b. Menentukan tujuan

   Dalam menentukan tujuan digambarkan kondisi yang diharapkan disertai jangka waktu.

c. Menentukan kriteria hasil

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan kriteria hasil adalah:

1) Bersifat spesifik dalam hal isi dan waktu misalnya pasien dapat menghabiskan 1 porsi makanan selama 3 hari setelah operasi.
2) Bersifat realistik, artinya dalam menentukan tujuan harus dipertimbangkan faktor fisiologios/patologi penyakit yang dialami dan sumber yang tersedia serta waktu pencapaian.
3) Dapat diukur, misalnya pasien dapat menyebutkan tujuan batuk efektif dengan benar dan mendemonstrasikan cara batuk efektif
4) Mempertimbangkan keadaan dan keinginan pasien

d. Merumuskan intervensi dan aktivitas perawatan

Perencanaan Keperawatan

a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik, kehilangan gastrik berlebihan (diare, muntah), masukan dibatasi (mual, kacau mental)

Hasil yang diharapkan :

Pasien menunjukkan hidrasi adekuat dibuktikan oleh tanda vital stabil, nadi perifer dapat diraba, turgor kulit dan pengisian kapiler baik, saluran urine tepat secara individu dan kadar elektrolit dalm batasan normal.

Intervensi :

1) Kaji riwayat pasien sehubungan dengan lamanya/ intensitasnya dari gejala seperti muntah, pengeluaran urine yang sangat berlebihan.

Rasional: membantu dalam memperkirakan kekurangan volume total, adanya proses inveksi mengakibatkan demam dan keadaan

hopermetabolik yang meningkatkan kehilangan air tidak kasat mata

2) Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan TD ortostatik

   Rasional: hipovolemioa dapat dimanifestasikan oleh hipotensi dan takikardia. Perkiraan berat ringannya hipovolemia dapat dibuat ketika tekanan darah turun dari 10 mmHg dari posisi berbaring ke posisi duduk/berdiri

3) Kaji pola napas seperti adanya pernapasan kusmaul atau pernapasan yang berbau keton.

   Rasional: Paru-paru mengeluarkan asam karbonat melalui pernapasan yang menghasilkan kompensasi alkalosis respiratoris terhadap keadaan ketoasidosis. Pernapasan yang berbau aseton berhubungan dengan pemecahan asam aseto-asetat dan harus bekurabn bila ketosis telah terkoreksi.

4) Pantau suhu, warna kulit, atau kelembabannya.

   Rasional: Meskipun demam, menggigil dan diaphoresis merupakan hal umum terjadi pada proses inveksi, demam dengan kulit yang kemerahan, kering mungkin sebagai cerminan dari dehidrasi.

5) Kaji nadiperifer, pengisian kapiler turgor kulit dan membrane glukosa.

   Rasional: Merupakan indicator dari tingkat dehidrasi, atau volume sirkulasi ade kuat.

6) Pantau masukan dan pengeluaran, catat berat jenis urine.

   Rasional: Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal dan keefektifan dari terapi yang diberikan

7) Ukur berat badan setiap hari.

   Rasional: Memberikan hasil pengkajian yang terbaik dari status cairan yang berlangsung dan selanjutnya dalam memberikan cairan pengganti.

8) Pertahankan pemberian cairan paling sedikit 2500 ml per hari dalam batasan yang dapat ditoleransi jantung jika pemasukan melalui oral sudah dapat di berikan

   Rasional: Mempertahankan hidrasi/volume sirkulasi

9) Beri selimut pada pasien dengan menggunakan selimut tipis

   Rasional: Menghindari pemanasan yang berlebihan terhadap pasien lebih lanjut akan menimbulkan kehilangan cairan.

10) Kaji adanya perubahan mental/sensori

    Rasional: Perubahan mental dapat berhubungan dengan glukosa yang tinggi atau rendah (hiperglikemia atau hipoglikemia),elektrolit yang abnormal, asidosis, penurunan perfusi serebral, berkembangnya hipoksia.

11) Kaji adanya keluhan mual, nyeri abdomen, muntah dan distensi lambung.

    Rasional: kekurangan cairan dan elektrolit mengubah motilitas lambung, yang sering kali akan menimbulkan muntah yang akan menyebabkan kekurangan cairan atau elektrolit.

12) Obserpasi adanya perasaan kelelahan yang mengikat, edema, peningkatan BB, nadi tidak teratur, dan adanya distensi pada veskuler

Rasional: pemberian cairan untuk perbaikan yang cepat mungkin sangat berpotensi menimbulkan kelebihan beban cairan dan GJK.

13) Memberikan terapi cairan sesuai dengan indikasi

Rasional: tipe dan jumlah cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan dan respon pasien secfara individual.

14) Pertahankan pemasangan kateter urine

Rasional: memberikan pengukuran yang tepat/akurat terhadap pengukuran haluan urine terutama jika neuropati otonom menimbulkan gangguan kantong kemih

15) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti:

a) Hematokrit (Ht)

Rasional: mengkaji tingkat hidrasi dan seringkali meningkat akibat hemokonsentrasi yang terjadi setelah dieresis osmotik.

b) BUN/ kreatinin

Rasional: peningkatan nilai dapat mencerminkan kerusakan sel karena dehidrasi atau tanda awitan kegagalan ginjal.

c) Omolalitas darah

Rasional: meningkat sehubungan dengan adanya hiperglikemia dan dehidrasi

d) Natrium

Rasional: mungkin menurun yang dapat mencerminkan perpindahan cairan dari intersel.

16) Berikan bikarbonat bila pH kurang dari 7,0

Rasional: diberikan dengan hati-hati untuk membantu memperbaiki asidosis pada adanya hipotensi atau syok.

b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral (anoreksia, mual, lambung penuh, nyeri, abdomen, perubahan kesadaran), status hipermetabolisme (pelepasan hormone stress misalnya; epirefrin), proses infeksius.

Hasil yang diharapkan :

- Pasien mampu mencerna jumlah kalori/nutrient yang tepat.
- Menunjukkan tingkat energi biasanya.
- Berat badan stabil atau penambahan kea rah rentang biasanya/yang diinginkan dengan nilai laboratorium normal.

Intervensi :

1) Timbang BB setiap hari atau sesuai indikasi.
   Rasional: mengkaji pemasukan makanan yang adekuat.
2) Tentukan program diet dan pola makan pasien dan dandingkan makanan yang dapat dihabiskan pasien.
   Rasional: mengidentifikasi kekurangan dan penyimpanan dari kebutuhan terapeutik.
3) Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/ perut kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna.
   Rasional: hiperglikemia dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat menurunkan motilitas/fungsi lambung.
4) Identifikasi makanan yang disukai/dikehendaki termasuk kebutuhan etrik/kutural.
   Rasional: jika makanan yang disukai pasien dapat dimasukkan dalam perencenaan makan, perencanaan ini dapat diupayakan setelah pulang.
5) Libatkan keluarga pasien pada perencanaan makan sesuai dengan indikasi

Rasional: meningkatkan rasa keterlibatannya; memberikan informasi pada keluarga untuk memahami nutrisi pasien.

6) Observasi tanda-tanda hipoglikemia seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, denyut nadi cepat, lapar, sakit mata, pusing.

   Rasional: karena metabolisme karbohidrat mulia terjadi sementara tetap diberikan insulin maka hipoglikemi dapat terjadi.

7) Periksa gula darah dengan menggunakan “finger stick”

   Rasional: analisa di tempat tidur terdapat gula darah lebih akurat daripada memantau gula dalam urine yang tidak cukup akurat karena dapat dipengaruhi oleh ambang ginjal pasien atau adanya retensi urine/gagal ginjal.

8) Pantau pemeriksaan laboratorium: glukosa darah, aseton, pH, HCO_3

   Rasional: gula darah akan menurun perlahan dengan pemberian cairan dan terapi insulin. Dengan pemberian insulin dosis optimal, glukosa kemudian dapat masuk ke dalam sel dan digunakan untuk sumber kalori, sehingga kadar aseton akan menurun dan asidosis dapat dikoreksi.

9) Berikan pengobatan insulin secara teratur denganm metode IV secara intermiten atau secara continue.

   Rasional: insulin regular memiliki awitan cepat yang dapat memindahkan glukosa kedalam sel dengan cepat.

10) Berikan larutan glukosa, misalnya dekstrosa setengah salin normal

Rasional: larutan glukosa ditambahkan setelah setelah pemberian insulin untuk menghindari terjadinya hipoglikemia.

11) Lakukan konsultasi dengan ahli diet

Rasional: bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien; membantu pasien dan orang terdekat dalam mengembangkan perencanaan makanan.

c. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan pada sirkulasi, infeksi pernapasan yang ada sebelumnya, ISK.

Hasil yang diharapkan :

Pasien menunjukkan tehknik, perubahan gaya hidup untuk mencegah terjadinyainfeksi.

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan, seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulen, urine keruh atau berkabut.

Rasional: pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan kehoasidosis atau dapat mengalami infeksi nosokomial..

2) Tingkat upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri.

Rasional: mencegah timbul infeksi silang (infeksi nosokemial).

3) Pertahankan tehnik aseptik pada prosedur invasive, pemberian obat intravena, dan memberikan perawatan pemeliharaan.

   Rasional: kadar glukosa yang tinggi dalam darah akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman.

4) Lakukan perawatan parineal dengan baik.

   Rasional: mengurangi resiko terjadinya infeksi saluran kemih.

5) Berikan perawatan kulit dengan teratur, masase daerah tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering serta linen yang kering dan kencang.

   Rasional: sirkulasi perifer bias terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan resiko terjadinya kerusakan/iritasi kulit dan infeksi.

6) Lakukan penghisapan lendir pada jalan nafas dengan menggunakan teknik steril sesuai keperluannya

   Rasional: mencegah agar secret tidak statis dengan terjadinya dengan peningkatan terhadap risiko ifeksi.

7) Bantu pasien untuk melakukan hygiene oral

   Rasional: menurunkan resiko terjadinya penyakit mulut/gusi

8) Lakukan pemeriksaan kultur dan sensitivitas sesuai dengan indikasi

   Rasional: untuk mengidentifikasi organisme sehingga dapat memilih/memberi terapi antibiotik yang terbaik.

9) Berikan obat antibiotik yang sesuai

   Rasional: penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.

d. Resiko tinggi tehadap perubahan sensori perceptual berhubungan dengan perubahan kimia endogen: ketidakseimbangan glukosa/insulin atau elektrolit.

Hasil yang diharapkan :

- Pasien mempertahankan tingkat mental biasanya.
- Pasien mampu mengenali dan mengkompensasi adanya kerusakan sensori.

Intervensi :

1) Pantau tanda-tanda vital dan status mental .

   Rasional: sebagai dasar untuk membandingitemuan abnormalseperi suhu yang meningkat dapat mempengaruhi fungsi mental.

2) Beri penjelasan yang singkat dengan bicara perlahan dan jelas.

   Rasional: menurunkan kebingungan dan membantu untuk mempertahankan kontak dengan realitas.

3) Jadwalkan intervensi keperawatan agar tidak mengganggu waktu istirahat pasien.

   Rasional: meningkatkan tidur, menurunkan rasa letih dan dapat memperbaiki daya pikir.

4) Beri aktivitas rutin pada pasien, dorong untuk melakukan kegiatan sehari-hari sesuai kemampuannya.

   Rasional: agar pasien tetap berhubungan dengan realitas dan mempertahankan orientasi pada lingkunganya.

5) Ciptakan lingkungan yang tenang.

   Rasional: Lingkungan yang teang dapat memberikan kesempatan kepada pasien untuk istirahat.

6) Evaluasi lapang pandang penglihatan sesuai indikasi..

Rasional: edema/lepasnya retina, hemoragis, katarak atau patralisasi otot ekstraokuler, sementara mengganggu penglihatan yang memerlukan terapi korektif atau perawatan penyokong.

7) Kajian adanya keluhan Parestesia, nyeri atau kehilangan sensori pada paha/kaki, lihat adnya ulkus, daerah kemerahan, tempat-tempat tertekan, kehilangan denyut nadi parifer.

Rasional: neuropatik perifer dapat mengakibatkan rasa tidak nyaman yang berat, kehilangan sensori sentuhan/distorsi yang mempunyai resiko tinggi terhadap terhadap kerusakan kulitdan gngguan keseimbangan.

8) Berikan tempat tidur yang lembut.

Rasional: meningkatkan rasa nyaman dan menurunkan kemungkinan kerusakan kulit karena panas.

9) Bantu pasien dalam ambulasi atau perubahan posisi.

Rasional: meningkatkan keamanan pasien terutama ketika rasa keseimbangan dipengaruhi.

10) Berikan pengobatan sesuai dengan obat obat yang ditentukan untuk mengatasi DKA sesuai indikasi.

Rasional: ganguan dalam proses pikiRasional potensial terhadap aktifitas kejang biasanya hilang bila keadan hiperosmolar teratasi

e. Kelemahan berhubungan dengan penurunan produksi energy metabolik, perubahan kimia darah: insufisiensi insulin, peningkatan kebutuhan energi: status hipermetabolik/infeksi

Hasil yang diharapkan :

- Pasien mengungkapkan peningkatan tingkat energi.
- Menunjukkan perbaikan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan

Intervensi :

1) Diskusikan dengan pasien kebutuhan akan aktivitas. Buat jadwal perencanaan dengan pasien dan identifikasi aktifitas yang menimbulkan kelelahan.
   Rasional: pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun pasien sangat lemah.
2) Berikan aktivitas alternative dengan periode istirahat yang cukup/tanpa diganggu.
   Rasional: mencegah kelelahan yang berlebihan.
3) Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum/sesudah melakukan aktifitas.
   Rasional: mengidentifikasikan tingkat aktifitas yang dapat ditoleransi secara fisiologi.
4) Diskusikan cara menghemat kalori selama mandi, berpindah tempat tidur dan sebagainya.
   Rasional: pasien akan dapat melakukan lebih banyak kegiatan dengan penurunan kebutuhan akan pada setiap kegiatan.
5) Tingkatan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi.
   Rasional: meningkatkan kepercayaan diri/harga diri yang positif sesuai tingkat aktivitas yang dapat ditoleransikan pasien.

f. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka panjang/ progresif yang tidak dapat diobati, ketergantungan pada orang lain

Hasil yang diharapkan :

- Pasien mampu mengidentifikasikan cara-cara sehat untuk menghadapi perasaaan.
- Pasien dapat merencanakan perawatannya sendiri dan secara mandiri mengambil tanggung jawab untuk aktifitas perawatan diri..

Intervensi :

1) Anjurkan pasien/keluarga untuk mengekspresikan perasaanya tentang perawatan di rumah sakit dan penyakit secara keseluruhan.

   Rasional: mengidentifikasi area perhatiannya dan memudahkan cara pemecahan masalah.

2) Akui normalitas dari perasaan.

   Rasional: pengenalan bahwa reaksi normal dapat mem bantu pasien untuk memecahkan masalah dan mencari bantuan sesuai kebutuhan. Control terhadap DM merupakan pekerjaan yang terus-menerus bertindak sebagai pengikat konstan terhadap munculnya penyakit serta ancaman terhadap kehidupan/kesehatan pasien.

3) Kaji bagaimana pasien telah menangani masalahnya dimasa lalu. Identifikasi lokus control.

   Rasional: pengetahuan gaya hidup membantu untuk membentuk kebutuhan terhadap tujuan penanganan. Pasien yang mempunyai lokus control internal mempelihatkan cara untuk meningkatkan control terhadap program pengobatan sendiri. Pasien dengan lokus eksternal ingin dirawat orang

lain atau mungkin akan mengendalikan fakror-faktor eksternal yang mempengaruhinya.

4) Beri kesempatan pada keluarga untuk mengekspresikan perhatiannya dan diskusikan cara mereka dapat membantu dapat membantu sepenuhnya terhadap pasien.

   Rasional: meningkatkan perasaan terlibat dan memberikan kesempatan keluarga untuk memecahkan masalah untuk membantu mencegah terulangnya penyakit pada pasien tersebut.

5) Tentukan tujuan/harapan dari pasien atau keluarga.

   Rasional: harapan yang tidak realistis atau adanya tekanan dari orang lain atau diri sendiri dapat mengakibatkan perasaaan frustasi/kehilangan control diri dan mungkin menggangu kemampuan koping.

6) Tentukan adanya perubahan yang berhubungan dengan orang terdekat.

   Rasional: tenaga dan pikiran yang konstan diperlukan untuk mengendalikan diabetic yang seringkali memindahkan focus hubungan. Perkembangan psikologis/neuropati visceral mempengaruhi konsep diri (terutama fungsi peran sosial) mungkinmenambah keadaan stress.

7) Anjurkan pasien untuk membuat keputusan sehubung dengan perawatannyaseperti ambulasi, waktu beraktifitas dan seterusnya.

   Rasional: mengkomunikasikan pada pasien bahwa beberapa pengendalian dapat dilatih pada saat pelatihan dilakukan.

8) Berikan dukungan pada pasien untuk ikut berperan serta dalam perawatan diri sendiri dan berikan umpan balik positif sesuai dengan usaha yang dilakukannya.
   Rasional: meningkatkan perasaan control terhadap situasi.

g. Kurang pengetahuan mengenai penyakit, progresis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat, kesalahan interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi.
   Hasil yang diharapkan :

   - Mengungkapkan pemahaman tentang penyakit.
   - Mengidentifikasi hubungan tanda dan gejala dengan proses penyakit dan menghubungkan gejala dengan factor penyebab.
   - Mampu melakukan prosedur yang perlu dengan benar dan menjelaskan Rasional tindakan.
   - Mengubah gaya hidup dan berpartisipasi dalam program pengobatan.

   Intervensi :

   1) Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan penuh perhatian dan selalu ada untuk pasien
      Rasional: menanggapi dan memperhatikan perlu diciptakan sebelum pasien bersedia mengambil bagian dalam proses belajar.
   2) Libatkan pasien dalam menata tujuan yang diharapkan .
      Rasional: partisipasi dalam perencanaan meningkatkan antusias dan kerjasama pasien dengan prinsip-prinsip yang dipelajari.

3) Ajarkan cara pemeriksaan gula darah dengan menggunakan “finger stick” dan beri kesempatan pasien untuk mendemonstrasikan kembali.

   Rasional: melakukan pemeriksaan darah oleh diri sendiri 4 kali atau lebih dalam sehari memungkinkan fleksibilitas dalam perawatan diri, meningkatkan control gula darah dengan lebih ketat dan dapat mencegah/mengurangi perkembangan komplikasi jangka panjang.

4) Diskusikan tentang rencana diet, penggunaan makanan tinggi serat dan cara untuk melakukan makan diluar rumah.
   Rasional: kesadaran akan pentingnya control diet akan membantu pasien dalam merancang makanan /menaati diet. Serat akan memperlambat absorpsi glukosayang akan menurunkan fluktuasi kadar gula dalam darah.
5) Evaluasi pemberian insulin oleh pasien sendiri dan perawatan terhadap peralatan yang digunakan. Beri kesempatan pada pasien untuk mendemonstrasikan prosedur tersebut, misalnya menentukan daerah penyunyikan, cara menyuntik dan penggunaan alat.
   Rasional: mengidentifikasikan pemahaman dan kebenaran dari prosedur dan masalah yang potensial terjadi (seperti penglihatan, dya ingat dan sebagainya) sehingga sulusi alternatife dapat ditentukan untuk pemberian insulin tersebut.

6) Tekankan pentingnya mempertahankan pemeriksaan gula darah setiap hari, wktu dan dosis obat, diet, aktivitas, perasaan/sensasi dan peristiwa dalam hidup.
   Rasional: membantu dalam menciptakan gambaran nyata dari keadaan pasien untuk melakukan control penyakitnya dengan lebih naik dan meningkatkan perawatan diri.
7) Diskusikan factor-faktor yang memegan peranan dalam control DM, seperti latihan, stress,pembedahan dan penyakit tertentu.
   Rasional: informasi ini akan meningkatan pengendalian terhadap DM dan dapat sangat menurunkan berulangnya kejadian ketoasidosis

8) Anjurkan pasien untuk menghentikan penggunaan rokok.
   Rasional: nikotin mengkontriksikan pembuluh darah kecil dan absorpsi insulin diperlambat selama pembuluh darah mengalami kontraksi.
9) Buat jadwal latihan/aktivitas yang teratur dan identifikasi hubungan dengan penggunaan insulin yang perlu menjadi perhatian.
   Rasional: waktu latihan tidak boleh bersamaan waktunya dengan kerja puncak insulin.
10) Ajarkan cara pemeriksaan kaki dan perawatan kaki. Ajarkan penggunaan stoking dengan bahan serat alamiah.
   Rasional: mencegah atau mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan neuropati parifer atau ganguan sirkulasi terutama selulitis, gangren dan amputasi.

11) Ajarkan pemeriksaan mata secara teratur terutama pada yang telah mengalami DM tipe II selama 8 tahun atau lebih.
Rasional: perubahan dalam penglihatan dapat terjadi secara perlahan dan lebih sering pada pasien yang jarang menontrol DM. masalah yang dapat terjadi, perubahan ketajaman penglihatan dan mungkin berkembang kearah retiropati dan kebutuhan.

12) Anjurkan untuk tidak mengunakan obat-obatan yang dijual bebas tanpa konsultasi dengan tenaga kesehatan/tidak boleh memakai obat tanpa resep.
Rasional: produktivitas mungkin megandung gula atau berinteraksi dengan obat-obat yang diresepkan.

13) Ajarkian tehknik penanganan stres, seperi latihan nafas dalam, bimbingan imajinasi, mengalihkan perhatian.
Rasional: meningkatkan relaksasi dan pengendalian terhadap reseptor stres yang dapat membantu membatasi peristiwa ketidakseimbangan glukosa/insulin.

4. Perencanaan Pulang (*Discharge Planning*)

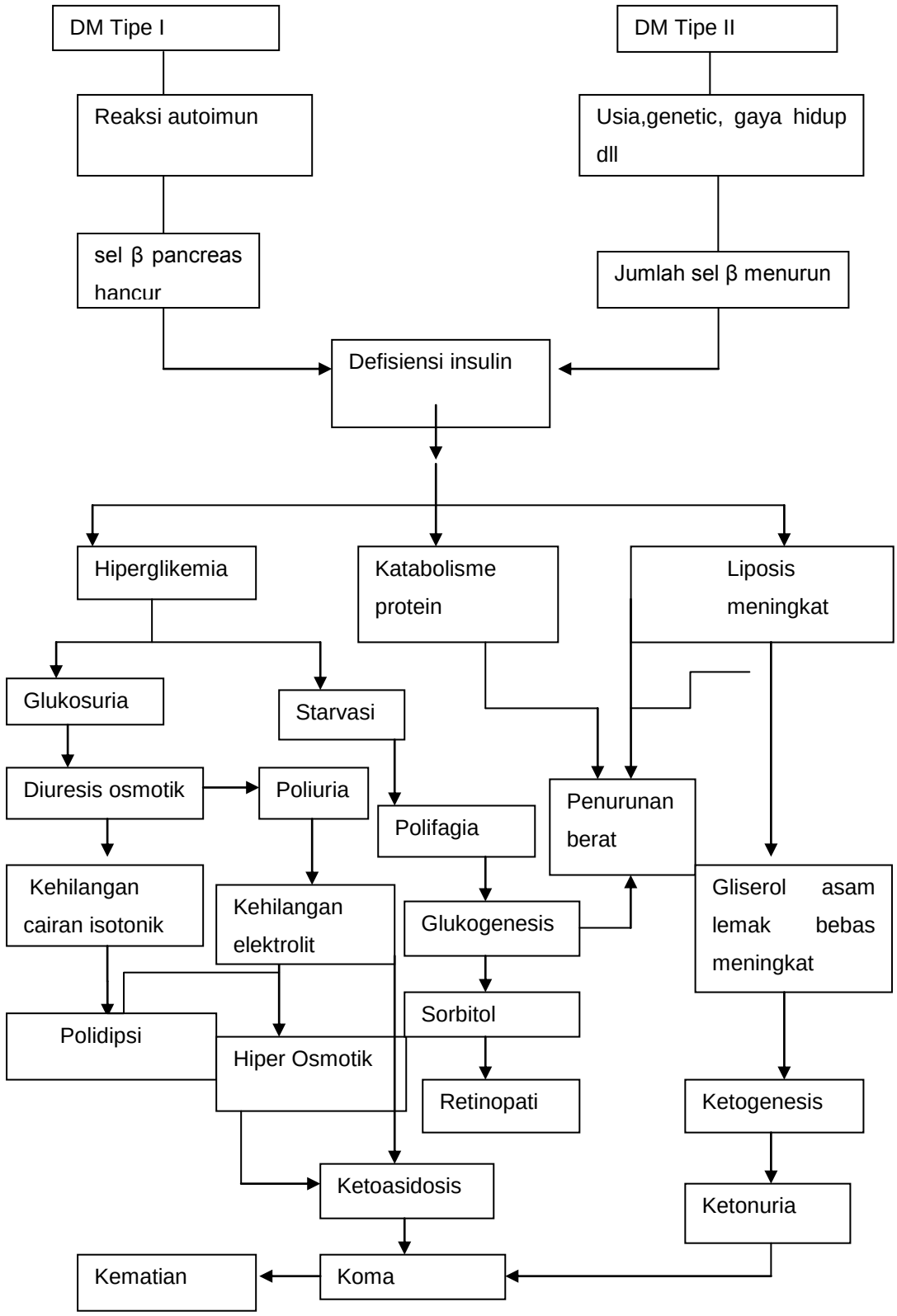
Hal-hal yang perlu disampaikan dan diajarkan pada pasien atau keluarga mengenai penanganan dan pengobatan dirumah sehubungan dengan penyakit antara lain:

a. Pola makan sesuai dengan perencanaan diet yang ditentukan/diberikan.
b. Hindari makanan yang mengandung pemanis (gula) dan makanan yang berlemak.
c. Lakukan latihan fisik yang ringan seperti jalan-jalan kaki pagi atau sore hari, dimana sebelum melakukan latihan fisik hendaknya melakukan pengontrolan glukosa darah terlebih

dahulu. Jika kadar glukosa darah meningkat maka pasien boleh melakukan latihan guna menurunkan glukosa darah,sebaliknya jika kadar glukosa rendah maka pasien harus mendapatkan karbohidrat tambahan denganmengkonsumsi makanan kecil (mengemil) seperti roti, untuk mencegah hipoglikemia.

d. Gunakan alas kaki saat berjalan kaki dan hindari pemakaian sepatu sempit atau kurang pas untuk mencegah terjadinya luka dan bila terdapat luka segera lakukan perawatan untuk mencegah perluasan luka.
e. Rutin kontrol gula darah dirumah atau ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang ditentukan terutama pasien yang mengidap DM tipe II.
f. Bantu kebutuhan pasien yang tidak dapat ditoleransi serta memberikan motivasi.

C. Patoflowdiagram



BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny. “T” umur 62 tahun masuk rumah sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 10 maret 2020 dengan keluhan utama badan terasa lemas, pusing disertai mual dua hari yang lalu, dan mengalami hiperglikemi. kemudian di rawat diruang keperawatan St.bernadeth selama I minggu. Pada tanggal 17 maret 2020 pasien mengalami nyeri pada dada bagian kiri seperti tertindis beban berat dan sesak kemudian pindah ke ruang ICU.

Pengkajian dilakukan pada saat pasien di ruang ICU, tanggal 18 maret 2020 didapatkan diagnosa medik Diabetes Melitus tipe II dan Stemi. Pasien mengatakan nyeri pada dada bagian kiri seperti tertindis beban berat. Dengan skala nyeri 4 pada saat bergerak, tampak pasien lemas, tampak pasien sesak tampak terpasang infus NaCl 20 tetes/menit, Tampak terpasang O^2 5 liter (nasal kanul) , tampak pasien menggunakan kateter, Hasil observasi tanda-tanda vital: TD: 160/80 mmHg, N: 112 x/menit, P: 28 x/menit, S : 37,5ºC, pemeriksaan pemeriksaan GDS:370

Dari data di atas diagnosa keperawatan yaitu : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas, Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah terkait dengan kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan Oksigen

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji Bergita sarbunan : E1714401006

Unit :ICU-ICCU Autoanamnese :√
Kamar : ICCU Alloanamnese :
Tgl masuk RS : 10-03-2020
Tgl pengkajian : 18-03-2020

1. Identitas
   a) Pasien
      Nama Initial : “Ny. T”
      Umur : 62 Tahun
      Jenis Kelamin : Perempuan
      Status Perkawinan : Menikah
      Jumlah Anak : 2
      Agama / Suku : Katolik/ Toraja
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Indonesia
      Pendidikan : SMA
      Alamat rumah : BTN: Tabaria blk .c3 no.4
   b) Penanggung Jawab
      Nama Inisial : Tn “J”
      Umur : 66 tahun
      Alamat rumah : BTN: Tabaria blk .c3 no.4
      Hubungan dengan Pasien : Suami

2. Data Medik
   Saat masuk : DM+Stemi
   Saat pengkajian : DM Tipe 2

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit ~~ringan~~ / sedang / ~~berat~~ / ~~tidak tampak sakit~~

Alasan : Tampak pasien lemah, tampak nyeri dada sebelah kiri dan sesak tampak posisi semi fowler sesak akan bertambah apabila pasien beraktivitas.Tampak pasien menggunakan O^2 5 liter nasal kanul tampak terpasang infus NaCL 20 tetes/menit ditangan sebelah kanan, Tampak terpasang kateter . Tampak terpasang EKG monitor di sebelah kiri pasien.

Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala Koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon verbal : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien sadar penuh

2) Tekanan darah : 160/80 mmHg

MAP :113,33 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal tidak memadai

3) Suhu : 37,5ºC ☐ Oral ☐ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 28x / menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☐ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 112x/menit

Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokes

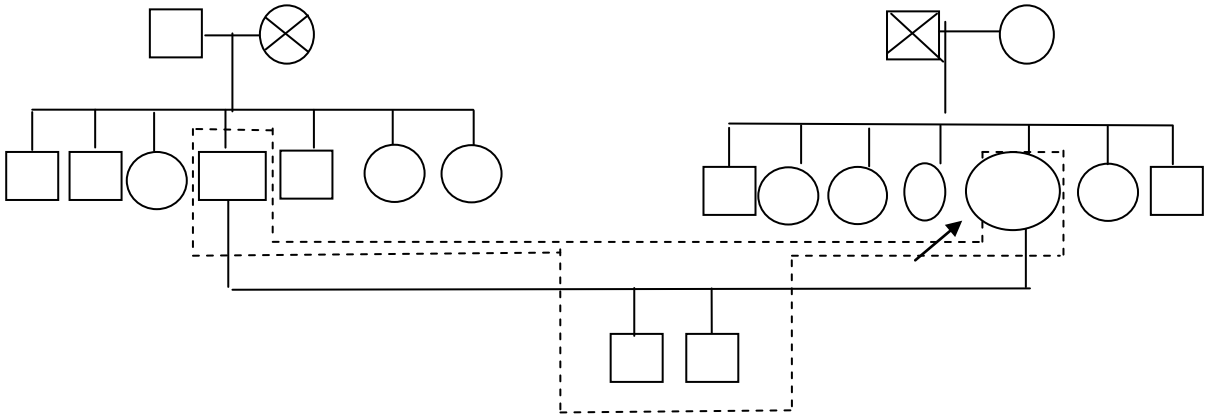
b. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 26 cm
2. Tinggi badan : 153 cm

3. Berat badan : 53 kg
4. IMT (Indeks Massa Tubuh) : 22,64 kg

Kesimpulan : Berat badan normal

Genogram



Keterangan :

: Pria / Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

: Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Presepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

1. Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sehat adalah ketika ia dan keluarganya bebas dari penyakit sehingga dapat melakukan aktivitas dengan baik, Pasien mengatakan jika merasa pusing atau lemas, ia akan pergi ke dokter praktek untuk memeriksa kadar gula darahnya,

serta mendapatkan obat Pioglitazon HCI 30 mg dan Diamicron mr 60 mg tablet. Namun, pasien tidak rutin mengomsumsinya dan mengontrol kembali gula darah, pasien juga mengatakan tidak mengatur dietnya.

2. Riwayat penyakit saat ini
   a) Keluhan utama : Nyeri pada dada sebelah kiri
   b) Riwayat keluhan utama :

      Pasien mengatakan pada tanggal 10 maret 2020 pasien merasa badan terasa lemas, pusing disertai mual dua hari yang lalu, pasien didiagnosa hiperglikemi, kemudian di rawat diruang keperawatan St.bernadeth selama I minggu. Pada tanggal 17 maret 2020 pasien mengalami nyeri pada dada bagian kiri seperti tertindis beban berat dan sesak kemudian pindah ke ruang ICU.

      Saat pengkajian pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri disertai sesak, dan bertambah bila pasien beraktivitas, pasien tampak lemas dan duduk dalam posisi semi fowler. Tampak terpasang O^2 5 liter (Nasal kanul), tampak terpasang infus NaCI 20 tetes/menit ditangan sebelah kanan, dan tampak terpasang kateter, hasil observasi tanda-tanda vital: TD: 160/80 mmHg, N: 112x/menit, P: 28x/menit, S : 37,5ºc. Hasil Pemeriksaan GDS : 370 mg/dL.

      Riwayat penyakit yang pernah dialami :

      Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit DM sejak ±8 tahun yang lalu dan pasien selalu berobat ke dokter praktek dan dokter memberikan obat Pioglitazone dan Diamicron.Dan mempunyai riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu.

   c) Riwayat kesehatan keluarga :

      Pasien mengatakan tidak ada penyakit keturunan dalam keluarga.

   d) Pemeriksaan fisik :

(1) Kebersihan rambut : Tampak bersih dan beruban
(2) Kulit kepala : Tampak bersih dan tidak ada ketombe
(3) Kebersihan kulit : Tampak bersih tidak ada lesi
(4) Hygiene rongga mulut : tampak bersih
(5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji pasien menolak
(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji pasien menolak

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien sering merasa kehausan, pasien makan 3x sehari dengan frekuensi nasi, lauk ikan dan buah-buahan, serta makanan yang manis. Karena pasien sering merasa kehausan pasien minum air putih ±10-12 gelas (1900 cc) perhari.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang karena merasa tidak enak di mulut dan hanya makan 1/3 dari 1 porsi yang telah di sediakan dari rumah sakit. Pasien juga minum air putih kurang lebih 3-4 gelas(1000 cc) perhari

3) Observasi :

Pasien tampak hanya menghabiskan 1/3 porsi makanan yang diberikan dan minum air putih 1/2 gelas 125 cc.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Rambut :Tampak rambut pendek tidak beruban
b) Hidrasi kulit : kembali kurang dari 3 detik
c) Palpebra/conjungtiva :Tampak tidak enema / tampak anemis
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak Simetris dan tidak ada sputum
f) Rongga mulut : Tampak bersih
g) Gusi : Tidak peradangan

h) Gigi : Tampak bersih
i) Gigi Palsu : Tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras : Pasien mampu mengunyah keras
k) Lidah : Tampak bersih
l) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis : Tidak tidak ada pembesaran
o) Abdomen :
   (1) Inspeksi : Tampak tidak asites
   Bayangan vena : Tidak ada bayangan vena
   (2) Auskultasi : Peristaltik usus 25 x/menit
   (3) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
   (4) Perkusi : Timpani
p) Kulit :
   (1) Edema : ☐ Positif ☐ Negatif
   (2) Icterik : ☐ Positif ☐ Negatif
   (3) Tanda-tanda radang : Tidak ada tanda-tanda peradangan
q) Lesi : Tidak tampak adanya lesi.

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan BAB lancar, frekuensi 1x sehari dengan kosistensi padat dan berwarna kuning kecoklatan,sedangkan BAK 4-6 kali/sehari berwarna kuning jernih. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat pencahar dan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit BABnya kadang 1 kali sehari namun sedikit dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning

Pasien mengatakan ia sering BAK dan BAK pasien frekuensi 5-8 kali/perhari berwarna kekuning-kuningan.

3) Observasi

Tampak pasien terpasang kateter dengan jumlah urine ±1000 cc berwarna kekuning-kuningan dalam 5 jam

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 25 x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ Penuh ☐ Kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ Positif ☐ Negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji karena pasien menolak

e) Anus : Tidak dikaji karena pasien menolak

(1) Peradangan:Pasien mengatakan tidak ada peradangan

(2) Hemoroid : Pasien mengatakan tidak ada hemoroid

(3) Fistula : Pasien mengatakan tidak ada fistula

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan ia sebagai ibu rumah tangga dan jarang berolaraga tetapi sering melakukan pekerjaan rumah seperti menyapu,mencuci,memasak. Pasien juga jarang melakukan olahraga ketika ada waktu senggang.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit badan terasa lemas, cepat lelah dan sesak walau bergerak sedikit. Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri sehingga kebutuhannya di bantu oleh keluarga dan perawat.

3) Observasi

a) Aktivitas harian :

Makan : 0

Mandi : 2

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

Pakaian : 2

Kerapihan : 2

Buang air besar : 2

Buang air kecil : 2

Mobilisasi di tempat tidur : 0

b) Postur tubuh : Tampak tegak

c) Gaya jalan : Tidak di kaji

d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada

e) Fiksasi : Tidak ada

f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan Darah

Berbaring : 160/80 mmhg

Duduk : Tidak di kaji

Berdiri : Tidak di kaji

b) HR : 90 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : Tidak di kaji

Kesimpulan : Tidak di kaji

e) Perfusi pembuluh perifer kuku : Kembali dalam 3 detik.

f) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi :

  Bentuk thorax :

  Sianosis : Tidak ada

  Stridor : Tidak ada

- Palpasi :

  Vokal premitus :

  Krepitasi : Tidak teraba

- Perkusi : ☐ nor ☐ edup ☐ kak

- Auskultasi :

  Suara napas : Vesikular

  Suara ucapan : Intensitas kiri dan kanan

  Suara tambahan : Tidak ada

g) Jantung:

- Inspeksi :

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi :

  Ictus cordis : Teraba di ICS V linea mid-clavikularis sinistra

- Perkusi :

  Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

  Batas bawah jantung : ICS II linea mid-clavikularis sinistra

  Batas kanan jantung : Linea sinistra dekstra

  Batas kiri jantung : Linea mid-axilaris anterior sinistra

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Tunggal, ICS II linea sternalis dekstra

  Bunyi jantung II P : Tunggal, ICS II linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Tunggal, ICS IV linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Tunggal, ICS V linea sternalis mid clavikularis sinistra.

  Bunyi jantung II irama gallop : Tidak terdengar

  Murmur : Tidak ada

  Bruit Aorta : Tidak ada

  A.Renalis : Tidak ada

  A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai :

- Atrofi otot : ☐ Positif ☐ Negatif
- Rentang gerak : Normal, bebas tidak terbatas

- Kaku sendi : Tidak ada
- Nyeri sendi : Tidak ada
- Fraktur : Tidak ada
- Parese : Tidak ada
- Paralisis : Tidak ada
- Uji kekuatan otot

	Kanan	Kiri
Tangan	3	3
Kaki	3	3

Keterangan:

0 : Otot sama sekali tidak mampu bergerak tampak berkontrasi pun tidak, bila lengan dan tungkai dilepaskan akan jatuh 100 % pasif

1 : Tampak kontrasi atau ada sedikit gerakan tahanan sewaktu jatuh

2 : Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi (saja),tapi dengan sentuhan akan jatuh

3 : Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan dari pemeriksa

4 : Kekuatan kurang dibanding sisi lain

4 : Kekuatan utuh

- Refleksi fisiologi :
- Refleksi patologi :

Babinski Kiri : ☐ positif ☐ negatif

Kanan : ☐ positif ☐ negatif

i) Clubbing jari- jari : Tidak ada

j) Varises tungkai : Tidak ada

k) Columna vetebralis :

- Inspeksi : Kelainan bentuk : Tidak ada
- Palpasi : Nyeri tekan : Tidak ada

- Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur Dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

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

2) Keadaan Sejak Sakit.

Pasien mengatakan sejak sakit pola tidur pasien tidakteratur pasien tidur siang jam 14:00 – 15:00 dan tidur malam jam 22:00– 00:00 wita pasien mengatakan selama di rumah sakit ia tidur tidak teratur karena pasien sering terbangun dan susah untuk tidur kembali.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk	:	☐	Positif	☐ Negatif
Banyak menguap	:	☐	Positif	☐ Negatif
Palpebra berwarna gelap	:	☐	Positif	☐ Negatif

f. Pola presepsi kognitif dan sensori

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki masalah pada pendengaran dan penglihatan serta tidak ada masalah pada penghiduan dan perabaan. Pasien juga tidak menggunakan alat bantu pendengaran maupun penglihatan seperti kacamata.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak memiliki masalah pada pendengaran dan penglihatan serta tidak ada masalah pada penghiduan dan perabaan.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu apapun.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

(1) Kornea : Tampak jernih

(2) Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan

(3) Lensa mata : Tampak jernih

(4) Tekanan Intra Okuler (TIO) : Sama kiri dan kanan.

b) Pendengaran

(1) Pina : Tampak Simetris kanan dan kiri

(2) Kanalis : Tampak Bersih dan tidak ada Serumen

(3) Membran timpani : Tampak Utuh

c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Pasien mampu merasakan rangsangan yang diberikan pada kedua lengan dan tungkai.

g. Pola Presepsi Dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pasien anak ke 4 dari 7 bersaudara, pasien adalah Ibu rumah tangga dan sudah memiliki 2 anak laki-laki. Keluarga pasien mengatakan tidak ada yang menonjol pada diri pasien dan pasien menerima kehidupannya.

2) Keadaan sejak sakit

Keluarga pasien mengatakan selama sakit merasa sedih karena tidak bisa melakukan aktivitas dan hanya berbaring di atas tempat tidur, pasien juga berharap agar cepat sembuh dan dapat melakukan aktifitasnya dengan baik seperti biasanya.

3) Observasi

Pasien tampak terbaring di tempat tidur dengan posisi semifowler.

a) Kontak mata : Melihat lawan bicara saat berbicara

b) Rentang perhatian : Perhatian cukup penuh

c) Suara dan cara bicara : Suara pasien kurang jelas dan pelan

d) Postur tubuh : Tidak di kaji

4) Pemeriksaan fisik :

a) Kelainan bawaaan yang nyata : Tidak ada

b) Bentuk/postur tubuh : Tidak di kaji

c) Kulit : Bersih dan tidak ada lesi

h. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pasien tinggal bersama suami dan dua orang anaknya, pasien mengatakan bahwa hubungan mereka dalam keluarga sangat baik dan pasien juga mengatakan pasien menjalin hubungan yang baik dengan anggota keluarga lainnya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga dan orang sekitar terjalin dengan baik. pasien merasa sedih dan ingin cepat sembuh supaya bisa berkumpul kembali bersama keluarga dan anaknya.

3) Observasi

Tampak pasien berkomunikasi dengan perawat dan keluarganya dengan baik. Tampak pasien dijaga oleh suaminya.

i. Pola Reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memiliki masalah pada alat reproduksinya. Pasien mempunyai 2 orang anak laki- laki.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sudah tidak menambah anak lagi, karena usianya yang sudah lanjut.

3) Observasi

Tidak dikaji pasien menolak

5) Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stress

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit, jika memiliki masalah pasien akan menceritakan kepada suaminya dan mencari solusinya bersama.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia menerima penyakitnya yang sedang dialami dan hanya bisa berpasrah kepada Tuhan Yang Maha Esa untuk segera mendapatkan kesembuhan.

3) Observasi

Tampak pasien pasrah menerima penyakit yang dideritanya.

6) Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan pasien beragama katolik, Pasien sering mengikuti ibadah setiap hari minggu dan pasien sering mengikuti ibadah rukun.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak pernah lagi melaksanakan Doa karena kondisi pasien kurang memungkinkan.

3) Observasi

Tampak pasien berbaring lemah di atas tempat tidur.

Uji Syaraf Kranial

Tabel 3.1

Nervus I : Olfactorius	Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih yang diberikan perawat
Nervus : Opticus	Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak ± 20 cm
Nervus III,IV, VI : Oculomotorius, Troclearis, Abducens	Pasien mampu menggerakan bola mata keatas, dan kebawah
Nervus V : Trigeminus, Sensorik	Pasien mampu merasakan gesekan kapas pada wajah
Nervus V : Trigeminus, Sensorik Motorik	Pasien mampu mengunyah dengan keras
Nervus VII : Fascialias, Sensorik	Pasien mampu mengecap rasa manis gula yang diberikan
Nervus VII : Fascialias, Motorik	Pasien mampu tersenyum mengangkat alis, mengerutkan dahi dan tersenyum
Nervus VIII : Vestibulo-Acusticus Vestibularis	Tidak di kaji
Acusticus	Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat pada telinga kanan dan kiri
Nervus IX : Glossopharyngeus	Pasien mampu mendengar

	gesekan jari perawat pada telinga kanan dan kiri.
Nervus X : Vagus	Ovula terletak di tengah
Nervus XI : Accessorius	Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan.
Nervus XII : Hypoglossus	Pasien mampu menjulurkan lidah dengan posisi lurus. dan mendorong pipi kiri dan kanan dengan lidah

6. **Pemeriksaan Penunjang**

a. Pemeriksaan Laboratorium.

CBC	Hasil	Flags	Satuan	Nilai Normal
WBC	8.40		10^3/Ul	4,8– 10,2
RBC	4.15		10^6/uL	4,0 – 5,5
HGB	12.7		g/dl	12.2,– 16,2
HCT	L 35.7		%	37,7 -47,9
MCV	86.0		fL	80,0 – 97,0
MCH	30.6		pg	26,0 – 31,0
MCHC	H 35.6		g/dl	31,8 – 35,4
PLT	340		10^3/uL	130,0 – 400,0
RDW	12.2		fL	11,5 – 14,5

PDW	9.5		fL	9,0 – 13,0
MPV	8.2		fL	7,2 – 11,1
P-LCR	L 13.0		%	15,0 – 25,0
DIFF				
LYMPH	H 54.2		%	10,0 – 50,0
MXD	7.5		%	1,0 -20,0
NEUT	38.3		%	37,0 – 80,0
LYMP#	H 4.60		10^3/uL	1 – 3,70
MXD#	0.6		10^9/uL	1.00 – 1,2
NEUT#	3.20		10^3/uL	1,50 – 7.00

B. Pemeriksaan ECHOCARDIOGRAPHY DATA

Cardiac Chamber
Normal LA size Normal LV size and systolic Function ,LVEF : 62% Normal wall motion LVH + Normal RU size and systolic function

C. Analisa Data

Nama / umur :Ny. “T” / 62 tahun

Ruangan / Kamar : ICU-ICCU

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : - Pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri seperti tertindis beban berat - Pasien mengatakan nyeri pada dada sebelah kiri nyeri seperti tertindis beban berat dengan - Skala nyeri 4 DO : - Pasien tampak lemas - Pasien tampak sesak bila bergerak - ekpresi wajah tampak meringis bilabergerak - Observasi TTV TD : 160/80 mmHg N : 112x/menit P : 28x/menit - Hasil ECHO: Left	Perubahan kontraktilitas	Penurunan curah jantung
2		Kurang kepatuhan pada rencana manajemen	Resiko Ketidakstabilan kadar glukosa darah

	Ventricle Hipertrofi, EF 62% DS: - Pasien mengatakan menderita penyakit DM sejak ±8 tahun yang lalu - pasien suka manakanan manis - pasien jarang mengontrol gula darah dan minum obat diabetes - pasien tidak mengatur dietnya DO: - pasien tampak lemas - hasil pemeriksaan GDS :370 mg/ dl. - Urine output ±1000 cc/ 5jam	diabetes	

3	DS : - Pasien mengatakan sesak bila banyak bergerak - Pasien butuh bantuan perawat dan keluarga untuk melakukan aktivitasnya DO : - Tampak pasien lemah - Tampak pasien sesak bila banyak bergerak - Observasi TTV TD:160/80mmHg N:112x/menit P:28x/menit	Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	Intoleransi aktivitas

D. Diagnosa Keperawatan

Nama / umur : Ny. “T” / 62 tahun

Ruangan / Kamar : ICU-ICCU

No	Diagnosa Keperawatan
I	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.
II	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes.
III	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan Oksigen

A. Rencana Keperawatan

Nama / umur : Ny. “T” / 62 tahun

Ruangan / Kamar : ICU-ICCU

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana tindakan Meliputi: Tindakan keperawatan, observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter.	Rasional
19 maret 2020	Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.	Setelah dilakukan perawatan selama 2x8 jam diharapkan Curah jantung kembali menigkat dengan	1. NIC Perawatan jantung – evaluasi nyeri dada – monitor irama jantung dan frekuensi	- nyeri dada mengarah kepada kondisi iskemik - Untuk Mengetahui adanya Tachicardi (saat istirahat) untuk kompensasi penurunan

		kriteria hasil: 1. NOC keefektifan pompa jantung - Tekanan darah sistol dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 - Tekanan darah diastole dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke skala 4 - Urin output dipertahankan	– monitor efektivitas terapi oksigen 2. Monitor pernapasan - Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut - berikan posisi yang nyaman (posisi semi	kontraktilitas Ventrikuler - terapi oksigen adekuat menikatkan suplai oksigen ke jaringan - hiperventilasi merupakan respon kekurangan oksigen dlaam tubuh dan tanda tidak adekuatnya curah jantung - Memberikan posisi nyaman dapat memaksimalkan

		pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Dyspnea dengan aktivitas ringan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan : 1. Deviasi berat dari kisaran normal 2. Deviasi yang cukup besar dari kisaran normal 3. Deviasi sedang dari kisaran	fowler)	ekspansi paru

		normal 4. Deviasi ringan dari kisaran normal 5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal		

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana tindakan Meliputi: Tindakan keperawatan, observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter.	Rasional
20 Maret 2020	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah terkait dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	Setelah di lakukan tindakan keperawatan 2 x 8 jam di harapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah dapat teratasi dengan kriteria hasil : - NOC Manajemen diri: Diabetes - Kadar glukosa dipertahankan pada skala 3	1. NIC Manajemen hiperglikemi Aktivitas keperawatan : – Berikan cairan IV sesuai kebutuhan (NaCI 20 tetes/menit) – Berikan insulin sesuai resep(Apidra 8	– Untuk mengoptimalkan kadar gula darah

	.	ditingkatkan ke skala 4 - Mengobati gejala hipoglikemi dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	unit dan lantus 12 unit) – Monitor tanda-tanda hiperglikemi: Poliuri – Monitor status cairan input dan output 2. Manajemen hipoglikemi Aktivitas keperawatan : – Monitor kadar glukosa darah	dalam tubuh – Untuk mengetahui gejala hiperglikemi – Untuk mengetahui cairan masuk dan keluar – Untuk Mengetahui penurunan atau peningkatan kadar gula darah

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Hasil yang diharapkan	Rencana tindakan Meliputi: Tindakan keperawatan, observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter.	Rasional
21 maret 2020	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O 2 yang	Setelah dilakukan perawatan selama 2 x 8 jam hari diharapkan intoleransi	1. NIC Manajemen energi - Kaji status fisiologis yang menyebabkan kelelahan - tingkatkan tirak baring dan pembatasan	- Untuk mengetahui toleransi aktivitas dan menentukan intervensi yang tepat - Mengefisiensikan penggunaan energy

	ditandai dengan :	aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. NOC toleransi terhadap aktivitas – Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	aktivitas - bantu pasien dalam melakukan aktivitas (ADL) 2. NIC: terapi aktivitas - Ciptakan lingkungan yang aman untuk dapat melakukan pergerakan otot secara berkala sesuai dengan indikasi - Bantu klien untuk meningkatkan	- memenuhi aktivitas sehari-hari pasien - mengurangi dampak daril keletihan - Meningkatkan kepercayaan diri dan harga diri

		– Tekanan darah sistolik ketika beraktivitas dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 – Tekanan darah sistolik ketika beraktivitas dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan	motivasi diri dan penguatan - libatkan keluarga dalam kegiatan ADL pasien	yang positif

		ke skala 4 Keterangan 1) Sangat terganggu 2) Banyak terganggu 3) Cukup terganggu 4) Sedikit terganggu 5) Tidak terganggu		

E. Implementasi Keperawatan

Nama / umur :Ny.T / 62 tahun

Ruangan / Kamar : ICU-ICCU

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan Keperawatan	Nama Perawat
19 maret 20 20	I,II	07:00	Memberikan posisi semi fowler Hasil : Pasien tampak merasa lebih nyaman dengan posisi yang diberikan	Perawat Alowesya
	I	07:30	Memberikan edukasi kepada pasien untuk tidak makan makan yg menyebabkan hipertensi seperti,coto,alcohol,kopi,gula, Daging. Hasil : pasien mengerti apa yg di sampaikan perawat	Alowesya
	III	07:40	Memonitor tekanan darah nadi,dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD :160/70 mmHg N : 114x/menit S: 37°C P: 32x/menit	Alowesya Alowesya
	I,II	07:50	Mengkaji frekuensi irama jantung	

			(HR) Hasil : □ HR : 115x/menit	Brigita
	,III	08:00	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : Omeperazole I amp/IV	Alowesya
	II,I	08:10	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai yang diindikasi Hasil : -GDS : 270 mg/dl	Brigita
	II	08:40	Memberikan insulin sesuai resep Hasil : Apidra 8 unit/subcutan	
	I	10:00	Mengkaji penyebab kelemahannya Hasil : □ Pasien mengatakan merasa lemah karena sesak yang dialaminya	Alowesya
	I	12:00	Memonitor tekanan darah, nadi,suhu,dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV :	Alowesya

			TD : 160/80mmHg N : 112x/menit S : 37,5°C P : 23x/menit	
	II	12:00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 160/80 mmHG N : 110x/menit S: 37,9°C	Alowesya
	I,II	12:05	Mengkaji warna kulit terhadap pucat dan sianosis Hasil : Tampak pasien berkeringat, kulit lembab dan tidak ada sianosis	Brigita Bergita
	III	12:10	Memberikan Obat insulin sesuai resep Hasil: - Apidra 8 unit/subcutan	Bergita
	I	12:30	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Omeperazole I Amp/IV - Amlodhipine 10 mg 1 tab 3x1	

	II	14:00	Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang di pantang dan mengomsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil : Perawat menyarankan untuk tidak makan makanan dan minuman yang manis Pasien mengatakan masih makan dan minum yang manis seperti teh dan roti Pasien mengatakan cepat lapar Tampak pasien makan buah yang dibawakan keluarga	Natalia
	II	15:30	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 160/70 mmHg N : 113x/menit S : 37,6°C P : 33x/menit	Ester Natalia
	I	16:20	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : Amlodipine 5mg.	

	I	18:00	Memonitor tekanan darah,nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat Hasil : TD :170/80 mmHg N :112x/menit S : 37,8°C P :29x/menit	Ester Natalia
	I,II	19:00	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : GDS : 160 mg/dl	Natalia
	,III	19:05	Memberikan insulin sesuai resep Hasil : Apidra 8 unit/subcutan	
	I,II	21:00	Memonitor tekanan darah nadi suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 160/80 mmhg N : 110x/menit S : 37,5°C P : 24x/menit	Fajar Yulius
	III	21:20	Memberikan oksigen tambahan Hasil :	

			Tampak terpasang o2 5 liter (nasal kanul)	Fajar Perawat
	II	21:28	Memberikan isulin sesuai resep Hasil : Lantus 12 unit/subcutan	Yulius
	I,II	24:00	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Santagesik I Amp/IV - Omeperazole I Amp/IV	
	III	02:00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 160/70 mmHg N : 112x/menit S :37°C P :22x/menit	Yulius
20 Maret 2020	I	05: 10	Mengkaji kemampuan dan tingkat kekurangan dalam beraktivitas Hasil : Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas karena sesak Pasien tampak lemah terbaring di tempat tidur dengan posisi	Brigita

			semi fowler	Brigita
	I	07:00	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : GDP : 170 mg/dl	
	I,II	07:10	Memandikan pasien Hasil : Pasien mengatakan segar dan nyaman	Brigita
	I	07:30	Tampak pasien bersih dan rapi Memberikan edukasi kepada pasien untuk tidak makan makan yg menyebabkan hipertensi seperti,coto,alcohol,kopi,gula, Daging. Hasil : pasien mengerti apa yg di sampaikan perawat	Brigita Alowesya
	III	07:40	Memonitor tekanan darah ,nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD :160/70 mmHg N : 110x/menit S : 37ºC P : 22x/menit	Alowesya Perawat Alowesya

	III	08:10	Memberikan obat sesuai dengan kebutuhan Hasil : Santagesik I Amp/IV Ketorolac I Amp/IV	Alowesya
	I	09:00	Memberikan insulin sesuai resep Hasil : Apidra 8 unit/subcutan	
	I	09:05	Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang di pantang dan mengomsumsi makanan yang di perbolehkan Hasil : Perawat menyarankan untuk tidak makan makanan yang dan minuman manis	Brigita
	I,II	10:00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan Hasil TTV : TD : 160/70 mmHg N : 110x/menit P : 22x/menit	Alowesya
	III	10:15	Mengkaji pola napas pasien Hasil :	

			-Pasien mengatakan masih merasa lemah - Pasien mengatakan masih sesak -Pasien mengatakan masih batuk berlendir -Tampak pasien dalam lemah posisi semi fowler	Perawat Perawat
	II,I	10:30	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 160/80 mmHg N:112x/menit S:37,7ºC P: 23x/menit	Perawat Alowesya Bergita
	II	11:00	Memberikan pasien terapi Nebulizer Hasil : -Combivent 1 Amp	
	I	11:20	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil: GDS 163 mg/dl	Alowesya
	I,II	12:00	Memberikan insulin sesuai resep	

			Hasil : Apidra 8 unit/subcutan	
	,III	12:05	Memberikan obat sesuai dengan kebutuhan Hasil : Omeperazole 10 ml/IV Amlodhipine 10 mg 1 tab 3x1	Alowesya
	I,II	12:10	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 160/80 mmHg N : 112x/menit S : 37,8ºC P :22x/menit	Perawat
	I	12:15	Memposisikan pasien untuk dyspnea dengan posisi semi fowler Hasil : Pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	Yulan
	I	12:30	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status	

			pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 170/80 mmHg N : 112x/menit S : 36,7ºC P : 28x/menit	Perawat
	I	14:10	Mengkaji kemampuan dan tingkat kekurangan dalam beraktivitas Hasil : - Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas karena lemah - Pasien tampak lemah di tempat tidur dalam posisi semi fowler	Meyske
	I,II	14:25	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Santagesik I Amp/IV - Amlodhipine 10 mg 1 tab 3x1	Yulan
	,III	16:00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu,dan status pernapasan dengan tepat Hasi TTV : TD : 160/70 mmHg N : 110x/menit S : 37,5ºC	

			P : 28/menit	Meyske
	II,I	16:10	Menginstruksikan kepada pasien untuk melakukan teknik relaksasi tarik napas dalam dan memberikan posisi semi fowler Hasil : - Tampak pasien mengikuti instruksi yang diberikan oleh perawat untuk meringankan nyeri yang ia rasakan	Yulan Yulan
	II	16:20	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : - GDS 167 mg/dl	Yulan
	I,II	18:00	Memberikan insulin kebutuhan Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	
	III	18:30	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu, dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 160/80 mmHg N : 100x/menit S : 37,5ºC	Natalia

			P : 28x/menit	
	II,I	19:00	Mengkaji keadaan umum pasien Hasil : - Pasien mengatakan nyeri kepala - Tampak pasien terbaring posisi semi fowler	Ester
	II	21:00	Menjelaskan pentingnya membatasi aktivitas yang dapat menyebabkan kelemahan dan sesak yang berkepanjangan Hasil: - Pasien dan keluarga mengerti tentang penjelasan perawat	Natalia Natalia
	II	21:05	Memberikan insulin sesuai resep Hasil : - Lantus 12 unit/subcutan	
	II,I	21:10	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Santagesik I Amp/IV	Ester
	II	24:00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status	

			pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 160/80 mmHg N : 112x/menit S : 37,5ºC P : 32x/menit	Perawat
21 maret 2020	I,II	02:00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 160/70 mmHg N : 110x/menit S : 37,5ºC P : 26/menit	Alowesya
	III	05:00	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : - GDP : 161 mg/dl	Brigita
	II,I	06:00	memberikan posisi semi fowler Hasil: - Tampak pasien mengikuti insruksi yang diberikan oleh perawat untuk meringankan nyeri yang ia rasakan	Brigita
	II			

	II	07:00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan Hasil TTV : TD : 160/80 mmHg N :100x/menit S :37ºC P : 28x/menit	Brigita
		07:10	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil Santagesik I Amp/IV Omeprazole I Amp/IV Amlodhipine 10 mg 1 tab 3x1	Brigita
	I	07:30	Memberikan edukasi kepada pasien untuk tidak makan makan yg menyebabkan hipertensi seperti,coto,alcohol,kopi,gula, Daging. Hasil : pasien mengerti apa yg di sampaikan perawat	
	I,II	07:50	Mengkaji kemampuan dan tingkat kekurangan dalam beraktivitas Hasil : - Pasien mengatakan belum bisa beraktivitas sepenuhnya kerena	Brigita Alowesya

			masih sesak - Pasien tampak masih sesak - Pasien dalam posisi semi fowler	Perawat Perawat
	III	08:00	Mengomsumsi makanan yang diperbolehkan Hasil : Perawat menyarankan untuk tidak makan makanan dan minuman yang manis Pasien mengatakan sudah tidak lagi makan makanan yang manis Tampak pasien sudah membatasi makanan yang manis-manis	Perawat
	II	08:20	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil: GDP : 151 mg/dl	Alowesya
	II,I	10:00	Memandikan pasien Hasil : Pasien mengatakan merasa segar dan nyaman Tampak pasien bersih dan rapi	
	II	10:20	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu,dan status	Alowesya

			pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 160/70 mmHg N :100x/menit S : 37ºC P :32x/menit	
	I,II	10:40	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : Santagesik I Amp/IV Omeprazole I Amp/IV	Perawat Brigita
	III	12:00	Memonitor tekanan darah , nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD: 160/80 mmHg N : 82x/menit S :37,5ºC P: 31x/menit	Brigita
	II,I	12:05	Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : GDS : 148 mg/dl Memberikan insulin, sesuai resep Hasil :	Perawat Brigita

			- Apidra 8 unit/subcutan	Perawat
		12:10		Meyske
	II		Memonitor tekanan darah,nadi,suhu,dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 170/80 mmHg N :80x/menit S :37ºC P : 22x/menit	Perawat
		12:30		Yulan
	I		Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : Santagesik I Amp/IV Omeperazole /IV	Perawat Yulan
		14:00		
	I		Memonitor kadar glukosa darah sesuai indikasi Hasil : GDS : 151 Mg/dl	
		16:00		
	I,II		Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan dengan pasien Hasil TTV : TD : 160/70mmHg N :112x/menit	Natalia

			S :36,8ºC P :29x/menit	
		18:00		
	,III		Memberikan insulin sesuai resep Hasil : Apidra 8 unit /subcutan	Ester
		20:00		
	II		Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan Hasil TTV : TD :160/80 mmHg N:110x/menit S:37ºC P:32x/menit	Perawat
		22:00		
	II		Memonitor tekanan darah,nadi,suhu,dan status pernapasan Hasil TTV: TD : 180/80 mmHg N : 112x/menit S :37ºC P :33x/menit	Perawat
		24:00		
	I		Memonitor tekanan darah,nadi,suhu,dan status pernapasan	

			Hasil TTV: TD : 160/80 mmHg N : 82x/menit S :37ºC P :25 x/menit	Perawat
	I,II	02:00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu,dan status pernapasan Hasil TTV: TD : 160/80 mmHg N : 82x/menit S :37ºc P :25 x/menit	Perawat
	,III	04.00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status pernapasan dengan pasien Hasil TTV : TD : 160/70mmHg N :112x/menit S :36,8ºC P :29x/menit	
	I,II	06.00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu dan status	

			pernapasan Hasil TTV : TD :160/80 mmHg N:110x/menit S:37ºC P:32x/menit	
	,III	07.00	Memonitor tekanan darah,nadi,suhu,dan status pernapasan Hasil TTV: TD : 180/80 mmHg N : 112x/menit S :37ºC P :33x/menit	

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Ny. “T” / 62 tahun

Ruangan / Kamar : ICU-ICCU/HCU

Waktu	Evaluasi (SOAP)	Nama perawat
18 Maret 2020	DP I : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas S : - Pasien mengatakan masih sesak - Pasien mengatakan masih merasa nyeri dada sebelah kiri bila beraktivitas - skala 4 O : - Pasien tampak sesak - Pasien tampak meringis sambil memegang dada sebelah kiri - Pernapasan 28x/menit A :Masalah penurunan curah jantung belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8	Alowesya Brigita

	DP II : Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah terkait dengan faktor resiko kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - pasien mengurangi makan manis, dan lebih banyak makan buah O : - Pasien tampak lemas - Hasil GDS : 170 mg/dl A : Kadar glukosa darah belum stabil P : Lanjutkan intervensi DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan denganketidakseimbangan antara suplai dankebutuhan O 2 S : - Pasien mengatakan merasa lemah - Pasien mengatakan sesak bila banyak bergerak - Pasien mengatakan kebutuhannya dibantu oleh perawat dan keluarganya O :	

	- Tampak pasien dalam posisi semifowler - Tampak pasien sesak bila banyak bergerak - Tampak pasien dibantu dalam Kebutuhannya - Pernapasan 28x/menit A :- Masalah intoleransi belum teratasi P :- Lanjutkan Intervensi :1, 2, 3, 4,5	
19 Maret 2020	DP I : Penurunan curah jantung berhubun gandengan perubahan kontraktilitas S: - Pasien mengatakan masih sesak - pasien mengeluh nyeri dada berkurang - skala 3 O : - pasien masih tampak sesak - Pernapasan: 30x/menit A : Masalah penurunan curah jantung belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi : 1, 2, 3,4,5,6,7 DP II : Resiko ketidakstabilan kadar	Alowesya Brigita

	glukosa darah terkait dengan faktor resiko kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : Pasien mengatakan sudah membatasi dan tidak lagi makan-makanan yang manis O : - Hasil GDP : 151 mg/dl A : kadar glukosa darah mulai stabil P : Lanjutkan intervensi : - Monitor TTV - Manajemen hiperglikemia - Pengajaran : peresepan diet]DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan denganketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O 2 S : - Pasien mengatakan masih sesak - Pasien mengatakan masih belum bisa bereaktivitas sendiri karena masih merasa lemah dan sesak O : - Pasien tampak masih sesak - Pasien tampak diberikan posisi semi fowler A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi	

20-maret 2020	P : Lanjutkan Intervensi :1,2,3,4,5,6,7 DP I : Penurunan curah jantung berhubungandengan perubahan kontraktilitas S: - Pasien mengatakan sesak berkurang - Pasien mengatakan masih merasa lemah O: - Tampak pasien sesaknya berkurang - Pernapasan : 28x/menit A: Masalah penurunan curah jantung belum sepenuhnya teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1, 2,3,4,7 DP II : Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah terkait dengan faktor risiko Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes – S : Pasien mengatakan sudah tidak lagi makan makanan yang manis O : - Hasil GDP : 138 mg/dl - Tampak pasien sudah membatasi untuk makan yang manis-manis A : kadar glukosa darah mulai stabil P : Lanjutkan intervensi kepada	Alowesya Brigita

	kepada perawat ruangan o Monitor TTV o Manajemen hiperglikemia o Pengajaran : peresepan diet DP III : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O 2 S : - Pasien mengatakan sesaknya berkurang - Pasien mengatakan kebutuhannya masih di bantu oleh perawat dan keluarga O : - Tampak pasien lemah - Tampak pasien agak sesak bila bergerak banyak - p: 28x/mnt A : - Masalah aktivitas belum teratasi sepenuhnya P : Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 5, 6,,7	

Terapi Obat

1. Lantus

Fungsi	Lantus adalah merek dagang dari insulin glargine yang digunakan bersamaan dengan program diet dan olahraga yang tepat untuk kontrol gula darah pada pasien diabetes. Obat ini merupakan insulin buatan yang menyerupai insulin alami manusia
Golongan	Obat resep
Indikasi	Lantus diindikasikan untuk pengobatan diabetes mellitus tipe 1 dan diabetes mellitus tipe 2 pada orang dewasa, remaja dan anak berusia 2 tahun ke atas yang sudah menjalani pengobatan dengan perubahan pola hidup dan obat anti-diabetik namun tidak dapat mencapati target gula darah yang diinginkan.
Kontra Indikasi	Lantus mungkin mengandung bahan campuran yang bisa saja berpotensi menimbulkan alergi Lantus tidak diperuntukkan untuk mereka dengan diabetes ketoasidosis dan anak yang berusia kurang dari enam tahun. Lantus juga tidak

	diperuntukkan bagi anak-anak (usia berapa pun) dengan diabetes tipe dua
Dosis Pasien	Pasien diabetes tipe 2 Dosis awal: 0.2 – 10 unit/kg, satu kali sehari

2. Apidra 8 unit

Fungsi	Apidra adalah Insulin yang dapat digunakan untuk mengontrol gula darah tinggi pada orang dengan diabetes. Penggunaan Apidra dapat membantu mencegah kerusakan ginjal, kebutaan, masalah saraf, kehilangan anggota tubuh dan masalah fungsi seksual. Apidra bekerja dengan membantu gula darah (glukosa) masuk ke dalam sel-sel sehingga tubuh dapat menggunakannya untuk energi. Apidra dapat digunakan sendiri atau dengan obat oral diabetes lainnya.

Golongan	Insuling long acting
Indikasi	Diabetes militus
Dosis Pasien	8 unit melalui subcutan
Kontra indikasi	Hipersensitif

3. Santagesik

Fungsi	Digunakan untuk mengatasi nyeri akut atau kronik berat seperti sakit kepala ,sakit gigi ,tumor ,nyeri pasca operasi dan nyeri pasca cedera
Golongan	Antiinflamasi nonstreroid (OAINS)
Dosis Pasien	I Amp melalui IV
Indikasi	Nyeri akut atau kronik berat seperti sakit kepala, sakit gigi,nyeri pasca operasi,nyeri berat, yang berhubungan dengan spasme otot polos
Kontra Indikasi	Tidak untuk pasien yang telah diketahui memiliki alergi terhadap kandungan obat santagesik

4. Omeprazole

Fungsi	Digunakan untuk kesulitan menelan dan batuk terus-

	menerus serta menyembuhkan asam lambung dan mencegah luka lambung
Golongan	Proton pump inhibitors (ppis)
Dosis Pasien	I Amp melalui IV
Indikasi	Untuk pengobatan jangka pendek tukak lambung, tukak duedenum dan refluks esofagus
Kontra Indikasi	Tidak untuk pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini

3. Amlodhipene

a) Nama Obat : Amlodhipene

b) Klasifikasi Obat : Antihipertensi

c) Dosis untuk pasien yang : 10 mg

d) 4. Cara Pemberian Obat : Oral

e) Mekanisme Kerja dan Fungsi Obat : Amlodipine adalah obat antihipertensi dan antiangina yang tergolong dalam obat antagonis kalsum golongan dihidropiridus amlodipine bekerja dengan menghambat masuknya ion kalsium melalui membran ke dalam

otot polos vaskular dan otot jantung sehingga mempengaruhi kontraksi otot polos vaskuler dan otot jantung.

f) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : karena pasien tekanan darahnya meningkat

g) Kontra Indikasi : Amlodipine tidak boleh diberikan pada pasien yang hipersensitif terhadap amlodipine golongan dihidroperidin

h) Efek Samping :rasa kelelahan,mualmuntah, berkeringat, nyeri, peningkatan atau penurunan BB,edema, sakit kepala.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara terori dengan kasus nyata dari Pelaksanaan praktek asuhan keperawatan pada pasien Ny ”T” yang berusia 62 tahun dengan kasus diabetes melitus Tipe II di ruang perawatan ICU-ICCU Rumah Sakit Stella Maris Makassar, selama 3 hari yaitu dari tanggal 18 – 20 Maret 2020 dengan menggunakan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status pasien. Penulis memperoleh data dari pasien, keluarga, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien. Hasil Pengkajian pada Ny.”T, berumur 62 tahun, masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 10 Maret 2020 dengan keluhan utama badan terasa lemas. Pasien mengatakan sejak 2 hari yang lalu badan terasa lemas,pusing dan mual. Saat pengkajian yang dilakukan pada tanggal 18 maret 2020 Pasien mengatakan memiliki riwayat diabetes melitus ±8 tahun yang lalu.Tampak pasien lemas,tampak,pasien sesak dan pasien mengatakan nyeri dada sebelah kiri seperti tertindih berat skala 4, tampak terpasang O2 5 liter (Nasal kanul), tampak terpasang infus NacL 20 tetes/menit, tampak pasien menggunakan kateter dengan jumlah urine ± 1000 cc/5 jam. Hasil GDS : 370 mg/dl observasi TTV TD : 160/80 mmHg, N : 112 x/menit, P : 28x/menit, S : 37,5ºc.

Berdasarkan pengkajian diatas ditemukan penyakit Diabetes Melitus tipe II yaitu dari hasil pemeriksaan GDS : 370 mg/dl yang

menandakan peningkatan glukosa darah atau hiperglikemia, Hiperglikemia terjadi karena kadar gula dalam darah melonjak atau berlebihan yang akhirnya akan menjadi penyakit yang disebut diabetes (DM) yaitu suatu kelainan yang terjadi akibat tubuh kekurangan hormone insulin, akibatnya glukosa tetap berada didalam aliran darah dan sukar menembus dinding sel. (Brunner dan Suddarth, 2014). Kondisi ini tejadi akibat insulin yang tidak adekuat, sehingga glukosa meningkat dalam darah 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 (Black dan Hwak, 2014). Seperti pada Ny.”T” yang hanya mengalami poliuria dan bisa dilihat pada jumlah urine dalam lima jam sejumlah±1000 cc .*Poliuria* (Banyak kencing) hal ini berkaitan dengan kadar gula yang tinggi diatas 160-180 mg/dl maka glukosa akan sampai ke urine tetapi jika ditambah tinggi la, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang.

Berkurangya jumlah insulin dan faktor presdiposisi yaitu genetic, umur, dan obesitas hiperglikemi yang tidak dikontrol secara terus-menerus akan berkembang menjadi penyakit diabetes melitus dan merupakan faktor resiko untuk penyakit metabolik lainnya. Sebagian besar dewasa muda usia 20-30 tahun dengan IMT ≥23 kg/m² mempunyai kadar glukosa darah sesaat normal. Pada kasus ini, usia pasien 62 Tahun. pada umunya manusia mengalami penurunan fungsi fisiologi dengan cepat di atas usia 45 tahun, pola hidup juga dapat mempengaruhi penurunan fungsi fisiologi seperti jarang berolahraga dan tidak mengatur pola makan atau diet. pada pengkajian pasien mengatakan suka mengkonsumsi makanan yang manis, serta tidak

mengontrol gula darahnya dan tidak mengkonsumsi terapi dengan teratur.

Pola makan seringnya mengomsumsi makanana/minuman manis akan meningkatkan resiko terjadinya DM tipe 2 karena meningkatkatkan konsentrasi glukosa dalam darah. Riwayat pola makan yang kurang baik juga menjadi faktor resiko penyebab terjadinya DM pada usia produktif. Makanan yang dikomsumsi diyakini menjadi penyebab meningkatkatnya gula darah, perubahan diet, seperti mengomsumsi makanan tinggi lemak menjadi penyebab penyakit DM.

Resistensi insulin dan insulin memiliki banyak efek pada sistem kardiovaskuler termasuk kerusakan endotelium pada pembuluh darah, penebalan dinding pembuluh darah, peningkatan inflamasi, peningkatan trombosis dan penurunan produksi vasodilator endotel yaitu *nitrit oxide* (Huether dan McCance, 2019). Maka Diabetes menyebabkan komplikasi makrovaskuler (penyakit pembuluh darah) yang mencerminkan aterosklerosis pada dinding pembuluh darah. Pada pengkajian tekanan darah pasien meningkat dan hasil pemeriksaan ECHO menunjukkan ada pembesaran di ventrikel kiri dan penurunan ejek fraksi jantung. (Black dan Hwak, 2014).

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. ”T” yaitu :

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien mengeluh sesak napas. Pada saat pengkajian pasien tampak sesak dengan frekuensi napas 28x/menit dengan irama tidak teratur. TD :160/80 Nadi : 112x/menit
2. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapatkan data yang mendukung yakni pasien mengatakan sangat suka makan yang manis-manis, GDS, riwayat
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O_2. Penulis mengangkat diagnosa keperawatan ini karena pasien sesak napas bila banyak bergerak, dan kebutuhan pasien selalu dibantu oleh perawat dan keluarga,

Adapun diagnosa keperawatan pada teori yang tidak diangkat oleh penulis yaitu :

1. Keletihan b/d status penyakit

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis menyimpulkan bahwa keletihan sudah teratasi melalui diagnosa intoleransi aktivitas
2. Risiko tinggi infeksi (sepsis)

   Diagnosa ini tidak diangkat karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupaan insulin atau penurunan masukkan oral Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan data. yang mendukung.

C . Intervensi 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. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Intervensi yang disusun penulis untuk masalah ini yaitu: auskultasi bunyi denyut/irama jantung, monitor tanda-tanda vital, observasi warna kulit terhadap sianosis dan pucat, berikan pasien posisi yang nyaman (semi fowler), kolaborasi dengan dokter terutama dalam pemberian obat antihipertensi.
2. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : monitor tanda-tanda vital, monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, berikan insulin sesuai resep, ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan, instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O2. Pada diagnosa ini intervensi yang disusun oleh penulis adalah kaji kemampuan dan tingkat kekurangan dalam beraktifitas, observasi tanda-tanda vital, anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup, dekatkan alat-alat yang dibutukan pasien dalam memenuhi kebutuhannya, jelaskan pentingnya membatasi aktivitas yang dapat menyebabkan kelemahan dan sesak yang berkepanjangan, kolaborasi dengan dokter dalam merencanakan dan memantau program aktivitas sesuai kebutuhan serta libatkan juga keluarga.

D. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi yang dibuat untuk mencapai tujuan yang diharapkan.dalam melaksanakan tindakan keperawatan selalu berorientasi pada rencana yang dibuat terlebih dahulu dengan mengantisipasi seluruh tanda yang timbul. Pelaksanaan ini dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut dan disesuaikan dengan kemampuan, situasi, kondisi, sarana yang ada diruang perawatan,dan kerja sama serta partisipasi yang baik dari pasien,keluarga,teman dinas,perawat ruangan dan dokter.Walau dengan berbagai keterbatasan, penulis selalu mengupayakan fungsinya bertujuan untuk meningkatkan derajat kesembuhan pasien. Adapun tindakan yang dilakukan, yaitu:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas. Intervensi yang disusun penulis untuk masalah ini yaitu: auskultasi bunyi denyut/irama jantung, observasi tanda-tanda vital, observasi warna kulit terhadap sianosis dan pucat, berikan pasien posisi yang nyaman (semi fowler), kolaborasi dengan dokter terutama dalam pemberian obat antihipertensi.
2. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes. Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : monitor tanda-tanda vital, monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, berikan insulin sesuai resep, ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan, instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O_2. Pada diagnosa ini intervensi yang disusun oleh penulis adalah kaji kemampuan dan tingkat kekurangan dalam beraktifitas, observasi tanda-tanda vital,

anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup, dekatkan alat-alat yang dibutukan pasien dalam memenuhi kebutuhannya, jelaskan pentingnya membatasi aktivitas yang dapat menyebabkan kelemahan dan sesak yang berkepanjangan, kolaborasi dengan dokter dalam merencanakan dan memantau program aktivitas sesuai kebutuhan serta libatkan juga keluarga.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperwatan yang meliputi evaluasi hasil dan proses. Pada kasus ini ada kemajuan dan keberhasilan dalam mengatasi masalah yang dihadapi. Pada kasus yang ditangani dengan mengunakan pendekatan proses keperawatan selama 3 hari sejak tanggal 18-20 maret 2020 maka evaluasi hasil kerja adalah sebagai berikut:

1. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.

   Berdasarkan kasus yang dibuat penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu sesak dan dalam 2-3 hari dan hal ini dapat dilihat dengan evalusi terakhir pasien mengatakan keadaannya sudah lebih membaik, dan sesak napas mulai berkurang dan setelah selama ini terus mengunakan terapi oksigen serta pernapasan 28xmenit.TD : 160/80 mmHg, Nadi 112/menit intervensi tetap dilanjutkan.
2. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan factor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes.

   Untuk masalah ini sudah mulai teratasi, karena pasien mengatakan sudah tidak lagi makan kue dan minuman manis lagi seperti teh hasil GDP : 138 mg/dl, tampak pasien sudah (mengikuti diet yg diberikan)dan intervensi tetap dilanjutkan.

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan O_2.

   Berdasarkan kasus yang dilakukan penulis, evaluasi sesuai dengan NOC yang ditetapkan yaitu: peningkatan dalam beraktifitas, pasien mampu beraktifitas mandiri, rasa lemah dan tidak bertenaga berkurang dalam 2-3 hari dan hal ini dapat dilihat dengan evaluasi hari terakhir pasien belum bisa melakukan kebutuhan sepenuhnya secara mandiri tetap lanjutkan.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian-uraian dari tinjauan teoritis dan kasus nyata tentang diabetes melitus (DM), maka penulis mengambil kesimpulan :

1. Diabetes melitus (DM) merupakan serangkaian gangguan yang ditandai dengan defisiensi insulin absolute maupun relatif atau resistensi insulin (atau keduanya). Pada gambaran klinis yang telah sepenuhnya terbentuk, diabetes melitus ditandai dengan hiperglikemia pada saat puasa dan setelah makan, aterosklerotik dan penyakit mikroangiopati pembuluh darah dan neuropati. (Brunner dan Suddarth, 2014).
2. Penanganan pasa pasien dengan diabetes melitus (DM) menggunakan proses keperawatan dengan metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari: pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
3. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny. T dengan gangguan sistem endokrin diabetes melitus tipe II, ditegakkan 3 diagnosa keperawatan yaitu:
   a. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.
   b. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah terkait dengan factor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes.
   c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

4. Dari rencana tindakan yang disusun, penulis telah melaksanakan semuanya. Dalam pelaksanaan keperawatan penulis bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat dokter dan tim kesehatan lainnya.

5. Setelah 3 hari mengimplementasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny"T" maka diperoleh hasil evaluasi dari diagnose keperwatan yaitu : Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas belum teratasi, Resiko ketidakstabilan kadar glukosa dararh terkait dengan factor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajjemen diabetes teratasi, Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen belum teratasi.

B. Saran

Melihat kenyataan yang ada diatas, maka penulis mengajukan bebarapa saran yang kiranya dapat dipertimbangkann dan bermanfaat bagi berbagai pihak.

1. Bagi instasi rumah sakit

   Pihak rumah sakit diharapkan tetap memperhatikan, mempertahankan, dan mengembangkan mutu pelayanan keperawatan ke arah pelayanan komprehensif khususnya pada penanganan pasien Diabetes Melitus.

2. Bagi instasi pendidikan

   Diharapkan dapat menambahkan referensi buku yang berhubungan dengan penyakit Dabetes miletus sehingga dimasa yang akan datang mahasiswa dapat memahami dan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit tersebut .

3. Bagi pasien dan keluarga

   Untuk mencegah tingkat keparahan penyakit Diabetes Melitus dianjurkan kepada pasien untuk rutin mengontrol gulah darah, mengikuti diet yang dianjurkan dan menjalankan pengobatan yang sesuai.

4. Bagi penulis

   Kiranya penulis lebih banyak menigkatkan kompetensi dan wawasan tentang perkembangan teori –teori terbaru dalam dunia kesehatan terutama dalam penerapan asuhan keperawatan pasien Diabetes Melitus tipe II.

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.

Bulechek, Gloria dkk. 2013. *Nursing Interventions Classification*. Jakarta: Elsevier/ Moco Media

Bulechek, Gloria dkk. 2013. *Nursing Outcomes Classification*. Jakarta: Elsevier/ Moco Media

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

Elisabet, J, Corwin., 2009. *Buku Saku Patofisiologi.* Jakarta:Aditya Media

Fatimah, Retyana. 2015. *Diabetes Melitus tipe 2.* Jurnal Majority, Vol.4.

Huether, Sue & McCance, Kathryn. 2019. Buku Ajar Patofisiologi. Volume 2. Jakarta: Elsevier

Kamitsuru,T.H.2015-2017,ed. 10. *NANDA International Inc. Diagnosa Keperawatan: Definisi & Klasifikasi*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC

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

Wahdah, Nurul. 2011. Menaklukkan Hipertensi& Diabetes. Yogyakarta: Multipress

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

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

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

LEMBARAN KONSUL
KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : ALOWESYA ALBALIWAG MAHUSE
NIM : E1714401003
E1714401004
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. “T” DI RUANG PERAWATAN ICU-ICCU RUMAH SAKIT STELLA MARIS
PEMBIMBING : YUNITA CAROLINA, Ns., M.Kep

TANGGAL	MATERI KONSUL	PERBAIKAN	TTD	
			Mahasiswa	Pembimbing
22 Februari 2020	Konsul Judul	Materi tentang Diabetes Melitus Tipe 2		
22 Maret 2020	Konsul BAB I	Perbaiki Latar Belakang, Manfaat penulisan, Metode penulisan dan sistematika penulisan		
17 April 2020	Konsul perbaikan BAB I	Perbaikan Latar Belakang, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan dan Sistematikan penulisan		
21 April 2020	Konsul BAB II dan BAB II	Perbaiki pengkajian dan analisa data		

04 Mei 2020	Konsul BAB III	Perbaiki pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan	
05 Mei 2020	Konsul BAB III	Perbaiki pengkajian, analisa data, rencana keperawatan dan pelaksaaan keperawatan	
13 Mei 2020	Konsul BAB IV	Perbaiki pengkajian, Diagnosa keperawatan dan pelaksanaan keperawatan	
26 Mei 2020	Konsul BAB III	Perbaikan pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan dan pelaksanaan keperawatan	
30 Mei 2020	Konsul BAB V	Perbaiki kesimpulan dan saran	

31 Mei 2020	Konsul perbaikan BAB IV	Perbaikan pengkajian, Diagnosa keperawatan, dan pelaksanaan keperawatan	
03 Juni 2020	Konsul BAB III, BAB IV dan BAB V	Perbaikan BAB III Analisa data, rencana keperawatan, pelaksaan keperawatan, evaluasi keperawatan. Perbaikan BAB IV pengkajian, diagnosa keperawatan dan pelaksaan keperawatan serta evaluasi keperawatan. Perbaikan BAB V Kesimpulan	

05 Juni 2020	Konsul BAB I-V dan kata pengantar	Perbaiki BAB I, Perbaiki penulisan BAB II dan BAB III, Perbaiki pengkajian BAB IV	
10 Juni 2020	Konsul BAB I dan BAB IV	Konsul Perbaikan latar belakang dan pengkajian	

NAMA : BRIGITA SARBUNAN

NIM : E1714401006

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

PEMBIMBING : YUNITA CAROLINA, Ns., M.Kep

TANGGAL	MATERI KONSUL	PERBAIKAN	TTD	
			Mahasiswa	Pembimbing
22 Februari 2020	Konsul Judul	Materi tentang Diabetes Melitus Tipe 2		
22 Maret 2020	Konsul BAB I	Perbaiki Latar Belakang, Manfaat penulisan, Metode penulisan dan sistematika penulisan		
17 April 2020	Konsul perbaikan BAB I	Perbaikan Latar Belakang, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan dan Sistematikan penulisan		
21 April 2020	Konsul BAB II dan BAB II	Perbaiki pengkajian dan analisa data		
04 Mei 2020	Konsul BAB III	Perbaiki pengkajian, analisa data, diagnosa		

		keperawatan dan rencana keperawatan	
05 Mei 2020	Konsul BAB III	Perbaiki pengkajian, analisa data, rencana keperawatan dan pelaksaaan keperawatan	
13 Mei 2020	Konsul BAB IV	Perbaiki pengkajian, Diagnosa keperawatan dan pelaksanaan keperawatan	
26 Mei 2020	Konsul BAB III	Perbaikan pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan dan pelaksanaan keperawatan	
30 Mei 2020	Konsul BAB V	Perbaiki kesimpulan dan saran	

31 Mei 2020	Konsul perbaikan BAB IV	Perbaikan pengkajian, Diagnosa keperawatan, dan pelaksanaan keperawatan	
03 Juni 2020	Konsul BAB III, BAB IV dan BAB V	Perbaikan BAB III Analisa data, rencana keperawatan, pelaksaan keperawatan, evaluasi keperawatan. Perbaikan BAB IV pengkajian, diagnosa keperawatan dan pelaksaan keperawatan serta evaluasi keperawatan. Perbaikan BAB V Kesimpulan	

05 Juni 2020	Konsul BAB I-V dan kata pengantar	Perbaiki BAB I, Perbaiki penulisan BAB II dan BAB III, Perbaiki pengkajian BAB IV	
10 Juni 2020	Konsul BAB I dan BAB IV	Konsul Perbaikan latar belakang dan pengkajian	