

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. U DENGAN DIAGNOSA
MEDIS DM HIPERGLIKEMI + HT EMERGENCY DI RUANG III
RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

**RIZA KRISNA PUTRA, S.Kep.
NIM. 183.0084**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2019**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. U DENGAN DIAGNOSA
MEDIS DM HIPERGLIKEMI + HT EMERGENCY DI RUANG III
RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Ners**



Oleh :

**RZA KRISNA PUTRA, S.Kep.
NIM. 183.0084**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2019**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiarasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 30 Juni 2019

Penulis,

Riza Krisna Putra, S. Kep.
NIM. 183.0054

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Riza krisna putra S.Kep
NIM : 183.0084
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. U Dengan Diagnosa DM Hiperglikemi + HT Emergency Di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Setelah perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, 30 Juli 2019

Pembimbing

Christina Yulastuti, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP.03017

Mengetahui,

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners
Stikes Hang Tuah Surabaya

Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp. Kep. MB
NIP. 03020

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebenar – benarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Ahmad Samsulhadi selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Ibu Wiwiek Liestyningrum,. S.Kp., M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami menyelesaikan pendidikan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang telah memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Christina Yuliastuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.

5. Ibu Agustina Sripatmi S.Kep.,Ns., selaku Pembimbing ruangan yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Orang tua dan keluarga saya yang senantiasa mendoakan, memberikan semangat dan motivasi selama menempuh studi Profesi Ners dan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Teman – teman se-angkatan Ners A9 yang telah memberikan dorongan semangat sehingga Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan pertemanan tetap terjalin.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 30 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.3.3 Manfaat Penulisan.....	4
1.3.4 Metode Penulisan.....	5
1.3.5 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Diabetes Mellitus.....	8
2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus	8
2.1.2 Etiologi Diabetes Mellitus	9
2.1.4 Klasifikasi Diabetes Mellitus	11
2.1.5 Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus	12
2.1.6 Penatalaksanaan Diabetes Mellitus	13
2.1.7 Komplikasi Diabetes Mellitus	14
2.2 Konsep Hiperglikemi	15
2.2.4 Tatalaksana Hiperglikemi.....	18
2.3 Konsep Hipertensi.....	18
2.3.2 Etiologi Hipertensi	18
2.3.3 Manifestasi Klinik.....	19
2.3.4 Patofisiologi Hipertensi.....	20
2.3.4 Klasifikasi Hipertensi	21
2.3.5 Penatalaksanaan Hipertensi	21
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	29
3.1 Pengkajian	29
3.1.1 Data Dasar	29
3.1.2 Pemeriksaan Fisik	30
3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan	33
3.1.4 Pemeriksaan Penunjang.....	36
3.1 Diagnosa Keperawatan.....	37
3.2 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan	42

BAB 4	PEMBAHASAN	47
4.1	Pengkajian Keperawatan	47
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	54
BAB 5	PENUTUP.....	58
5.1	Simpulan.....	58
5.2	Saran.....	59
DAFTAR PUSTAKA.....		63
DAFTAR LAMPIRAN.....		61
DAFTAR PUSTAKA.....		63

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tatalaksana Hiperglikemi	12
Tabel 2.2	Klasifikasi Hipertensi	21
Tabel 2.3	Iintervensi Keperawatan	26
Tabel 3.1	Kemampuan perawatan diri Ny.U	33
Tabel 3.2	Hasil Pemeriksaan Penunjang Ny. U dengan DM Hiperglikemi + HT Emergency di Ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.....	36
Tabel 3.3	Terapi Medis Ny. U dengan DM Hiperglikemi + HT Emergency di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.....	37
Tabel 3.4	Rencana keperawatan pada Ny.U dengan DM Hiperglikemi + HT Emergency	40
Tabel 3.5	Implementasi dan Evaluasi pada Ny.U dengan DM Hiperglikemi + HT Emergency	42

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SOP Injeksi Intravena.....	61
Lampiran 2	Discharge Planning	62

DAFTAR SINGKATAN

ADA	: <i>American Diabetes Association</i>
BFGF	: Basic Fibroblast Growth Factor
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DM	: Diabetes Melitus
FFA	: <i>Free Fatty Acid</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GDPT	: Glukosa Darah Puasa Terganggu
GDM	: <i>Gestational Diabetes Melitus</i>
GH- IH	: <i>Growth Hormone- Inhibiting Hormone</i>
HGP	: <i>Hepatic Glucose Production</i>
HHNK	: Koma Hiperglikemik Hiperosmolar Nonketotik
HONK	: Hiperosmolar Nonketotik
IDDM	: <i>Insulin Dependent Diabetes Melitus</i>
IDF	: <i>Internasional Diabetes Federation</i>
IGD	: Instalansi Gawat Darurat

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

DM disebut juga The Great Imitator karena penyakit ini dapat mengenai semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan, Diabetes Melitus (DM) banyak diderita oleh masyarakat diberbagai negara baik yang sedang berkembang maupun maju, apabila tidak ditangani dengan baik maka akan mengakibatkan timbulnya komplikasi pada berbagai organ tubuh seperti mata ginjal dan pembuluh darah kaki (Huda, 2017). Diabetes yang tidak terkontrol dapat menyebabkan kerusakan serius pada jantung, pembuluh darah, mata, ginjal, dan saraf (WHO,2016).

Di Indonesia angka kejadian diabetes melitus masuk urutan ke-7 di dunia sebesar 7,6 juta jiwa (Triyanisya dan Prastica, 2013 dalam Agrina, 2014). Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 jumlah pasien diabetes melitus di Jawa Timur sebanyak 605.974 jiwa.). International Diabetes Federation (IDF) pada tahun 2017 melaporkan bahwa jumlah pasien DM didunia pada tahun 2017 mencapai 425 juta orang dewasa berusia antara 20–79 tahun (Kusnanto, 2019). Melalui sumber pencatatan di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya penulis tahun 2018 jumlah pasien diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun di Jawa Timur sebanyak 3,0 % (Kemenkes Indonesia, 2018). Selama menjalani praktek komprehensif mulai tahun 2019 dari bulan Juni sampai bulan Juli didapatkan pasien dengan prevalensi mencapai angka 52 pasien yang dirawat inap di Ruang III Rumkital Dr.Ramelan Suraba

Diabetes melitus secara umum disebabkan oleh defisiensi insulin akibat adanya kerusakan pada sel beta pankreas dan gangguan hormonal (Mansjoer, dkk 2005 dalam (Yuanita, 2014)). Faktor penyebab diabetes melitus menurut Sudoyo (2006) dalam (Damayanti, 2015) adalah Faktor keturunan riwayat keluarga dengan diabetes melitus tipe 2, mempunyai peluang menderita diabetes melitus sebesar 15% dan risiko mengalami intoleransi glukosa yaitu ketidakmampuan dalam memetabolisme karbohidrat secara normal sebesar 30%. Obesitas atau kegemukan yaitu kelebihan berat badan $\geq 20\%$ dari berat ideal atau BMI (Body Mass Index) $\geq 27\text{kg/m}^2$. Menurut Nabyl (2009) seiring bertambahnya usia, risiko diabetes dan penyakit jantung semakin meningkat. Seseorang yang berisiko menderita diabetes melitus adalah yang mempunyai tekanan darah tinggi (*Hypertensi*) yaitu tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg. Aktivitas fisik yang kurang menyebabkan resistensi insulin pada diabetes melitus tipe 2 (Soegondo, 2009). Stres adalah segala situasi yang muncul ketika ada ketidakcocokan antara tuntutan yang dihadapi dengan kemampuan yang dimiliki.

Tenaga kesehatan memiliki peran sangat penting dalam melakukan pencegahan diabetes melitus, dengan cara edukasi dan penyuluhan terhadap penderita diabetes melitus agar selalu menjaga pola makan dan pola hidup sehat serta pentingnya perawatan luka pada diabetes melitus dan senam kaki diabetes. Untuk hipertensi, selain diberikan terapi farmakologis dari dokter perawat juga mengajarkan kepada pasien terapi relaksasi otot progresif untuk hasil lebih maksimal.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :
“Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ny. U dengan Diagnosis Medis DM Hiperglikemi + HT Emergency di ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency di ruang 3 RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi hasil pengkajian pada pasien diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency di ruang 3 RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency di ruang 3 RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada masing-masing diagnosa keperawatan pasien diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency di ruang 3 RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency di ruang 3 RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien DM Hiperglikemi + HT Emergency di ruang 3 RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency di ruang 3 RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.3 Manfaat Penulisan

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat – manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut dibawah ini :

1. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan cermat, sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan pada pasien diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency.

2. Secara Praktis

- a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi pasien yang mendapatkan asuhan keperawatan di institusi rumah sakit yang bersangkutan.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat sebagai dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency. serta meningkatkan pengembangan profesi keperawatan.

c. Bagi Keluarga dan Pasien

Karya Ilmiah Akhir ini diharapkan dapat sebagai bahan penyuluhan kepada keluarag tentang deteksi dini penyakit diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency sehingga keluarga mampu menggunakan pelayanan medis gawat darurat. Selain itu, agar keluarga mampu melakukan perawatan pasien diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency dirumah agar meminimalkan aktivitas.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Bahan penulisan ini diharapkan dapat sebagai bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebaga perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi yang terbaru

1.3.4 Metode Penulisan

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya tulis akhir ini adalah metode deskriptif, dimana penulis menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. U dengan diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency.

Membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan meliputi 5 langkah, yaitu pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien Ny. U, keluarga Ny. U maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosa pengamatan selanjutnya.

3. Sumber data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari pasien dan perawat memperoleh informasi yang akurat dari pasien.

b. Data sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga Ny. U atau orang terdekat dengan pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan, tim kesehatan lain di laboratorium dan di radiologi.

c. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan untuk mengumpulkan teori yang

mendukung asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency.

1.3.5 Sistematika Penulisan

Penyusunan karya tulis akhir ini secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis akhir ini, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi uraian secara teoritis mengenai Konsep Diabetes Melitus, konsep luka selulitis, konsep asuhan keperawatan Diabetes Melitus, kerangka masalah keperawatan Diabetes Melitus.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi asuhan keperawatan

BAB 4 : Berisi tentang analisis masalah yang merupakan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan.

BAB 5 : Penutup, berisi simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini membahas tinjauan pustaka penulis memasukkan beberapa literature yang ada keterkaitannya dengan judul Asuhan Keperawatan pada Ny. U dengan Diagnosis DM Hiperglikemi + HT Eemergency di ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya. Konsep penyakit akan diuraikan Konsep Diabetes Melitus, konsep asuhan keperawatan Diabetes Melitus, Konsep Hiperglikemi dan Konsep Hipertensi. Konsep asuhan keperawatan Diabetes Melitus yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

2.1 Konsep Diabetes Mellitus

2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus

Diabetes adalah penyakit yang kompleks dan kronis yang membutuhkan perawatan medis berkelanjutan dengan strategi pengurangan risiko multifaktori kontrol glikemik. Pendidikan dan dukungan manajemen diri pasien yang berkelanjutan adalah penting untuk mencegah komplikasi akut dan mengurangi risiko komplikasi jangka panjang (Matthew, *et al*, 2018)

Diabetes Mellitus (DM) merupakan penyakit kronis yang umum terjadi pada dewasa yang membutuhkan supervisi medis berkelanjutan dan edukasi perawatan mandiri pada pasien. Namun, bergantung pada tipe DM dan usia pasien, kebutuhan dan asuhan keperawatan pasien dapat sangat berbeda. DM bukanlah gangguan tunggal tetapi kumpulan gangguan kronis pada endokrin pankreas (Lemone, 2016)

Beberapa pengertian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa Diabetes Mellitus merupakan gangguan metabolisme yang dapat meningkatkan gula darah dan tidak mampu memproduksi hormon insulin sendiri.

2.1.2 Etiologi Diabetes Mellitus

Umumnya Diabetes Mellitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar dari sel-sel beta dari pulau-pulau *Langerhans* pada pankreas yang berfungsi menghasilkan insulin, yang akibatnya terjadi kekurangan insulin. Diabetes Mellitus juga dapat terjadi karena gangguan terhadap fungsi insulin dalam memasukan glukosa kedalam sel. Gangguan itu dapat terjadi karena kegemukan atau sebab lain yang belum diketahui. DM mempunyai etiologi yang heterogen, yakni berbagai lesi dapat menyebabkan insufisiensi insulin, tetapi determinan genetik biasanya memegang peranan penting pada mayoritas DM. Faktor lain yang dianggap sebagai kemungkinan etiologi DM menurut (Iqbal, *et al*, 2015) yaitu sebagai berikut:

1. Kelainan sel beta pankreas, berkisar dari hilangnya sel beta sampai kegagalan sel beta melepas insulin.
2. Faktor-faktor lingkungan yang mengubah fungsi sel beta, antara lain agen yang dapat menimbulkan infeksi, diet pemasukan karbohidrat dan gula yang diproses secara berlebihan, serta obesitas dan kehamilan
3. Gangguan sistem imunitas, sistem ini dapat dilakukam oleh autoimunitas yang disertai pembentukan sel-sel antibodi antipankreatik dan mengakibatkan kerusakan sel-sel penyekresi insulin, kemudian peningkatan kepekatan sel beta oleh virus

Kelainan insulin pada klien obesitas terjadi gangguan kepekaan jaringan terhadap insulin akibat kurangnya reseptor insulin yang terdapat pada membran sel responsif terhadap insulin.

2.1.3 Patofisiologi Diabetes Mellitus

Patofisiologi diabetes mellitus dibagi menjadi dua menurut (Black, 2014) yaitu sebagai berikut:

1. Diabetes mellitus tipe 1

DM tipe 1 tidak berkembang pada semua orang yang mempunyai predisposisi genetik. Pada mereka yang memiliki indikasi risiko penanda gen (DR3 dan DR4 HLA), DM terjadi lebih dari 1 %. Lingkungan telah lama dicurigai sebagai pemicu DM tipe 1. Insiden meningkat, baik pada musim semi maupun gugur, dan onset sering bersamaan dengan epidemik berbagai penyakit virus. Autoimun aktif langsung menyerang sel beta pankreas dan produknya. ICA dan antibodi insulin secara progresif menurunkan keefektifan kadar sirkulasi insulin. Hal ini secara pelan-pelan terus menyerang sel beta dan molekul insulin endogen sehingga menimbulkan onset mendadak DM. Hiperglikemia dapat muncul akibat dari penyakit akut atau stress, di mana meningkatkan kebutuhan insulin melebihi cadangan dari kerusakan massa sel beta. Ketika penyakit akut atau stress terobati, klien dapat kembali kepada status terkompensasi dengan durasi yang berbeda-beda di mana pankreas kembali mengatur produksi sejumlah insulin secara adekuat. Status kompensasi ini disebut sebagai periode *honeymoon*, secara khas bertahan untuk 3–12 bulan. Proses berakhir ketika massa sel beta yang berkurang tidak dapat memproduksi cukup insulin untuk meneruskan kehidupan. Klien menjadi bergantung kepada pemberian insulin eksogen (diproduksi di luar tubuh) untuk tetap bertahan hidup.

2. Diabetes melitus tipe 2

Patogenesis DM tipe 2 berbeda signifikan dari DM tipe 1. Respon terdapat sel beta terhadap hiperglikemia tampak menjadi faktor mayor dalam perkembangannya. Sel beta terpapar secara kronis terhadap kadar glukosa darah tinggi menjadi secara progresif kurang efisien ketika merespons peningkatan glukosa lebih lanjut. Fenomena ini dinamai *desensitisasi*, dapat kembali dengan menormalkan kadar glukosa. Rasio proinsulin (prekursor insulin) terhadap insulin tersekresi juga meningkat.

Proses patofisiologi kedua dalam DM tipe 2 adalah resistensi terhadap aktivitas insulin biologis, baik di hati maupun jaringan perifer. Keadaan seperti ini disebut resistensi insulin. Orang dengan DM tipe 2 memiliki penurunan sensitivitas insulin terhadap kadar glukosa, yang ,mengakibatkan produksi glukosa hepatik berlanjut, bahkan sampai dengan kadar glukosa darah tinggi. Hal ini bersamaan dengan ketidakmampuan otot dan jaringan lemak untuk meningkatkan ambilan glukosa. Mekanisme penyebab resistensi insulin perifer tidak jelas, namun ini tampak terjadi setelah insulin berikatan terhadap reseptor pada permukaan sel.

2.1.4 Klasifikasi Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus dapat diklasifikasikan ke dalam kategori umum menurut *American Diabetic Assosiation* (2018) antara lain:

1. Diabetes tipe I

Karena kerusakan sel- β autoimun, biasanya mengarah kekurangan insulin.

2. Diabetes tipe II

Karena hilangnya sekresi insulin sel- β secara progresif yang sering terjadi,

atau resistensi insulin. Faktor yang mempengaruhi antaranya adalah usia, obesitas, riwayat keluarga, dan gaya hidup).

3. **Diabetes Mellitus Gestasional (DMG)**

Diabetes yang di diagnosis pada trimester kedua ataupun tiga pada masa kehamilan yang tidak jelas diabetes sebelum kehamilan.

4. **Jenis Diabetes khusus**

Dikarenakan penyebab lain, misalnya sindrom diabetes monogenik (seperti diabetes neonatal, dan diabetes awitan usia muda, penyakit pankreas esokrin, dan diabetes yang diinduksi obat atau kimia (seperti penggunaan glukokortikoid, dalam mengobati HIV/ AIDS, atau setelah transplantasi organ.

2.1.5 Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus

Manifestasi klinis diabetes mellitus menurut (Brunner & Suddarth, 2014)

antara lain:

1. Poliuria, polidipsia, dan polifagia
2. Keletihan dan kelemahan, perubahan pandangan secara mendadak, sensasi kesemutan, atau kebas di tangan atau kaki, kulit kering, luka yang lama sembuh, atau infeksi berulang.
3. Awitan diabetes tipe 1 dapat disertai dengan penurunan berat badan mendadak, mual dan muntah atau nyeri pada lambung.
4. Diabetes tipe 2 disebabkan oleh intoleransi glukosa yang progresif dan berlangsung perlahan (bertahun-tahun) dan mengakibatkan komplikasi jangka panjang, apabila diabetes tidak terdeteksi selama bertahun-tahun, maka komplikasi akan muncul sebelum diagnosa di tegakkan.

5. Tanda dan gejala ketoasidosis diabetes (DKA) mencakup nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, dan napas berbau buah. DKA yang tidak tertangani dapat menyebabkan perubahan tingkat kesadaran, koma, dan kematian.

2.1.6 Penatalaksanaan Diabetes Mellitus

Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk menjaga kadar gula dalam tubuh seseorang yang menderita diabetes menurut (Maghfuri, 2016):

1. Perencanaan makanan
 - a. Sumber zat tenaga antara lain beras, jagung, gandum, ubi kayu, ubi jalar, kentang, sagu, roti, dan mie.
 - b. Sumber zat pembangun yang berasal dari bahan nabati antara lain kacang- kacangan, tempe, tahu.
 - c. Sumber zat pengatur adalah semua sayur-sayuran dan buah-buahan.
 - d. Makanlah makanan untuk memenuhi kecukupan energi.
 - e. Makanlah makanan sumber karbohidrat sebagian dan kebutuhan energi (pilih karbohidrat kompleks dan serat serta batasi konsumsinya).
 - f. Karbohidrat sederhana seperti gula sirup atau dari buah-buahan serta susu tidak lebih dari 5% total kalori.
 - g. Serat adalah jenis karbohidrat yang dapat dicerna.
 - h. Batasi konsumsi lemak, minyak, dan santan sampai seperempat kecukupan energi.
 - i. Gunakan garam yang beryodium (gunakan secukupnya saja. Penyandang diabetes yang mempunyai tekanan darah tinggi sehingga

harus berhati-hati pada asupan natrium.

- j. Makanlah makanan sumber zat besi (Fe) untuk menghindari anemia.
- k. Biasakan makan pagi pada penyandang diabetes terutama menggunakan obat penurun glukosa darah ataupun suntikan insulin.

1. Hindari minuman beralkohol yang menyebabkan terhambatnya penyerapan zat gizi.

2. Latihan Jasmani

Gerak badan, olahraga, atau latihan merupakan salah satu penatalaksanaan diabetes karena dapat menurunkan berat badan, meningkatkan kebugaran, dan meningkatkan fungsi jantung, paru-paru, dan otot.

3. Obat-obatan penurun gula darah

Penderita diabetes tipe 1 tidak dapat membuat insulin karena sel-sel β -pankreas mereka rusak atau hancur. Oleh karena itu, membutuhkan suntikan insulin untuk memungkinkan tubuh mereka untuk memproses glukosa dan menghindari komplikasi dari hiperglikemia.

2.1.7 Komplikasi Diabetes Mellitus

Komplikasi yang berkaitan dengan diabetes mellitus diklasifikasikan sebagai komplikasi akut dan kronik menurut (Brunner & Suddarth, 2014) antara lain, Komplikasi akut terjadi akibat intoleransi glukosa yang berlangsung dalam jangka waktu yang pendek dan mencakup hipoglikemia, DKA, HHNS.

Komplikasi kronik biasanya terjadi 10–15 tahun setelah awitan diabetes mellitus komplikasinya mencakup berikut:

- 1. Penyakit makrovaskular (pembuluh darah besar): mempengaruhi sirkulasi koroner, pembuluh darah perifer, dan pembuluh darah otak. Penyakit

mikrovaskular (pembuluh darah kecil): mempengaruhi mata (retinopati), dan ginjal (nefropati); kontrol kadar gula darah untuk menunda atau mencegah awitan komplikasi mikrovaskular ataupun makrovaskular.

2. Penyakit neuropatik: mempengaruhi saraf sensorik motorik dan otonom serta berperan memunculkan sejumlah masalah, seperti impotensi dan ulkus kaki.

2.2 Konsep Hiperglikemi

2.2.1 Definisi Hiperglikemi

Hiperglikemia adalah kadar gula darah yang tinggi dengan nilai lebih dari normal dikarenakan tubuh tidak memproduksi insulin atau insulin tidak bekerja dengan baik (*Hess-Fischl, 2016*).

Pada keadaan normal, glukosa diperlukan sebagai stimulator sel β pancreas dalam memproduksi insulin. Kadar glukosa darah yang meningkat akan ditangkap oleh sel β melalui glucose transporter 2 (GLUT2). Glukosa akan mengalami fosforilase menjadi glukosa-6 fosfat (G6P) dengan bantuan enzim penting, yaitu glukokinase. Glukosa 6 fosfat kemudian akan mengalami glikolisis dan akhirnya akan menjadi asam piruvat. Dalam proses glikolisis ini akan dihasilkan 6-8 ATP. Penambahan ATP akan menyebabkan menutupnya kanal kalium. Dengan demikian kalium akan tertumpuk dalam sel dan terjadi depolarisasi membran sel pankreas, sehingga kanal kalsium terbuka dan kalsium akan masuk ke dalam sel. Dengan meningkatnya kalsium intrasel, akan terjadi translokasi granula insulin ke membran dan insulin akan dilepaskan ke dalam darah (*Merentek, 2011*).

2.2.2 Etiologi Hiperglikemi

Smeltzer & Bare (2010) Menjelaskan, hiperglikemia dapat terjadi pada penderita Diabetes dan Non Diabetes dengan etiologi sebagai berikut

1. Dosis insulin tidak tepat

Insulin ada 2 jenis, yang memiliki kerja cepat, 3 kali suntik sesudah makan, untuk mencegah meningkatnya gula mendadak diatas 200 mg/ dL yang dapat membuat pembuluh darah sering terkikis, rusak dan 1 kali suntik malam yang kerjanya landai selama lebih kurang 24 jam, mencegah gula darah puasa naik akibat pemecahan gula di hati.

2. Asupan makanan berlebihan

Makan berlebihan akan menyebabkan rasa kantuk. Penyebabnya adalah lonjakan kadar glukosa dalam tubuh akibat terlalu banyak makan nasi. Hal ini bisa berimbas pada terganggunya neuron dalam otak yang biasanya memproduksi protein oreksin yang bertanggung jawab membuat Anda terjaga dan awas

3. Aktivitas kurang

Aktivitas yang kurang seperti jarang olah raga dan malas gerak akan menyebabkan ketahanan fisik yang kurang sehingga tidak mengaktifkan organ tubuh untuk memproses asupan nutrisi yang masuk dalam tubuh

4. Stres (fisik maupun emosional)

Stres adalah suatu ketidakseimbangan diri/jiwa dan realitas kehidupan setiap hari yang tidak dapat dihindari atau perubahan yang memerlukan penyesuaian. Stres terjadi jika orang dihadapkan dengan peristiwa yang dirasakan sebagai mengancam fisik atau psikologisnya, peristiwa tersebut disebut stresor

5. Infeksi

Banyak orang tidak tau terjadinya infeksi dalam tubuh yang dapat menyebabkan banyak faktor sehingga mempengaruhi daya tahan tubuh yang tidak adekuat.

2.2.3 Pathifisiologi Hiperglikemei

Penyerapan glukosa ke dalam sel diawali dengan penangkapan insulin oleh insulin receptor substrat-1 (IRS-1) yang kemudian memberikan sinyal pada GLUT 4 untuk memindahkan glukosa dari luar ke dalam sel. Keadaan hiperglikemia 7 kronis menyebabkan terjadinya glucose toxicity yang berakibat pada penurunan ambilan glukosa di membrane sel otot oleh karena terjadinya gangguan translokasi pada GLUT 4, penurunan aktifitas IRS-1 sehingga terjadi resistensi pada insulin. Hal ini menyebabkan glukosa plasma akan meningkat. Resistensi insulin awalnya dapat ditoleransi dengan peningkatan sekresi insulin yang apabila terjadi terus menerus akan menyebabkan kelelahan pada sel beta pancreas yang mengakibatkan destruksinya sel beta sehingga berdampak pada penurunan sekresi insulin (*Campos, 2012*).

2.2.4 Tatalaksana Hiperglikemi

Tabel 2.1 Tatalaksana Hiperglikemi

KADAR GULA DARAH (sebelum RC)	REGULASI CEPAT INTRA VENA (RUMUS SATU)	REGULASI CEPAT SUB KUTAN (MAINTENANCE) (RUMUS KALI 2)
200 – 300	1 x (@ 4 unit/jam)	3 x 4 unit
300 – 400	2 x (@ 4 unit/jam)	3 x 6 unit
400 – 500	3x (@ 4 unit/jam)	3 x 8 unit
500 – 600	4 x (@ 4 unit/jam)	3 x 10 unit
600 – 700	5x (@ 4 unit/jam)	3 x 12 unit

2.3 Konsep Hipertensi

2.3.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg. Atau bila pasien memakai obat antihipertensi, dan kondisi medis terjadi peningkatan tekanan darah secara kronis (dalam jangka waktu lama) (Iqbal, W., *et al*, 2015)

Stadium awal dari hipertensi disebut “prehipertensi” didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik antara 120–139 mmHg dan tekanan darah diastolik antara 80–89 mmHg (Hurst, 2016).

2.3.2 Etiologi Hipertensi

Sejumlah etiologi yang dapat mempengaruhi hipertensi yaitu usia, jenis kelamin, ras, dan pola hidup menurut (Asikin, M., *et al*, 2016)

1. Usia

Pengidap hipertensi yang berusia lebih dari 35 tahun meningkatkan insidensi penyakit arteri dan kematian prematur.

2. Jenis Kelamin

Insidensi terjadinya hipertensi pada pria umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Namun, kejadian hipertensi pada wanita mulai meningkat pada usia paruh baya, sehingga pada usia diatas 65 tahun insidensi pada wanita lebih tinggi.

3. Ras

Hipertensi pada orang yang berkulit hitam lebih sedikit dua kalinya dibandingkan denganvorang yang berkulit putih.

4. Pola Hidup

Penghasilan rendah, tingkat pendidikan rendah, dan kehidupan dan pekerjaan yang penuh stress berhubungan dengan kejadian hipertensi yang lebih tinggi.

2.3.3 Manifestasi Klinik

Pengidap hipertensi menunjukkan adanya sejumlah tanda dan gejala menurut (Brunner & Suddarth, 2014) antara lain:

1. Pemeriksaan fisik dapat mengungkap bahwa tidak ada abnormalitas lain selain tekanan darah tinggi.
2. Perubahan pada retina disertai dengan hemoragi, eksudat, penyempitan arteirol, dan bintik katun-wol (*cotton wool spots*), (infarkasio kecil), dan papiledema dapat terlihat pada kasus hipertensi berat.
3. Gejala biasanya mengindikasikan kerusakan vaskular yang berhubungan

dengan sistem organ yang dialiri oleh pembuluh darah yang terganggu.

4. Penyakit arteri koroner dengan angina atau infark miokardium adalah dampak yang paling sering terjadi.
5. Hipertrofi ventrikel kiri dapat terjadi; berikutnya akan terjadi gagal jantung.
6. Perubahan patologis dapat terjadi diginjal (nokturia) dan peningkatan BUN dan kadar kreatinin).
7. Dapat terjadi gangguan serebrovaskular (stroke atau serangan iskemik, perubahan dalam penglihatan atau kemampuan bicara, pusing, kelemahan, jatuh mendadak, atau hemiplegia transien atau permanen).

2.3.4 Patofisiologi Hipertensi

Beberapa faktor yang mengontrol tekanan darah berkontribusi mengembangkan hipertensi primer. Dua faktor utama termasuk masalah baik hormon, atau hormonal (natriuretik hormon, renin, angiotensin-aldosteron sistem) mekanisme atau gangguan dalam elektrolit (natrium, klorida, kalium). Hormon natriuretik menyebabkan peningkatan konsentrasi natrium dalam sel yang mengarah ke peningkatan tekanan darah. Renin angiotensin-aldosteron sistem (RAAS) mengatur natrium, kalium, dan volume darah, yang akan akhirnya mengatur tekanan darah arteri (pembuluh darah itu membawa darah dari hati). Dua hormon yang terlihat dalam sistem RAAS termasuk angiotensin II dan aldosteron. Angiotensin II menyebabkan penyempitan pembuluh darah, meningkatkan pelepasan bahan kimia yang meningkatkan tekanan darah, dan meningkatkan produksi aldosteron (Bell June & Bernie, 2015)

2.3.4 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi Hipertensi berdasarkan *The Joint National Committee on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 8), untuk klasifikasi Hipertensi lebih jelas dapat (lihat tabel 2.1)

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prahipertensi	120 – 139	80 – 89
Hipertensi stadium 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensi stadium 2	≥160	≥100

Sumber: (*American College of Cardiology*, 2017)

2.3.5 Penatalaksanaan Hipertensi

Penatalaksanaan pada hipertensi terdiri dari penatalaksanaan farmakologi dan penatalaksanaan non farmakologi menurut (Asikin, M., *et al*, 2016)

1. Farmakologi

Golongan diuretik, golongan betabloker, golongan antagonis kalsium, golongan ACE inhibitor.

2. Nonfarmakologi

Pola makan harus dibatasi atau dikurangi terutama makanan yang mengandung garam, dan olahraga/aktifitas.

2.4 Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah utama dan dasar utama dari proses keperawatan yang mempunyai dua kegiatan pokok, yaitu :

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapat diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

a. Anamnesis

1) Identitas penderita

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

2) Keluhan Utama

Adanya rasa kesemutan pada kaki / tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh – sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

4) Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit – penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung,

obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah di dapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misal hipertensi, jantung.

6) Riwayat psikososial

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

b. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda – tanda vital.

2) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, telinga kadang-kadang berdenging, adakah gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah penglihatan kabur / ganda, diplopia, lensa mata keruh.

3) Sistem integumen

Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan gangren, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

4) Sistem pernafasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Pada penderita DM mudah terjadi infeksi.

5) Sistem kardiovaskuler

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, aritmia, kardiomegalis.

6) Sistem gastrointestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen, obesitas.

7) Sistem urinary

Poliuri, retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih.

8) Sistem muskuloskeletal

Penyebaran lemak, penyebaran massa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren di ekstremitas.

9) Sistem neurologis

Terjadi penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi.

c. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah :

1) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah meliputi : GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa >120 mg/dl dan dua jam post prandial > 200 mg/dl.

2) Urine

Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine.

Pemeriksaan dilakukan dengan cara Benedict (reduksi).

Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna pada urine :

hijau (+), kuning (++), merah (+++), dan merah bata (++++).

3) Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidak stabilan kadar glukosa darah
2. Resiko defisit nutrisi
3. Ansietas

2.4.3 Intervensi

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria	Intervensi
1.1	<p>Resiko ketidakstabilan kadar glukosa</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah mengalami stabil dengan kriteria hasil:</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gula darah kembali normal 2. Pasien kembali prima 	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor level glukosa darah 2. Monitor tanda-tanda hiperglikemi: kelemahan, lemas, pandangan kabur. 3. Berikan terapi insulin sesuai anjuran dokter 4. Konsultasikan dengan dokter apabila tanda hiperglikemi memburuk.
2.	<p>Resiko Defisit Nutrisi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat mempertahankan nutrisi yang adekuat dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkat protein dan vitamin C 4. Berikan substansi gula 5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan makan yang terpilih (sudah di konsulkan pada ahli gizi) 7. Ajarkan pasien bagaimana cara membuat catatan makanan harian 8. Monitor jumlah nutrisi dan jumlah kalori 9. Berikan informasi tentang

		badan yang berarti	kebutuhan nutrisi 10. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
3.	Ansietas	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas berkurang optimal dengan kriteria hasil :</p> <p style="text-align: center;">Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak merasa khawatir dengan penyakitnya 2. Pasien dapat berkonsentrasi 3. Pasien tidak tampak gelisah 4. Pasien tidak tampak tegang 5. Pola istirahat pasien terjaga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien 3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 4. Pahami preferensi pasien terhadap situasi stres 5. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 6. Lakukan Back/ Neck rub 7. Dengarkan dengan penuh perhatian 8. Identifikasi tingkat kecemasan 9. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan 10. dorong pasien untuk

			<p>mengungkapkan perasaan, ketkutan dan persepsi</p> <p>11. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaxas</p>
--	--	--	--

2.4.4 Implementasi

Dari hasil intervensi yang telah tertulis implementasi / pelaksanaan yang dilakukan disesuaikan dengan keadaan pasien dirumah sakit.

2.4.5 Evaluasi

1. Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang keresahan klien dengan berdasar tujuan yang telah ditetapkan.
2. Dalamevaluasi tujuan tersebut terdapat 3 alternatif yaitu tujuan tercapai, tujuan tercapai sebagian dan tujuan tidak tercapai.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahapan pengkajian, analisa data, perumusan masalah keperawatan, intervensi dan implementasi keperawatan serta evaluasi pada tanggal 15 – 18 Juli 2019 jam di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Data Dasar

Ny. U (57 tahun), beragama Islam, suku bangsa Jawa/ Indonesia, bekerja sebagai ibu rumah tangga, status perkawinan janda dengan 2 orang anak, pasien tinggal di , Surabaya Jawa Timur, No. Register 624xxx. Pasien dirawat dengan diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Emergency. Pasien masuk Rumkital Dr. Ramelan Surabaya melalui IGD pada hari Minggu, 14 Juli 2019 jam 10.00 WIB diantar oleh keluarganya. Selama pengkajian, sumber informasi berasal dari pasien, keluarga, perawat dan rekam medis pasien.

Pasien datang ke IGD RSAL DR.Ramelan Surabaya pada hari Minggu Tanggal 14 Juli 2019 jam 10.00 WIB diantar oleh keluarganya. Pasien datang dengan keluhan ada luka pada paha sebelah kiri, badan pasien menggigil, perut terasa tidak nyaman, mual dan rasa ingin muntah. Selama di IGD dilakukan observasi didapatkan kesadaran composmentis, GCS 456 (15), TD = 150/80 mmHg, N=110x/mnt, S=36,5 C, SpO2= 97%, hasil pemeriksaan GDA stik= 311.0 mg/dL, hasil pemeriksaan darah lengkap WBC=7.09, HGB=14.4, HCT=41.0, PLT=43.7, Na=136.7, K=4.46, Cl=103.3. Hasil konsulan dari dr.

Suwarno, SPPD di IGD pasien mendapatkan terapi injeksi ceftriaxone 2x1 gr, paracetamol 3x1 tab, RCI Novorapid 2x4 unit IV. Kemudian pada tanggal 15 Juli 2019 jam 10.00 WIB pasien dipindahkan ke Ruangan III dilakukan perawatan saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Juli 2019 jam 10.00 WIB didapatkan hasil observasi keadaan umum pasien baik, kesadaran composmentis, GCS 456, TD=150/80 mmHg, N=110x/menit, S= 36,5°C, RR= 20x/menit, spO₂=97%, terpasang Infus Pz:Futrolit 2:1 pada tangan kanan, dan dapat terapi amlodipine 10 mg 1x1, candesartan 8 mg 1x1, injeksi insulin novorapid 3x8 ui, GDA stik 311.0mg/dl. Keluhan saat ini pasien mengatakan badan masih terasa lemas dan mual-mual. Didapatkan riwayat penyakit terdahulu pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi dan mengkonsumsi obat amlodipine setiap malam hari.

Riwayat kesehatan keluarga menyatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga seperti Diabetes Melitus. Pasien mengatakan baru mengetahui jika dirinya punya penyakit Diabetes Melitus sejak terbaring dirumah sakit. Tidak ada riwayat alergi baik makanan maupun obat-obatan.

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

Pasien baik, pasien tampak lemas dan mual-mual, kooperatif saat perawat melakukan anamnesa dan pengkajian diruangan. Kesadaran composmetis GCS eye 4, motorik 5, verbal 6. Tanda-tanda vital pasien, TD: 190/80 mmHg, Nadi : 110/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36,5⁰ C, SpO₂ : 97%.

2. B1 (Breath/Pernapasan)

Bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, napas spontan, tidak

menggunakan alat bantu napas, tidak ada otot bantu napas, fokal fremitus teraba kanan dan kiri, suara napas vesikuler, irama pola napas (reguler), tidak ada sesak, tidak ada ronki (-/-), tidak ada wheezing (-/-), tidak ada retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu pernafasan maupun sianosis dan clubbing finger, RR 20xmenit, perkusi dada sonor, palpasi tidak ada fraktur/krepitasi.

3. B2 (Blood/Sirkulasi)

Bentuk dada simetris, denyut apex teraba, tidak ditemukan getaran/thrill, hasil perkusi pada jantung pekak, bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak terdapat gallop, murmur, tidak ada nyeri dada, ictus cordis pada ICS ke V midclavicularline sinistra, TD: 190/80 mmHg, Nadi : 110/menit, ABI (*Ankle Brachial Indeks*) 0,91, CRT <2 detik.

4. Persarafan B3 (*Brain*) Penginderaan

Kesadaran pasien composmentis, GCS 4-5-6 (membuka mata dengan spontan, orientasi pasien penuh, respon motorik pasien baik), tidak ada kejang. Refleks fisiologi : bisep +/+, trisep +/+, patella +/+, Refleks patologis : babinski -/-, kaku kuduk -/-, chaddock -/-, kernik -/, laseque -/-, bruzunki -/-, pada pemeriksaan Nervus cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan obat, Nervus cranial II pasien dapat melihat lapang pandang secara normal, Nervus cranial III pasien mampu membuka kelopak mata, Nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata, Nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, Nervus cranial VI pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah lateral, Nervus cranial VII otot wajah pasien simetris tidak ada masalah, Nervus cranial VIII pasien dapat mendengar dengan baik, Nervus cranial IX pasien tidak ada kesulitan menelan, Nervus cranial X pasien dapat menelan

dengan baik, Nervus cranial XI bahu pasien simetris tidak ada. masalah, Nervus cranial XII pasien dapat membedakan rasa pahit dan manis.

5. B4 (*Bladder*)

Kebersihan bersih, tidak terpasang kateter, intake SMRS pasien 1700 cc/24 jam, intake MRS pasien 8000 cc/24 jam (air putih), output 500 cc/24 jam, tidak ada distensi kandung kemih. Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen. Pasien BAK di kamar mandi \pm 3x/24 jam, warna kuning pekat.

6. B5 (*Bowel*)

Keadaan mulut bersih, membran mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gusi merah muda, tidak terdapat edema, lidah merah muda, faring merah muda, tidak terdapat lesi ataupun hiperemi, bentuk perut supel, tidak ada gangguan menelan, porsi makan habis 1 porsi 3 kali sehari saat SMRS, saat MRS makan habis 3-4 sendok atau $\frac{1}{4}$ porsi 3 kali sehari, diit rendah gula. Hepar dan lien tidak teraba, tidak terdapat nyeri abdomen, mual (+) dan muntah (-), jenis nasi tim lunak, tidak terpasang NGT, BAB 1x sehari dengan bantuan keluarga, konsistensi lembek.

7. B6 (*Muskuloskeletal & Integumen*)

Warna kulit sawo matang, pasien mobilisasi ditempat tidur, kemampuan pergerakan sendi bebas. Akral hangat.

8. Sistem Endokrin

Pasien mengatakan pasien baru mengetahui mempunyai penyakit Diabetes Melitus sejak dirawat dirumah sakit. Ditemukan tanda – tanda diabetes, yaitu : lemas, selalu mengantuk, GDA : 311.0 mg/dl pada tanggal (15-07-2019). Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening.

9. Sistem Penginderaan

Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, Lapang pandang normal, pupil isokor, gerakan bola mata simetris. Telinga simetris, keadaan bersih, tidak ada serumen, fungsi pendengaran normal. Tidak ada septum deviasi, tidak ada polip, mukosa hidung lembab, fungsi penciuman normal.

10. Sistem Seksual dan Reproduksi

Tidak terdapat terdapat hemoroid maupun lesi pada anus dan genetalia, tidak ada benjolan, pasien sudah tidak menstruasi, tidak pernah melakukan pemeriksaan reproduksi (pap smear/IVA).

3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Tabel 3.1 Kemampuan perawatan diri pada Ny. U

Aktivitas	SMRS				MRS					
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Mandi	✓								✓	
Berpakaian/berdandan	✓								✓	
Eliminasi/toileting	✓								✓	
Mobilitas di tempat tidur	✓					✓				
Berpindah	✓								✓	
Berjalan	✓								✓	
Naik tangga	✓									
Berbelanja	✓									
Memasak	✓									
Pemeliharaan rumah	✓									

0 = Mandiri 2 = Dibantu orang lain 4 = Tergantung 1 = Alat bantu

3 = Dibantu orang lain dan alat

Sebelum masuk rumah sakit :

Pasien selalu mandiri dalam memenuhi aktifitas sehari-hari

seperti mandi, berpakaian/ berdandan, eliminasi/toileting, mobilitas di tempat tidur, berpindah, berjalan dan naik tangga.

Setelah masuk rumah sakit :

Pasien masih dibantu oleh anak dan saudaranya dalam kemampuan aktivitas untuk pemenuhan kebutuhan mandi, berpakaian/berdandan, eliminasi/toileting, dan saat makan.

b. Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit :

Di rumah pasien mandi 2×/hari menggunakan sabun, gosok gigi 3×/hari saat mandi pagi dan sore serta saat akan tidur malam, keramas 2×/minggu dan potong kuku 1×/minggu. Setelah masuk rumah sakit:

Di RS pasien diseka 2×/hari menggunakan air bersih. Selama setelah masuk rumah sakit belum keramas dan potong kuku. Keadaan rambut hitam, bersih, tidak ada kotoran, keadaan kuku juga bersih tidak ada kuku yang panjang.

c. Aktivitas sehari- hari

Aktivitas pasien sehari – hari dirumah membereskan rumah dan berjualan minuman dingin.

d. Rekreasi

Pasien mengisi waktu luang dengan berkumpul dengan keluarganya dan berjalan – jalan disekitar rumah.

e. Olahraga

Setiap hari minggu pasien ke Taman dengan keluarganya untuk berolahraga.

2. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum MRS kualitas tidur pasien baik, jumlah tidur 8-9 jam perhari, yaitu pukul 21.00-05.00 dan saat siang pasien tidak pernah tidur siang.

Saat MRS pasien lebih banyak tidur di tempat tidur, jumlah tidur 12-14 jam per hari, kualitas tidur tidak nyenyak.

3. Kognitif Perseptual-Psiko-Spritual

a. Persepsi Pasien Terhadap Sehat Sakitnya

Selama sehat pasien tidak menjaga pola makan yaitu selalu makan dan minum manis, dan pasien tidak pernah kontrol atau berobat ke pusat layanan kesehatan atau rumah sakit.

Saat sakit, pasien mengatakan cemas terhadap penyakitnya (karena baru mengetahui kalau mempunyai penyakit diabetes melitus), pasien berharap agar bisa sembuh dan segera pulang.

b. Konsep Diri

- 1) Gambaran diri : pasien cemas terhadap penyakitnya.
- 2) Ideal diri : pasien mengatakan ingin cepat pulang
- 3) Harga diri : pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas atas penyakitnya
- 4) Peran : pasien adalah seorang janda dengan dua orang anak.
- 5) Identitas diri : pasien adalah seorang perempuan usia 57 tahun.
- 6) Citra diri : pasien cemas dengan penyakitnya.

(a) Kemampuan Bahasa

Pasien berkomunikasi menggunakan bahasa indonesia dan jawa dengan jelas, tidak ada hambatan dalam berkomunikasi.

(b) Kemampuan Adaptasi Terhadap Masalah

Pasien mampu beradaptasi dengan baik dan menerima kondisi yang dialaminya dan menyerahkan semuanya kepetugas pelayanan kesehatan.

(c) Pola Nilai – Kepercayaan

Pasien beragama kristen, di rumah mengisi kegiatan ibadah dengan ibadah dan berdoa.

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Penunjang Ny. U dengan DM Hiperglikemi + HT Emergency di Ruang 3 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
15-07-2019	WBC	7,09g/dL	(4,00-10,00)
	HGB	14.4g/dL	(11,0-16,0 g/dL)
	HCT	41,0 %	(37,0-54,0 %)
	PLT	43.7fl	(150-450)
	GDA	311.0 mg/dL	(<200 mg/dL)
	Natrium	136.7 mmol/L	(135,0-147.0) mmol/L
	Kalium	4,46 mmol/L	(3,00-5,00) mmol/L
	Chlorida	103.3 mmol/L	(95,0-105,0 mmol/L)

2. Penatalaksanaan

Tabel 3.3 Terapi Medis Ny. U dengan DM Hiperglikemi + HT Emergency di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 15 Juli 2019.

Terapi	Dosis	Lokasi Pemberian	Kegunaan
Infus PZ:Futrolit	2:1	Intravena	Mengatasi kebutuhan kabohidrat, cairan dan elektrolit yang di butuhkan oleh tubuh
Injeksi Insulin Novorapid	3 x 6 ui	Subcutan	Mengontrol kadar gula darah bagi pasien diabetes.
Amlodipine	10 mg 1x1	Peroral	Mengontrol tekanan darah bagi pasien hipertensi
Candesartan	8 mg 1x1	Peroral	Untuk menurunkan tekanan darah bagi pasien hipertensi

3.1 Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan klien. Masalah keperawatan memberikan gambaran tentang masalah atau status kesehatan pasien yang nyata (aktual) dan kemungkinan akan terjadi, dimana pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang profesi perawat. Masalah keperawatan pada kasus ini meliputi Ketidakstabilan kadar glukosa darah, resiko defisit nutrisi, ansietas (SDKI, 2016).

Masalah keperawatan yang pertama adalah Ketidakstabilan kadar glukosa

darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah (SDKI, 2016). Mendefinisikan kadar glukosa darah adalah variasi dimana kadar glukosa darah mengalami kenaikan atau penurunan dari rentang normal yaitu mengalami hiperglikemi atau hipoglikemi. Hiperglikemi merupakan keadaan kadar glukosa dalam darah pasien saat pemeriksaan glukosa plasma puasa > 126 mg/dl, pemeriksaan glukosa plasma > 200 mg/dl 2 jam setelah tes toleransi glukosa oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram dan pemeriksaan glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (Perkeni,2009). Masalah ini ditegakkan berdasarkan data yang muncul pada klien meliputi data subjektif yang didapatkan Ny.U mengatakan badannya masih terasa lemas. Data objektif didapatkan tampak tremor, makan 3-4 sendok atau $\frac{1}{4}$ porsi TD: 190/80 mmhg, N: 110x/menit, RR: 20x/menit, SPO2: 97%, GDA 311 mg/dl dengan kesadaran composmentis.

Masalah keperawatan yang kedua yaitu resiko defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia (SDKI, 2016). Mendefinisikan suatu keadaan yang dialami seseorang dalam keadaan tidak berpuasa (normal) atau resiko penurunan berat badan akibat ketidakcukupan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme. Masalah keperawatan ini ditegakkan berdasarkan data yang didapatkan meliputi data subjektif yang didapatkan Ny.U mengatakan badan terasa lemas dan mual setiap kali ingin makan. Data objektif didapatkan pasien makan 3-4 sendok atau $\frac{1}{4}$ porsi, mual.

Masalah keperawatan yang ketiga yaitu ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini NANDA (2018-2020). mendefinisikan perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom (sumber seringkali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan

oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman. Masalah keperawatan ini ditegakkan berdasarkan data yang didapatkan meliputi data subjektif yang didapatkan Ny.U mengatakan cemas dengan kondisinya sekarang. Data objektif didapatkan Ny.U tampak gelisah, sering bertanya tentang kondisinya.

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah mengalami stabil dengan kriteria hasil : 3. Gula darah kembali normal 4. Pasien kembali prima	4. Monitor level glukosa darah 5. Monitor tanda-tanda hiperglikemi: kelemahan, lemas, pandangan kabur. 6. Berikan terapi insulin sesuai anjuran dokter 7. Konsultasikan dengan dokter apabila tanda hiperglikemi memburuk.	1. Untuk mengetahui normal kadar gula darah 2. Untuk memberikan tindakan medis yang tepat 3. Untuk memproses zat gula yang berasal dari makanan atau minuman 4. Untuk mencegah komplikasi akibat hiperglikemi
2	Resiko defisit nutrisi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat mempertahankan nutrisi yang adekuat dengan kriteria hasil : 1. Keseimbangan nutrisi adekuat 2. Pasien tidak tampak lemas	1. Kaji status nutrisi 2. Kaji faktor yang merubah asupan nutrisi : mual 3. Anjurkan makan sedikit tapi sering 4. Berikan makanan yang di sukai	1. Mengetahui kebutuhan nutrisi dalam tubuh 2. Mengetahui penyebab mual akibat dari nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh 3. Mempertahankan keseimbangan nutrisi 4. Menambah nafsu makan

3	Ansietas berhubungan dengan luka selulitis dan DM	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas berkurang optimal dengan kriteria hasil : 1. Pasien tidak gelisah 2. Pasien tidak terlihat tegang 3. Pasien mengetahui kondisi penyakitnya sekarang	1. Bina hubungan saling percaya 2. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan (memberi leaflet yang berhubungan dengan penyakitnya) 4. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya 5. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengontrol kecemasan yang dialami	1. Membangun hubungan saling percaya 2. Mempersiapkan untuk menerima informasi 3. Memberi penyuluhan kepada pasien dan keluarga pasien 4. Agar pasien dan keluarga pasien mengerti yang dijelaskan 5. Membantu Mengurangi rasa cemas dan memberikan rasa nyaman.
---	---	---	--	--

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan pada Ny.U dengan DM Hiperglikemi + HT Emergency di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

3.2 Tindakan Keperawatan Dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Ny. U Dengan DM Hiperglikemi + HT Emergency di Ruang III Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

No. Dx	Waktu/ Tgl/jam	Tindakan	TT	Waktu Tgl/jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1,2,3	15-07-2019 08.00	- Melakukan komunikasi terapeutik dan kontrak waktu dengan bina hubungan saling percaya	Riza	15-07-2019 08.00-13.20 WIB	Dx 1 (Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah) S = Ny. U mengatakan badannya terasa lemas O =Ny. U berbaring di tempat tidur TD = 150/80 mmHg N=110x/menit Suhu= 36,5°C RR=20x/menit GDA = 160mg/dl A = Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi P = Intervensi dilanjutkan	Riza
1	08.30	- Melakukan pemeriksaan kadar gula darah (GDA 160 mg/dl)	Riza			
1	09.00	- Melihat tanda-tanda hiperglikemi	Riza			
3	10.30	- Mendengarkan cerita pasien apa yang menyebabkan pasien cemas	Riza			
2	11.00	- Melihat pola asupan makanan pasien	Riza			
1	11.40	- Memberikan injeksi insulin 8 unit/IV	Riza			
2	11.50	- Mengkaji faktor penyebab yang merubah asupan nutrisi dan mual	Riza			
3	13.20	- Menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering agar nutrisi tetap seimbang	Riza			
		- Memberikan/mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi cemas.	Riza			
			Riza			
					Dx. 2 (Resiko Defisit Nutrisi) S = Ny. U mengatakan merasa mual dan tidak mau makan. O = 1. Makan 3-4 sendok atau ¼ porsi 2. Lemas A = Masalah Resiko Defisit Nutrisi belum teratasi P = Intervensi dilanjutkan	Riza
					Dx. 3 (Ansietas) S = Ny. U mengatakan cemas akan kondisi yang dialaminya karena ada juga keluarga	

					yang mengalami penyakit tersebut. O = 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien sering bertanya tentang kondisinya A = Masalah ansietas belum teratasi P = Intervensi dilanjutkan	
1,2,3	16-07-2019 08.00		Riza	16-07-2019 08.00-11.30 WIB	Dx 1 (Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah) S = Ny. U mengatakan badannya sudah tidak begitu lemas O = TD = 140/80 mmHg N=90×/menit suhu= 36,5°C RR=20×/menit A = Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian P = Intervensi dilanjutkan	Riza
1		- Melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah (cek DL rutin)	Riza			
2		- Melihat tanda-tanda hiperglikemi	Riza			
2	08.30	- Melihat pola asupan nutrisi pasien	Riza			
1	09.00	- Mengkaji faktor penyebab apakah pasien masih terasa mual	Riza			
3		- Rencana konsul dokter spesialis karena GDA masih belum normal	Riza			
3		- Menanyakan kembali informasi yang sudah diberikan	Riza			
3		- Menanyakan keadaan atau perasaan yang dirasakan sekarang	Riza			
		- Mengajarkan cara relaksasi lain seperti beribadah atau mendengarkan bacaan alquran (karena pasien islam)	Riza			
1	11.00	- Memberikan injeksi insulin 8U/IV	Riza			
2	11.30	- Memonitor apakah pasien melakukan makan sedikit tapi sering atau tidak	Riza			
		- Menyarankan pada keluarga untuk memberikan makanan yang disukai.	Riza			
					Dx. 2 (Resiko Defisit Nutrisi) S = Ny. U mengatakan sudah tidak begitu mual dan mau makan sedikit-sedikit. O = 1. Makan ½ porsi 2. Sedikit lemas A = Masalah Resiko Defisit Nutrisi teratasi sebagian P = Intervensi dilanjutkan	Riza
					Dx. 3 (Ansietas) S = Ny. U mengatakan sudah tidak begitu cemas akan kondisi yang dialaminya. O =	Riza

					<ol style="list-style-type: none">1. Pasien tampak pasrah2. Pasien mau mendengarkan dan menerima informasi dari perawat <p>A = Masalah ansietas teratasi sebagian P = Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	---	--

1,2,3 1 2 3 1.2.3	17-07-2019 15.00 15.30 16.00 17.30	<ul style="list-style-type: none"> - Menanyakan keadaan saat ini - Melakukan pemeriksaan GDA (171) - Menanyakan apakah masih merasa mual - Mendengarkan cerita pasien yang menceritakan masalah keluarganya - Melakukan pemriksaan ttv TD = 130/80 mmHg N=85x/menit suhu= 36,5°C RR=20x/menit 	<p>Riza Azriel Riza Riza</p>	17-07-2019 19.40-20.20 WIB	<p>Dx 1 (Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah) S = Ny. U mengatakan badannya sudah tidak begitu lemas O = TD = 130/80 mmHg N=85x/menit suhu= 36,5°C RR=20x/menit GDA = 171 A = Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian P = Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx. 2 (Resiko Defisit Nutrisi) S = Ny. U mengatakan sudah tidak begitu mual dan mau makan sedikit-sedikit. O = 1. Makan ½ porsi 2. Sedikit lemas A = Masalah Resiko Defisit Nutrisi teratasi sebagian P = Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dx. 3 (Ansietas) S = Ny. U mengatakan sudah tidak begitu cemas akan kondisi yang dialaminya. O = 1. Pasien mau mendengarkan dan menerima informasi dari perawat A = Masalah ansietas teratasi sebagian P = Intervensi dilanjutkan</p>	<p>Riza</p> <p>Riza</p> <p>Riza</p>
-------------------------------	--	--	--	----------------------------------	---	--

	18-07-2019 10.45	- Melakukan Discard Planning	Riza			
	12.30	- Pasien KRS (melakukan <i>discharge planing</i> sebelum pasien pulang)			- KRS	

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny U dengan diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Eemergency di ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 15 Juli 2019 sampai dengan 19 Juli 2019. Melalui pendekatan study kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan untuk asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Ny U dengan melakukan anamneses pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan di mulai dari.

1. Identitas

Data yang di dapatkan Ny U berjenis kelamin perempuan, berusia 57 tahun, memiliki 2 orang anak,. Menurut Powers, 2010 faktor risiko DM antara lain adalah Hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg). Berdasarkan hasil pengkajian Ny U memiliki riwayat hipertensi sejak 7 tahun yang lalu sehingga dengan adanya hipertensi maka mempengaruhi siplai oksigen dan nutrisi pada jaringan. *World HealthOrganization* (WHO) tahun 2016menunjukkan bahwa sekitar 150 juta orangmenderita DM di seluruh dunia, dan jumlah iniakan meningkat dua kali lipat pada tahun 2025. Kenaikan ini akan terjadi di negara-

negara berkembang yang disebabkan oleh pertumbuhan populasi, penuaan, diet tidak sehat, obesitas dan gaya hidup tidak, mengonsumsi makanan atau minuman tinggi gula (WHO, 2016).

Ny U berjenis kelamin perempuan, Penyakit DM lebih sering dijumpai pada perempuan dibanding laki-laki karena pada perempuan memiliki kadar LDL dan kolesterol yang tinggi dibanding laki-laki, selain itu aktivitas wanita juga lebih sedikit dibanding laki-laki sehingga memicu terserang berbagai penyakit, khususnya diabetes. Fitri dan Yekti (2012) dalam jurnalnya menyebutkan bahwa perempuan memiliki risiko lebih besar untuk mengalami peningkatan berat badan dan obesitas. Hal inilah yang diduga berkaitan dengan lebih tingginya prevalensi diabetes melitus pada perempuan.

2. Riwayat Sakit dan Kesehatan

Pasien mengatakan belum mengetahui jika mengidap DM, memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak 7 tahun yang lalu. Selama ini pasien mendapatkan terapi Novorapid 3 x 8 iu/sc setiap harinya saat di rumah sakit. Resistensi insulin menyebabkan kegagalan penggunaan glukosa oleh jaringan yang sensitif terhadap insulin dan output glukosa hepatic meningkat, kedua efek ini berkontribusi untuk hiperglikemia. Peningkatan output glukosa hepatic terutama menyumbang peningkatan tingkat FPG, sedangkan hasil penggunaan glukosa perifer menurun menyebabkan postprandial hiperglikemia (Powers, 2010).

Diabetes mellitus dalam jangka waktu 14 tahun menyebabkan terjadinya kerusakan pembuluh darah, elastisitas menurun, aliran darah yang kurang. Penyandang DM memiliki risiko terkena penyakit jantung 2-4 daripada orang yang non DM. Pengontrolan gula darah penting dilakukan untuk mencegah komplikasi

khususnya neuropati diabetik. Pengontrolan dapat dilihat dari glukosa darah sesaat dan glukosa darah jangka panjang. Pemeriksaan kadar HbA1c rata-rata digunakan dalam pengontrolan glukosa darah pada 2-3 bulan terakhir. Tingginya kadar HbA1c berkorelasi positif dengan terjadinya neuropati diabetik dimana semakin tinggi kadar HbA1c maka semakin tinggi kejadian neuropati diabetik (Ramadhan & Hanum, 2016)

3. Pemeriksaan fisik

a. System pernapasan

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak, tidak ada sumbatan jalan napas, irama napas regular, normo chest, tidak ada pernapasan cuping hidung, RR 26 x/m, spo2 99 % tanpa bantuan oksigen, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa/tumor, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas ronchi, tidak ada suara weezing, suara paru sonor. (Wijaya, 2015).

b. System kardiovaskular

System kardiovaskuler tidak didapatkan adanya peningkatan tekanan darah 170/90 mmhg, Palpasi nadi lemah, irama regular, Capillary refill time < 3 detik, akral hangat, BJ S 1, S2 tunggal.pada pemeriksaan penunjang foto thoraks di dapatkan cardiomegaly. Diabetes melitus apabila tidak tertangani secarabbenar, maka dapat mengakibatkan berbagai macam komplikasi. Ada dua komplikasi pada DM yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronik. Komplikasi kronik terdiri dari komplikasi makrovaskuler dan komplikasi

mikrovaskuler. Penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah otak, dan penyakit pembuluh darah perifer merupakan jenis komplikasi makrovaskular, retinopati, nefropati, dan neuropati merupakan jenis komplikasi mikrovaskuler. Neuropati diabetik umumnya terjadi setelah 5 tahun terkena diabetes mellitus. Kasus ini menjelaskan bahwa ada keterkaitan antara riwayat hipertensi dengan neuropati diabetik. Hipertensi dapat menyebabkan penebalan pembuluh darah arteri menyebabkan diameter pembuluh darah menyempit. Penyempitan pembuluh darah akan memengaruhi pengangkutan metabolisme dalam darah, sehingga kadar glukosa dalam darah akan terganggu. Insiden diabetes melitus 2/3 lebih tinggi pada pasien dengan hipertensi sehingga hipertensi juga memengaruhi komplikasi neuropati diabetik (Fadilah et al., 2016).

c. System persarafan

Kesadaran composmentis, GCS E4 V5 M6, orientasi lingkungan, orang dan tempat baik, reflek fisiologis : bisept trisept, patella, tendon baik, reflek patologis : reflek babinzki normal, tidak ada kaku kuduk. Tidak ada keluhan pusing, pemeriksaan Nervous cranial N 1/olfaktori : penciuman normal, klien dapat membedakan bau, N 2/optikus : lapang pandang baik, N 3/okulomotoris : reflek pupil normal, N 4/trrochlearis : pergerakan bola mata normal, N 5/trigemenus : gerakan mengunyah normal, N 6/abducent : pergerakan bola mata normal, N 7/fasialis : klien dapat tersenyum, dapat menjulurkan lidah, dan mengangkat alis, N 8/

vestibulochoclearis : lapang pendengaran dan keseimbangan tubuh menurun, N 9/ glasofaringeus : klien masih bisa membedakan rasa manis dan asam, N 10/ vagus : reflek menelan normal, N 11/ assesoris : klien dapat menggerakkan bahu, N 12/ hipoglasus : klien dapat menggerakkan lidah dari sisi ke sisi. Kadar guladarah yang tinggi mengakibatkan serat saraf hancur sehingga sinyal ke otak dan dari otak tidak terkirim dengan benar Tidak ada Keluhan yang paling sering dirasakan untuk persarafan. Munculnya berbagai keluhan pada penderita DM memperbesar risiko penderita tersebut mengalami komplikasi. Penelitian ini perlu dilakukan sebagai salah satu upaya preventif munculnya komplikasi yang lebih berbahaya pada penderita DM. Tingginya kontrol glikemik dan dislipidemia akan meningkatkan terjadinya neuropati diabetik (Jaiswal et al., 2017).

d. System perkemihan

Pasien tidak mengalami masalah dalam berkemih, asupan Cairan masuk sebanyak 950 cc/24 jam, produksi urin 840 cc/24 jam berwarna kuning, tidak ada nyeri tekan pada kuadran kanan bawah, mukosa bibir lembab, BB 65 kg. Diabetes Melitus memiliki tanda yang paling khas yaitu sering berkemih atau frekuensi kencing. Penyebab masalah berkemih pada pasien Diabetes Melitus terjadi karena penurunan hormon insulin yang berakibat kadar gula darah menjadi tinggi. Jika kadar gula darah sampai diatas 160-180 mg/dl, maka glukosa akan dikeluarkan melalui air kemih. Masalah buang

air kencing terutama pada malam hari dapat menyebabkan pasien Diabetes Melitus tipe 2 sering terbangun dari tidur dan dapat mengganggu tidur pasien (Sutedjo,2010).

e. System pencernaan

Makanan diet lunak, hanya menghabiskan 2-3 sendok dari porsi makan yang diberikan, mulut bersih, pasien merasakan ada mual, tidak ada muntah, bising usus 12 x/m, mukosa bibir kering, tidak ada distensi abdomen, palpasi perut lembek, tidak ada nyeri tekan, perkusi bunyi abdomen timpani, BB 65 kg, HGB 10,6 g/dl (11-16), HCT 31,8 % (37-54), ALB 2,54 mg/dl (3,40-4,80), GDA 311,0 mg/dl (< 200).

Menurut konsensus Perhimpunan Endokrinologi Indonesia (PERKENI, 2011), pilar pengendalian DM meliputi latihan jasmani, terapi gizi medis, intervensi farmakologis, dan edukasi. Keberhasilan proses kontrol terhadap penyakit DM salah satunya ditentukan oleh kepatuhan pasien dalam mengelola pola makan atau diet sehari-hari. Hal ini agar mencegah timbulnya komplikasi dari penyakit DM. Prinsip pengaturan makan pada penderita DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Penderita diabetes melitus perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin.

f. System musculoskeletal

Keadaan umum lemas, ADL mandiri, pergerakan sendi bebas, pasien lebih banyak tidur, kekuatan otot bebas terbatas. Tidak ada masalah yang didapatkan. Dibutuhkan latihan fisik yang cukup untuk mencegah terjadinya kerusakan integritas kulit seperti decubitus dan mencegah terjadinya kontraktur atau luka gangren. Gangren adalah rusak dan membusuknya jaringan, daerah yang terkena gangren biasanya bagian ujung-ujung kaki atau tangan (Suryo, 2009). Gangren kaki diabetik luka pada kaki yang merah kehitamhitaman dan berbau busuk akibat sumbatan yang terjadi dipembuluh darah sedang atau besar ditungkai, luka gangren merupakan salah satu komplikasi kronik DM yang paling ditakuti oleh setiap penderita DM (Tjokroprawiro, 2007).

Komplikasi ini sering terjadi pada penderita diabetes, kelainan ini disebabkan karena penebalan pada pembuluh darah besar, penebalan ini dapat menyebabkan aliran darah ke tungkai dan kaki tidak lancar, yang akhirnya akan menimbulkan keluhan kram otot tungkai, kulit kering dan kaki akan terasa dingin dan menyebabkan mati rasa pada daerah kaki sehingga penderita tidak merasakan apa-apa walaupun terjadi luka parah pada daerah kaki, jika tidak cepat diatasi maka kuman-kuman akan masuk berkembang menjadi borok parah, dan bisa terancam diamputasi (Kariadi, 2009).

g. System penginderaan

Pasien tidak mengalami penurunan penglihatan, namun salah satu komplikasi kronik dari diabetes Melitus adalah mikroangiopati, salah satunya di bagian Mata. Kelainan ini dihubungkan dengan suplai darah terhadap saraf optik yang mengakibatkan lebih rentan terhadap glaukوماتوس. Suplai darah menurun akibat adanya sumbatan pada pembuluh darah kapiler yang kemudian menyebabkan iskemik pada daerah mata maupun saraf optik. *Retinopati* sering di dapatkan pada penderita DM, tanda ini pertama dapat dilihat apabila tampak titik-titik merah kecil pada mata penderita, kemudian perisit yang mengelilingi dan menopang dinding kapiler akan hilang dan menyebabkan penonjolan pada area dinding kapiler, penonjolan ini menyebabkan peningkatan permeabilitas vaskular, sehingga lemak akan bocor secara berlebihan pada dinding-dinding kapiler dan menimbulkan bercak-bercak kuning mengkilap mengandung eksudat keras pada mata kemudian membentuk cincin di sekeliling area yang bocor, di dalam cincin tersebut terdapat banyak mikroaneurisma yang menebal pada retina, sehingga penglihatan akan kabur, jika tidak segera dilakukan pengobatan maka dalam jangka waktu lama akan menyebabkan kebutaan (Mcphee, 2010).

4.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah

Dari hasil pengkajian data yang didapatkan adalah dilakukan observasi didapatkan kesadaran composmentis, GCS 4/5 (15), N=110x/mnt, S=36,5 C, SpO₂= 97%, hasil pemeriksaan GDA stik= 311.0 mg/dL,

Penyakit Diabetes Melitus merupakan penyakit degeneratif yang dapat dikendalikan dengan empat pilar penatalaksanaan. Diet menjadi salah satu hal penting dalam empat pilar penatalaksanaan DM dikarenakan pasien tidak memperhatikan asupan makanan yang seimbang. Meningkatnya gula darah pada pasien DM berperan sebagai penyebab dari ketidak seimbangan jumlah insulin, oleh karena itu diet menjadi salah satu pencegahan agar gula darah tidak meningkat, dengan diet yang tepat dapat membantu mengontrol gula darah (Soegondo, (2015).

Pada keadaan normal, glukosa diperlukan sebagai stimulator sel β pancreas dalam memproduksi insulin. Kadar glukosa darah yang meningkat akan ditangkap oleh sel β melalui glucose transporter 2 (GLUT2). Glukosa akan mengalami fosforilase menjadi glukosa-6 fosfat (G6P) dengan bantuan enzim penting, yaitu glukokinase. Glukosa 6 fosfat kemudian akan mengalami glikolisis dan akhirnya akan menjadi asam piruvat. Dalam proses glikolisis ini akan dihasilkan 6-8 ATP. Penambahan ATP akan menyebabkan menutupnya kanal kalium. Dengan demikian kalium akan tertumpuk dalam sel dan terjadi depolarisasi membran sel pankreas, sehingga kanal kalsium terbuka dan kalsium akan masuk ke dalam sel. Dengan meningkatnya kalsium intrasel, akan terjadi translokasi granula insulin ke membran dan insulin akan dilepaskan ke dalam darah (Merentek, 2011).

2. Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia

Dari hasil pengkajian data yang di dapatkan adalah Ny.U mengatakan badan terasa lemas dan mual setiap kali ingin makan. Data objektif didapatkan pasien makan 3-4 sendok atau ¼ porsi, mual.

Nutrisi merupakan kebutuhan yang sangat penting dalam membantu proses pertumbuhan dan perkembangan (Hidayat, 2005). Nutrisi ditempatkan sebagai prioritas perawatan terpenting dalam berbagai penyakit. Tubuh butuh energi untuk aktivitas sehingga dibutuhkan intake nutrisi yang tepat dan mencukupi. Nutrien merupakan elemen penting dalam proses dan fungsi tubuh. Nutrient mencakup karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, dan air (Saryono dan Widiati, 2010).

Tubuh manusia memiliki kebutuhan esensial terhadap nutrisi, walaupun tubuh dapat bertahan tanpa makanan lebih lama dari pada cairan. Seperti kebutuhan fisiologis lainnya, kebutuhan nutrisi mungkin tidak terpenuhi pada manusia dalam berbagai usia. Proses metabolik tubuh mengontrol pencernaan, menyimpan zat makanan, dan mengeluarkan produk sampah. Mencerna dan menyimpan zat makanan adalah hal yang penting dalam memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh (Potter dan perry, 2009).

3. Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini

Dari hasil pengkajian pasien mengelum dengan keadaannya saat ini mengatakan cemas dengan kondisinya sekarang karena dalam keluarga saudaranya ada juga yang mengalami penyakit seperti penyakit yang di alaminya ditambah dengan adanya masalah keluarga mengenai pembagian harta warisan

yang tidak jelas. Data objektif didapatkan Ny.U tampak gelisah, sering bertanya tentang kondisinya dan apa yang harus dilakukan.

Perasaan ansietas yang dirasakan oleh seorang individu dapat membahayakan jika individu tersebut merasa khawatir yang berlebihan tentang masalah yang sedang terjadi atau berpotensi untuk terjadi. Hal ini dikarenakan pada saat seorang individu berada pada situasi seperti ini, hanya akan menghabiskan tenaga, menimbulkan rasa takut, dan hanya akan menghambat produktivitas individu tersebut dalam berbagai aspek. Selain itu, saat seseorang mengalami ansietas, respon sistem saraf otonom akan menimbulkan aktivitas involunter pada tubuh. Pada saat individu dihadapkan pada tanda-tanda bahaya, serabut saraf simpatif akan mengaktifkan tanda-tanda vital sebagai bentuk pertahanan tubuh. Dalam hal ini, kelenjar adrenal akan melepas adrenalin (epinefrin) yang menyebabkan tubuh mengambil lebih banyak oksigen, mendilatasi pupil, dan meningkatkan tekanan arteri serta frekuensi jantung sambil membuat konstiksi pembuluh darah perifer dan memirau darah dari sistem gastrointestinal dan reproduksi serta meningkatkan glikogenolisis menjadi glukosa bebas untuk membantu jantung, otot, dan sistem saraf pusat (Videbeck, 2009). Ansietas merupakan perasaan yang mengganggu bahwa ada sesuatu yang benar-benar berbeda, individu menjadi gugup atau agitasi (Videbeck, 2008).

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis DM Hiperglikemi + HT Eemergency di ruang III RUMKITAL Dr. Ramelan Surabaya. Maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

5.1 Simpulan

1. Pada saat pengkajian didapatkan data pasien mengalami peningkatan kadar gula darah acak didapatkan hasil pemeriksaan GDA stik= 311.0 mg/dL yang mengakibatkan keadaan pasien menjadi lemas dan mengalami peningkatan tekanan darah saat dilakukan pemeriksaan tensi 190/80 MmHg
2. Pada pasien muncul diagnosa Ketidak stabilan Kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah, Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia, Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan Kadar glukosa darah kembali dalam batas normal dan pasien tidak merasa cemas dengan apa yang dialami. Rencana tindakan keperawatan sudah disesuaikan dengan teori dan kondisi pasien dengan menetapkan penyusunan rencana keperawatan. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan DM Hiperglikemi + HT Emergency harus melihat kondisi pasien secara keseluruhan dan target waktu penyelesaiannya juga disesuaikan dengan kemampuan pasien

4. Pelaksanaan tindakan keperawatan meliputi, 1) Mengkaji tanda tanda peningkatan kadar glukosa darah 2) Memberikan terapi obat obatan sesuai advis dokter, 3) Mengobservasi TTV, 4) Menjelaskan tanda dan gejala terkait penyakit yang dialami, 5) Menganjurkan keluarga menjaga lingkungan sekitar pasien, 6) memberikan posisi yang nyaman agar dapat istirahat untuk menurunkan stressor pasien, 7) Melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam untuk menurunkan tingkat cemas pasien
5. Hasil evaluasi pada tanggal 18 Juli 2019, pasien mengatakan mengatakan badannya sudah tidak begitu lemas nafsu makan mulai bertambah sudah tidak merasa mual.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan di perlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai sikap, pengetahuan dan ketrampilan yang mendukung sehingga mampu bekerja secara professional.
3. Pendidikan dan pengetahuan perawat perlu ditingkatkan baik formal maupun non formal guna tercapainya proses pelayanan yang professional.

Daftar pustaka

Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

Dorland, (2010). *Kamus Kedokteran*. Jakarta: EGC

Fitri, R. Yekti., W., (2012). Asupan Energi, Karbohidrat, Serat, Beban Glikemik, Latihan Jasmani dan Kadar Gula Darah pada Pasien Diabetes Melitus tipe 2. *Media Medika Indonesia*. 46:121-131

Mitayani. 2009. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta :Salemba Medika

PERKENI, (2011). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. www.perkeni.org. (31 Mei 2013)

Potter dan Perry, (2009), *Fundamental Keperawatan*, Edisi 4, Penerbit

Siregar, Cholina, Trisa (2009), *Nutrisi*, <http://ejournals.usu.ac.id/index.php/jkm>

Diakses tanggal 30 April 2013.

Suyono S. *Diabetes mellitus di Indonesia*, Dalam: *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III*. Edisi ke-5. Jakarta: Interna Publishing; 2009.

Tandra, Hans. (2016). *Diabetes Makan Apa???-Bukan Buku Resep Edisi 1* Yogyakarta: Andi.

Videbeck, Shella L. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC


WHO, (2013). *Physical Activity*. www.who.int (5 juni 2013)

Wilkinson, Judith M. (2016). *Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA & SDKI*. Jakarta : EGC

Lampiran 1

SPO INJEKSI INTRAVENA	
PENGERTIAN	Masukkan obat ke dalam tubuh melalui pembuluh darah vena
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempercepat penyerapan 2. Untuk pemeriksaan diagnostik, misal penyuntikan zat kontras
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> a. Sarung tangan b. Bak injeksi steril dialasi kassa steril c. Spuit steril (ukuran disesuaikan) d. Jarum steril untuk mengoplos obat e. Obat-obatan yang diperlukan f. Water for injection g. Kapas alkohol dalam tempat tertutup h. Perlak dan alasnya i. Tempat sampah medis (untuk alat tajam dan alat yang terkontaminasi) 2. <i>Persiapan Pasien</i> Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan prosedur 3. Pelaksanaan: <ol style="list-style-type: none"> a. Mencuci tangan sebelum maupun sesudah melakukan tindakan b. Mendekatkan alat ke pasien c. Memakai sarung tangan d. Mencocokkan identitas pasien dengan buku injeksi e. Mengambil obat, membaca etiket dan mencocokkan dengan buku injeksi f. Bila obat dalam sediaan serbuk, larutkan dengan menggunakan <i>water for injection</i>, gunakan spuit steril, jarum sendiri dan simpan di bak injeksi g. Menentukan lokasi pemberian injeksi secara tepat h. Memasang perlak dan pengalas dibawahnya i. Cari tempat penyuntikan obat pada slang iv j. Lakukan desinfeksi dengan kapas alcohol pada daerah tempat penyuntikan k. Lakukan penyuntikan dengan menusukkan jarum spuit dan masukkan obat perlahan dalam intravena. <ol style="list-style-type: none"> l. Setelah selesai tarik spuit. m. Lakukan observasi terhadap reaksi obat. n. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan o. Catat prosedur yang dilakukan (nama obat, dosis, waktu dan cara)
Sumber: SPO Tindakan Keperawatan Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, 2008	

Lampiran 2

	PRAKTIK PROFESI KEPERAWATAN DI RUANG III RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS STIKES HANG TUAH SURABAYA
---	---

LEMBAR DISCHARGE PLANNING

DISCHARGE PLANNING	No. Reg : 624xxx
	Nama : Ny. U
	Jenis kelamin : Perempuan
Tanggal MRS : 15 Juli 2019	Tanggal KRS : 18 Juli 2019
Bagian : 14.00 WIB	Bagian : 12.00 WIB
Dipulangkan dari Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dengan keadaan :	
<ul style="list-style-type: none"> a. Sembuh b. Meneruskan dengan rawat jalan c. Pindah ke rumah sakit lain d. Pulang paksa e. Lari f. Meninggal 	
Kontrol :	
<ul style="list-style-type: none"> a. Waktu : 26 Juli 2019 b. Tempat : Klinik Diabet 	
Lanjutan perawatan di rumah : Kontrol rutin, minum obat teratur, kompres luka dengan air hangat, atur pola makan dan minum sesuai diit.	
Aturan diet : Tidak boleh memakan makanan yang mengandung manis-manis.	
Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya : Novorapid 3x10 ui	
Aktivitas dan istirahat : Istirahat yang cukup, olahraga yang teratur	
Yang dibawa pulang : Obat-obatan	
Lain-lain :	
Surabaya, 18 Juli 2019	
Perawat	Pasien / Keluarga
(.....)	(.....)

DAFTAR PUSTAKA

- Mansjoer, Arif. 2010. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi 4*. Jakarta : Media Aesculapius
- Tandra, Hans. (2016). *Diabetes Makan Apa???-Bukan Buku Resep Edisi 1*. Yogyakarta: Andi.