

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA Tn. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILITUS DI RUANG HCU**

RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA



Oleh :

MIA AYU SEPTIANA

NIM 152.0040

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

2018

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAHPADA Tn. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILITUS DI RUANG HCU

RUMKITAL Dr. RAMELAN SURABAYA

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Oleh :

MIA AYU SEPTIANA

NIM 152.0040

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

2018

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.



HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Mia Ayu Septiana
NIM : 152.0040
Program Studi : D-III Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Medikal bedah pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Militus di Ruang HCU RSAL Dr Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd. Kep)

Pembimbing

Surabaya, 06Juli 2018


Setiadi, M.Kep., Ns

NIP. 03.001

Mengetahui,
Sikes Jang Huah Surabaya
Ka Prodi D-III Keperawatan


Dya Sustrani, S. Kep., Ns, M.Kes.

NIP. 03.007

Motto & Persembahan

“Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain) Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap”

(QS. Al-Insyirah, 6-8)

Kupersembahkan Karya yang sederhana ini kepada:

1. Ayah, Mama, Nenek dan Adik terimakasih atas limpahan kasih sayang yang telah diberikan, membesarkan dan serta mendidik dan membiayai saya selama berkuliah. Dengan tulus ikhlas mendukung keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya..
2. Sahabat-sahabat tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga akan tetap bersama.
3. Seluruh angkatan 21 Stikes Hang Tuah Surabaya, terima kasih kalian memberi pelajaran, motivasi dan terima kasih telah menjadi angkatan terhebat.
4. Untuk teman-teman seperjuangan, teman perantauan sekos yang tidak henti-hentinya memberikan dukungan dan semangat, terimakasih untuk semuanya.

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan. Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan itu penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. I Dewa Gede Nalendra DI, Sp. B., Sp. BTKV (K), selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Kolonel Laut (Purn) Wiwiek Liestyningrum, M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. IbuAgustina Sri Padmi, S.Kep, Nsselaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisanannya.
6. Perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Keluarga yang selalu mendukung dan memberi dorongan, semangat serta do'a yang tak terkira selama proses pendidikan di Stikes Hang Tuah Surabaya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. 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 tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga

Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 01 Juni 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat.....	3
1.4.1 Manfaatpenulis.....	3
1.4.2 Manfaatakademis.....	4
1.5 Metode Penelitian.....	4
1.6 Sumber data.....	5
1.7 Sistematikapenulisan.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konseppenyakit.....	7
2.1.1 Pengertian Diabetes Militus.....	7
2.1.2 Anatomifisiologi.....	7
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	11
2.1.5 Patofisiologi.....	12
2.1.6Komplikasi.....	16
2.1.7 Penatalaksanaan.....	17
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	20
2.2.1 Pengkajian.....	20
2.2.2 DiagnosaKeperawatan.....	23
2.2.3 Intervensi.....	23
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	27
3.1 Pengkajian.....	27
3.1.1 Identitas.....	27
3.1.2 Riwayat kesehatan.....	27
3.1.3 Observasi dan Pemeriksaan fisik.....	30
3.1.4 Pemeriksaan penunjang.....	36
3.1.5 Pemberian terapi.....	37
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	38

3.2.1 Analisa data.....	38
3.2.2 Prioritas masalah	40
3.3 Intervensi.....	41
3.4 Implementasi	46
BAB 4 PEMBAHASAN	80
4.1 Pengkajian	80
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	82
4.3 Perencanaan	83
4.4 Pelaksanaan	84
4.5 Evaluasi	85
BAB 5 PENUTUP.....	86
5.1 Simpulan	86
5.2 Saran.....	87
DAFTAR PUSTAKA	88
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

3.2 Diagnosa Keperawatan	38
3.2.1 Analisa data	38
3.2.2 Prioritas masalah	40
3.3 Intervensi.....	41
3.4 Implementasi	46

DAFTAR GAMBAR

2.1.2 Anatomi Pankreas	9
3.1 Genogram	29

DAFTAR LAMPIRAN

1 SOP Injeksi Insulin SecaraSubcutan	89
2 SOP Pemeriksaan GDA	91

DAFTAR SINGKATAN

BAB :Buang air besar

BAK :Buang air kecil

BB :Berat badan

DO : Data objek

DS : Data subjek

DX :Diagnosa

GCS :*Gasglow Coma Scale*

GDA :Gula Darah Acak

GDP :Gula Darah Puasa

IV :*Intra vena*

KRS :Keluar Rumah Sakit

Mg :Miligram

mmHg :Milimeter Hydrargyrum

MRS :Masuk rumah sakit

N :Nadi

O2 :Oksigen

RL : Ringer Laktat

RR :*Respiratorion / Respiratori Rate* (pernafasan)

RS :RumahSakit

Rumkital :Rumah Sakit Angkatan Laut

S :Suhu

SC :*Sub Cutan*

SMRS :Sebelum masuk rumah sakit

TD :Tekanan Darah

TTV :Tanda-Tanda vital

HCU: High care unit

DM: Diabetes militus

PJK: Penyakit Jantung coroner

DMTT: Diabetes militus tak tergantung insulin

R/: rasional

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes militus merupakan keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolic akibat gangguan hormonal yang menimbulkan komplikasi pada mata, ginjal, saraf dan pembuluhdarah (Nugroho, 2006) .Adanya penyakit diabetes ini pada awalnya sering kali tidak dirasakan dan tidak disadari oleh penderita, beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian seperti banyak kencing (*poliuria*), banyak minum (*polidipsia*), banyak makan (*polifagia*) dan penurunan berat badan jika tidak segera di tangani akan menyebabkan masalah keperawatan berupa ketidakstabilan kadar glukosa darah, hambatan mobilitas fisik, kurang pengetahuan, dan ketidak seimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral, hipermetabolisme (Wijaya, 2013).

Menurut WHO di Indonesia diperkirakan akan terjadi peningkatan penderita diabetes militus dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030 (Novitasari, dkk, 2011). Jumlah penderita diabetes mellitus yang selalu meningkat di Indonesia akan menyebabkan adanya peningkatan penggunaan obat anti diabetes (Fitrianingsihdanpurwati, 2012). Saat ini angka klien diabetes mellitus bertambah banyak, menurut WHO memprediksi bahwa tahun 2000 jumlah pengidap diabetes mellitus di atas umur 20 tahun berjumlah 150 juta orang di dunia dan kurun waktu dalam 25 tahun kemudian, pada tahun 2025 jumlah tersebut akan membengkak menjadi 300 juta orang. Di Indonesia diprediksi kenaikan jumlah klien dari 8,4 pada tahun 2000 menjadi sekitar 8,4 juta pada

tahun 2030 (Sudoyo,2006). Angka klien di Indonesia, menurut WHO pada tahun 2003 jumlah klien diabetes minimal 194 juta orang di perkirakan meningkat menjadi 333 juta orang di tahun 2025 mendatang. Laporan Indonesia diabetes federation menunjukkan bahwa penderita diabetes militus pada tahun 2012 telah mencapai 366 juta orang jika tidak ada tindakan yang dilakukan maka jumlah ini akan meningkat menjadi 552 juta pada tahun 2030. Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya khususnya di ruang HCU dari bulan Juni 2018 sampai 3 bulan kebelakang didapatkan pasien Diabetes mellitus sebanyak 250 pasien dengan penyakit penyerta lainnya.

Penyakit diabetes militus disebabkan karena gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk penyakit yang kompleks yang melibatkan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak dan berkembangnya komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler akibat kekurangan insulin maka glukosa tidak dapat diubah menjadi glikogen sehingga kadar glukosa darah meningkat dan terjadi hiperglikemi. DM pada kebutuhan awal adalah hilangnya air dan natrium yang akan mengakibatkan sering merasa haus dan peningkatan asupan air (*polydipsia*). Karena sel tubuh juga kehilangan bahan bakar, klien akan merasa lapar dan peningkatan asupan makan (*polifagia*). Serta menambah frekuensi berkemih (*polyuria*) yang akan mengakibatkan kekurangan cairan dan elektrolit yang akan menyebabkan rasa lelah dan gangguan imunitas.

1.2 Rumusan Masalah

Agar mengetahui lebih lanjut perawatan dari penyakit Diabetes Militus ini maka penulis melakukan pengkajian lebih mendetail dan melakukan asuhan keperawatan dengan membuat rumusan masalah “Bagaimana cara melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose Diabetes Militus di ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya?”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Militus di ruang HCU Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnose Diabetes Militus
2. Menegakkan diagnose keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Militus
3. Melakukan perencanaan pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Militus
4. Melakukan implementasi pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Militus.
5. Mengevaluasi hasil implementasi pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Militus
6. Mendokumentasikan segala tindakan yang di lakukan pada pasien Diabetes militus

1.4 Manfaat

1.4.1 Penulis

Menjadi salah satu refrensi rujukan bagi penulis selanjutnya yang akan melakukan studi kasus pada kasus Diabetes Militus

1.4.2 Di bidang akademis

Sebagai tambahan ilmu pengetahuan dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Militus khususnya bagi mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya

1.4.3 Masyarakat umum di rumah sakit

Masukan bagi masyarakat awam tentang pelayanan di rumah sakit pada pasien Diabetes Militus

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode Deskriptif

Metode deskriptif yaitu metode mengungkap peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1.5.2 Metode Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data ini diambil melalui dialog dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan tim medis lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui keadaan pasien, percakapan dengan keluarga pasien, perawat ruangan dan tim medis lain

3. Pemeriksaan fisik

Meliputi pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang pasien

1.6 Sumber Data

1. Data primer

Data yang diperoleh langsung dari pasien

2. Data sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga pasien, perawat ruangan, rekam medis pasien, hasil pemeriksaan dan tim medis lain.

1.7 Sistematika Penulisan

Studi kasus ini secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

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

2. Bagian inti , terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari antara lain sebagai berikut:

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

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Diabetes Militus secara teori beserta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan teori dengan kasus nyata yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup berisi tentang kesimpulan dan saran.

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian Diabetes Militus

Diabetes militus adalah keadaan hiperglikemi akut kronik yang disertai berbagai kelainan metabolic akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (M. Clevo Rendy, Margareth, 2011). Diabetes militus adalah suatu sindrom gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya sebagai akibat suatu defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin atau keduanya.

Diabetes militus merupakan keadaan gula dalam darah tinggi melebihi kadar gula dalam darah yang normal. Penyakit ini biasanya disertai kelainan metabolisme akibat gangguan hormonal dalam tubuh. Kadar gula yang tinggi disebut hiperglikemia. DM juga populer dengan nama kencing manis itu adalah kondisi yang diderita oleh seseorang kerana kekurangan hormone insulin (Refelina Widjadja 2009).

2.1.2 Anatomi Fisiologi Kelenjar Pankreas

Pankreas adalah kelenjar terelongasi berukuran besar di bagian kurvatura besar lambung.

1. Kelenjar pankreas

Sekumpulan kelenjar yang strukturnya sangat mirip dengan kelenjar ludah yang panjangnya kira-kira 15 cm, lebar 5 cm mulai dari duodenum sampai limpa dan beratnya rata-rata 60-90 gr. Terbentang pada vertebral lumbalis I dan II di belakang lambung.

2. Fungsi pankreas

Kelenjar eksokrin (*asinar*), yang membentuk getah pankreas yang berisi enzim-enzim pencernaan dan larutan berair yang mengandung sel-sel siliar mengalir melalui duktus pancreas, yang menyatu duktus empedu komunis dan masuk ke duodenum di titik ampula hepatopankreas. Getah pankreas ini ini di kirim ke dalam duodenum melalui duktus pankreatikus, yang bermuara pada papilla varteri yang terletak pada dinding duodenum. Pankreas menerima darah dari arteri pankreatika dan mengalirkan darahnya ke vena kava inferior melalui vena pankreatika.

Fungsi endokrin, sekelompok sel kecil epitelium yang berbentuk pulau-pulau kecil atau kepulauan Langerhans, yang bersama sama membentuk organ endokrin yang mensekresi insulin dan glukagon yang langsung di alirkan ke peredaran darah membawa ke jaringan tanpa melewati duktus untuk membantu metabolisme karbohidrat (Andy santosa, Yasmin Asih, 2012)

Menurut Syaifudin (2014) bagian-bagian pankreas antara lain

1. Kepala pankreas

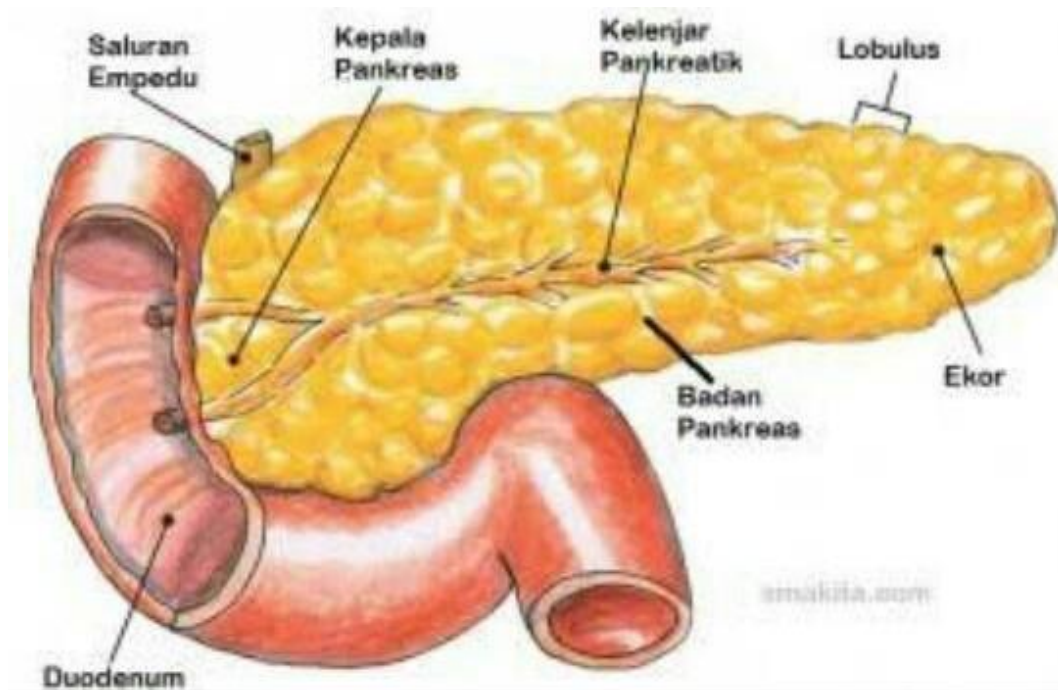
Merupakan bagian paling lebar terletak di sebelah kanan dan letaknya di belakang lambung di depan vertebra lumbalis pertama,

2. Badan pankreas

Merupakan bagian utama pada organ tersebut dan letaknya di belakang lambung dan di depan vertebra lumbalis pertama.

3. Ekor pankreas

Merupakan bagian yang runcing di sebelah kiri yang sebenarnya menyentuh limpa.



2.1.3 Etiologi

1. Diabetes militus tipe 1

Diabetes militus tipe 1 ditandai dengan penghancuran sel-sel beta pancreas. Kombinasi faktor genetik, imunologi dan mungkin pula lingkungan, misalnya (infeksi virus) diperkirakan turut menimbulkan distruksi sel beta, sehingga DM tipe ini tergantung dengan insulin.

Faktor genetik, penderita diabetes tidak mewarisi diabetes itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetic kearah terjadinya diabetes tipe 1. Kecenderungan genetic ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*human leucocyte antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya. 95% berkulit putih (*Caucasian*) dengan diabetes tipe 1 memperlihatkan tipe HLA yang spesifik (DR3 atau DR4). Resiko terjadinya diabetes tipe 1 meningkat lima kali lipat pada indivisu yang memiliki salah satu dari dua tipe HLA ini.

Faktor imunologi. Pada diabetes tipe 1 terdapat adanya suatu respons otoimun. Respons ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara berinteraksi terhadap jaringan tersebut.

2. Diabetes militus tipe 2

Secara pasti penyebab penyakit dari DM tipe II ini belum di ketahui, faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya reistensi insulin. Diabetes militus tak tergantung insulin (DMTT) penyakitnya mempunyai pola familial yang kuat. DMTT ditandai dengan kelainan dalam sekresi insulin. Insulin mula-mula mengikat dirinya kepada reseptor-reseptor permukaan sel tertentu, kemudian terjadi reaksi intraseluler yang meningkatkan transport glukosa menembus membrane sel. Pada pasien dengan DMTT terdapat kelainan dalam peningkatan insulin dengan reseptor .hal ini dapat disebabkan oleh berkurangnya jumlah tempat reseptor yang responsif insulin pada membrane sel. Akibatnya terjadi pengabungan abnormal antara kompleks reseptor insulin dengan sistim transport glukosa. Kadar glukosa normal dapat dipertahankan dalam waktu yang

cukup lama dan meningkatkan sekresi insulin tetapi pada akhirnya sekresi insulin yang beredar tidak lagi memadai untuk mempertahankan euglikemia. Diabetes militus tipe II disebut juga diabetes tanpa tergantung insulin atau non insulin dependent diabetes militus (NIDDM) yang merupakan suatu kelompok heterogen bentuk-bentuk diabetes yang lebih ringan, terutama dijumpai pada orang dewasa, tetapi terkadang dapat timbul pada masa kanak-kanak.

Faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya DM tipe II, diantaranya adalah:

- a. Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun)
- b. Obesitas
- c. Riwayat keluarga
- d. Kelompok etnik

2.1.4 Manifestasi klinis

Seseorang dapat dikatakan menderita diabetes militus apabila menderita dua dari tiga gejala yaitu:

1. Kadara glukosa darah pada waktu puasa lebih dari 120 mg/dl
2. Kadar glukosa darah dua jam sesudah makan lebih dari 200 mg/dl
3. Poliuria

Hiperglikemi berat berakibat glukosuria yang menjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine.

4. Polidipsia

Rasa haus amat sering dialami penderita diabetes karena banyaknya cairan yang keluar melalui kencing. Keadaan ini justru sering disalah tafsirkan. Dikiranya sebab rasa haus ialah udara yang panas atau beban kerja yang berat. Untuk menghilangkan rasa haus itu penderita harus banyak minum.

5. Polifagia

Rasa lapar yang semakin besar sering timbul pada penderita Diabetes Militus karena pasien mengalami keseimbangan kalori negatif, Sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar. Untuk menghilangkan rasa lapar itu penderita banyak makan.

2.1.5 Patofisiologi

1. Diabetes Militus Tipe 1

Diabetes tipe ini terjadi akibat distruksi sel beta. Bentuk diabetes tipe 1 yang parah memerlukan insulin biasanya terjadi pada anak dan remaja, tetapi penyakit autoimun ini juga dapat memanifestasi pada orang dewasa dalam bentuk yang lebih ringan, mula-mula sebagai bentuk yang tidak memerlukan insulin. Pasien dengan DM tipe 1 yang masih usia muda bergantung insulin untuk kelangsungan hidupnya, tanpa insulin mereka menderita penyakit metabolic yang parah seperti ketoasidosis dan koma.

Terdapat tiga mekanisme yang saling terkait yang berperan dalam distruksi sel beta, kerentanan genetik, autoimunitas, dan gangguan lingkungan. Kerentanan genetik.

Kerentanan Genetik, diabetes militus tipe 1 biasa sering terjadi pada keturunan eropa utara. Penyakit ini lebih jarang menyangg pada kelompok lain

termasuk kulit hitam, spanyol, amerika asli dan asia. Diabetes dapat timbul pada satu keluarga. Sekitar 6% keturunan dari orang dengan diabetes tipe 1 mengalami penyakit yang sama. 805% kasus baru terjadi tanpa riwayat penyakit dalam keluarga, dan diantara kembar identic angka concordance (yaitu kedua kembar terkena) hanya 40%. Oleh karena itu baik faktor genetic maupun lingkungan, kemungkinan besar berperan penting. Pemindahan terhadap genom telah mengungkapkan banyak pada sebagian hingga 20 regio kromosom yang mengatur kerentanan terhadap diabetes tipe 1. Dari lokus ini yang paling banyak di ketahui adalah keterkaitan kromosom 6p21, yang gen MHC kelas II-nya (HLA-DP,-DQ-DR) terpetakan, lokus ini disebut IDDM1, membentuk sekitar 45% dari kerentanan genetik terhadap penyakit ini. Perlu dicatat bahwa gen di dalam region ini menentukan kerentanan dan resistensi terhadap diabetes tipe 1.

Autoimunitas. Meskipun onset klinis diabetes mellitus tipe 1 mendadak, pada kenyataannya penyakit ini terjadi akibat serangan autoimun kronis terhadap sel beta yang biasanya berlangsung bertahun-tahun. Sebelum onset penyakit klinis terlihat dengan merusak sel beta. Manifestasi klasik penyakit (Hiperglikemia dan ketosis) terjadi belakangan, setelah lebih dari 90% sel beta rusak.

- a. Sel beta mengalami kerusakan secara selektif, sementara sel tipe lain tidak terkena. Limfosit CD8+ Sitotoksin tampaknya merusak islet melalui pengeluaran granula sitotoksin atau dengan memicu apoptosis yang diperantarai oleh Fas.
- b. Autoantibodi terhadap antigen islet menunjukkan resiko terjangkit diabetes tipe 1. Diantara antigen intrasel yang menjadi sasaran autoantibodi adalah

asam glutamat dikarbosilase (GAD), insulin, dan beberapa protein plasma lainnya.

Secara singkat, banyak bukti yang menunjukkan autoimunitas dan cedera yang diperantarai oleh sel merupakan penyebab lenyapnya sel beta pada diabetes tipe 1.

Faktor lingkungan. Pengamatan epidemiologis mengisyaratkan bahwa virus dapat menjadi pemicu. Kecenderungan diagnosis kasus baru yang berifat musiman sering bersesuaian dengan prevalensi infeksi virus biasa. Beberapa virus yang dikaitkan dengan termasuk *coxsackievirus B* parotitis, campak, rubella, dan mononukleosis infeksiosa. Meskipun banyak virus bersifat tropik sel beta, cedera yang langsung disebabkan oleh virus jarang cukup parah untuk menyebabkan diabetes mellitus. Bagaimana infeksi berperan dalam patogenesis masih belum jelas dan memang masih kontroversial (Robbins, 2013)

2. Diabetes Militus Tipe 2.

Dalam patologi Diabetes militus tipe 2 terdapat beberapa keadaan yang berperan yaitu

- a. resistensi insulin
- b. disfungsi sel B pancreas

Diabetes militus tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, namun karena sel-sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal. Keadaan ini lazim disebut dengan “resistensi insulin”. Resistensi insulin banyak terjadi akibat dari obesitas dan kurangnya aktifitas fisik serta penuaan. Pada penderita diabetes militus tipe 2 juga terjadi produksi glukosi hepatic

yang berlebihan namun tidak terjadi kerusakan sel-sel Langerhans secara autoimun seperti diabetes militus tipe 2. Defisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes militus tipe 2 hanya bersifat relative dan tidak absolut.

Pada awal perkembangan diabetes militus tipe 2, sel B menunjukkan gangguan pada sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, pada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel B pancreas. Kerusakan akan terjadi secara progresif seringkali akan menyebabkan defisiensi insulin, sehingga akhirnya penderita memerlukan insulin eksogen. Pada penderita diabetes tipe 2 memang umumnya ditemukan faktor tersebut, yaitu resistensi insulin dan defisiensi insulin.

badan bayi lahir >4000 gram atau riwayat pernah menderita penyakit DM gestasional dan riwayat lahir dengan berat badan rendah <2500 gram. Faktor resiko yang dapat diubah meliputi IMT $>25\text{m/m}^2$ atau lingkar perut >80 cm pada wanita dan >90 pada laki-laki, kurangnya aktifitas fisik, hipertensi, dispidemi dan diet tidak sehat.

Faktor yang terkait dengan resiko diabetes militus adalah *polycystic ovarysyndrom* (PCOS), penderita syndrome metabolik memiliki riwayat glukosa yang terganggu (TGT) atau glukosa puasa terganggu (GDPT) sebelumnya, memiliki riwayat penyakit kardiovaskuler seperti stroke, stress, kebiasaan merokok, jenis kelamin, konsumsi kopi dan kafein.

a. Obesitas

Terdapat kolerasi bermakna antara obesitas dengan kadar glukosa darah, pada derajat kegemukan dengan IMT >23 dapat menyebabkan kadar glukosa darah menjadi 200mg%

b. Hipertensi

Peningkatan darah pada hipertensi berhubungan erat dengan ketidak tepatnya penyimpanan garam dan air, atau meningkatnya tekanan dari dalam tubuh pada sirkulasi pembuluh darah perifer.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi makrovaskuler, komplikasi makrovaskuler yang umum berkembang pada penderita DM adalah trombotik otak (pembekuan darah dalam sebagian otak). Mengalami penyakit jantung koroner (PJK) gagal jantung kongestif dan stroke.

Komplikasi mikrovaskuler, komplikasi mikrovaskuler terutama terjadi pada penderita DM tipe 1 seperti nefropati, diabetik retinopati (kebutaan), neuropati, dan amputasi.

Menurut (M. Clevo, Margareth, 2011) penyakit menahun diabetes mellitus adalah

1. neuropati diabetik
2. retinopati diabetik (kebutaan)
3. nefropati diabetik
4. proteinuria
5. kelainan koroner

2.1.7 Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan diabetes melitus secara umum ada lima sesuai dengan Konsensus Pengelolaan DM di Indonesia tahun 2006 adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien DM.

Tujuan Penatalaksanaan DM adalah :2

Jangka pendek: hilangnya keluhan dan tanda DM, mempertahankan rasa nyaman dan tercapainya target pengendalian glukosa darah.

Jangka panjang: tercegah dan terhambatnya progresivitas penyulit

mikroangiopati, makroangiopati dan neuropati.

Tujuan akhir pengelolaan adalah turunnya morbiditas dan mortalitas DM. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan dan profil lipid, melalui pengelolaan pasien secara holistik dengan mengajarkan perawatan mandiri dan perubahan perilaku.

1. Diet

Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada penyandang diabetes perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin. Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat 60-70%, lemak 20-25% dan protein 10-15%. Untuk menentukan status gizi, dihitung dengan BMI (Body Mass Indeks). Indeks Massa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI) merupakan alat atau cara yang sederhana untuk memantau status gizi orang

dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan berat badan.

Untuk mengetahui nilai IMT ini, dapat dihitung dengan rumus

berikut:

Berat Badan (kg)

IMT= -----

Tinggi badan (m) X Tinggi badan (m)

Pada *Journal Universitas Negeri Semarang, 2011* melaporkan bahwa Makanan bagi pasien di rumah sakit berfungsi untuk mempertahankan daya tahan tubuh dan membantu mempercepat proses penyembuhan. Makanan yang disajikan harus memenuhi kebutuhan baik kualitas maupun kuantitasnya. Hidangan makanan yang memenuhi kebutuhan gizi dan terkonsumsi habis akan mempercepat penyembuhan dan memperpendek hari perawatan. Penilaian hidangan merupakan salah satu proses evaluasi pelayanan gizi dan sisa makanan pasien dapat dijadikan indikator keberhasilan pelayanan gizi di rumah sakit (Adi dan Waskitorini, 2003). Pengaturan makanan dan diit untuk penyembuhan penyakit bukanlah merupakan tindakan yang berdiri sendiri, tetapi merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari keselu ruhan upaya perawatan dan pengobatan untuk penyembuhan penyakit pasien. Pengaturan makan, perawatan penyakit dan pengobatan, ketiganya merupakan satu kesatuan dalam proses penyembuhan penyakit. Oleh karena itu tanggung jawab pengaturan makan bagi orang sakit bukanlah semata-mata tanggung jawab seorang ahli gizi, akan tetapi merupakan tanggung jawab bersama dari keempat unsur yang berperan dalam proses penyembuhan penyakit, yaitu dokter, perawat, ahli gizi, dan pasien. Kendati dokter telah menetapkan diit yang tepat bagi penderita dan diit itu telah disiapkan dengan baik dalam bentuk sajian

makanan, diit yang baik itu tidak ada manfaatnya jika penderita tidak mengkonsumsi makanan yang telah disajikan tersebut (Miron et al.,2010). Oleh karena itu bagi seorang pasien pengetahuan tentang peranan makanan dan penggunaan makan dalam penyembuhan pe- nyakit, sama pentingnya dengan pengetahuan tentang peranan kegunaan obat bagi penyembuhan penyakit. Bahkan setelah penderita sembuh sekalipun, pada waktu akan meninggalkan rumah sakit, ahli gizi masih harus selalu memberikan petunjuk bagaimana harus mengatur makanannya di rumah, sesuai dengan diit dan penyakit yang dideritanya. Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit yang memerlukan diit khusus.

Pengelolaan diit diabetes mellitus meliputi pengaturan makan (diit), melakukan aktivitas (olahraga), minum obat teratur, dan edukasi berkelanjutan (Santacroce et al., 2010). Diit adalah pengelolaan utama yang dapat menekan kenaikan-kenaikan kadar gula dan timbulnya komplikasi akut maupun kronik (Subekti, 2006).

Program pengaturan Diit DM sudah cukup luas disosialisasikan kepada para penderita, namun kenyataan dalam praktek masih banyak penderita DM yang belum dapat melaksanakannya dengan benar sesuai program yang telah diberikan.

2. Insulin

Insulin merupakan protein kecil dengan berat molekul 5808 pada manusia. Insulin mengandung 51 asam amino yang tersusun dalam dua rantai yang dihubungkan dengan jembatan disulfide, terdapat perbedaan asam amino kedua rantai tersebut. Untuk pasien yang tidak terkontrol dengan diet atau pemberian hipoglikemik oral, kombinasi insulin dan obat-obat lain bisa sangat efektif. Insulin kadangkala dijadikan pilihan sementara, misalnya selama kehamilan. Namun pada pasien DM tipe 2 yang memburuk, penggantian insulin total menjadi kebutuhan.

Insulin merupakan hormon yang mempengaruhi metabolisme karbohidrat maupun metabolisme protein dan lemak. Fungsi insulin antara lain menaikkan pengambilan glukosa ke dalam sel-sel sebagian besar jaringan, menaikkan penguraian glukosa secara oksidatif, menaikkan pembentukan glikogen dalam hati dan otot serta mencegah penguraian glikogen, menstimulasi pembentukan protein dan lemak dari glukosa

2.2 Asuhan Keperawatan pasien Diabetes Melitus

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien diabetes mellitus hampir sama dengan pasien dengan masalah primer yaitu penyakit jantung, penyakit renal, dan kelainan vaskuler primer tetapi pada pasien diabetes mellitus lebih menekankan pada pemeriksaan hipoglikemia atau hiperglikemia disertai pemantauan glukosa kapiler yang sering (biasanya diintruksikan dokter pada saat mau makan atau tidur malam) dan pemantauan gejala-gejala hipoglikemia atau hiperglikemia.

keperawatan pada pasien dengan Diabetes mellitus.

1. Biodata

Terdiri dari nama pasien, nomor rekam medis, umur, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, pekerjaan pasien, alamat, agama suku bangsa dan pendidikan pasien.

2. Keluhan Utama

Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa karena nyeri akibat luka pada diabetes mellitus dan penurunan nafsu makan.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada pasien dengan diabetes mellitus biasanya terdapat riwayat luka pada daerah yang menonjol atau yang terkena tekanan misalnya ekstermitas bawah.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pasien Diabetes mellitus memiliki tekanan darah tinggi.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Diabetes mellitus adalah penyakit menurun, sehingga silsilah keluarga sangat berdampak pada penyakit ini.

6. Riwayat Psikososial

Kondisi ini tidak selalu ada gangguan jika pasien memiliki coping adaptif yang baik. Pada pasien diabetes mellitus, biasanya perubahan psikososial terjadi pada waktu pasien mengalami perubahan citra tubuh dan menjalani proses amputasi. Pasien akan mengurung diri dan lebih banyak berdiam diri (murung). Selain itu, kondisi ini juga dipicu oleh biaya yang dikeluarkan selama proses pengobatan. Sehingga pasien mengalami kecemasan.

7. Keadaan Umum dan Tanda-Tanda Vital

Keadaan pasien diabetes mellitus biasanya lemah (fatigue), tingkat kesadaran bergantung pada tingkat toksisitas. Pada pemeriksaan TTV sering didapatkan RR meningkat (tachypneu dan hipertensi).

8. Sistem Pernapasan

Jika terjadi komplikasi asidosis/ alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patologis gangguan. Pola napas akan semakin cepat dan dalam sebagai bentuk kompensasi tubuh mempertahankan ventilasi (kussmaull)

9. Sistem Hematologi

Pada pasien biasanya terjadi TD meningkat, akral dingin, CRT > 3 detik, gangguan irama jantung pada fase akut.

10. Sistem Neuromuskuler

Penurunan kesadaran terjadi jika telah mengalami hiperglikemia, atau hipoglikemia. Oleh karena itu, penurunan kognitif dan terjadinya disorientasi akan dialami oleh pasien diabetes mellitus.

11. Sistem Kardiovaskuler

Penyakit yang berhubungan langsung dengan kejadian diabetes mellitus satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi diatas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnansi ini akan memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan beban jantung.

12. Sistem Endokrin

Berhubungan dengan pola seksualitas, pasien dengan diabetes mellitus akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormone reproduks dan gangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolisme.

13. Sistem Perkemihan

Dengan gangguan diabetes mellitus biasanya terjadi poliuria.

14. Sistem Pencernaan

Gangguan sistem pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit (*stress effect*). Sering ditemukan anoreksia, nausea, vomit, dan diare

15. Sistem Maskuloskeletal

Dengan adanya luka pada diabetes mellitus dapat mneyebabkan kerusakan pada struktus tulang.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut bergubungan dengan agen injuri
2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologi.
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kondisi melabolik
5. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan diit

2.2.3 Intervensi

1. Nyeri akut berhubungan dengan angen injuri.

Kriteria Hasil :

Intervensi :

- a. Kaji tingkat nyeri, kualitas, dan frekuensi nyeri.

R/Untuk mengetahui subyektifitas pasien terhadap nyeri untuk menemukan tindakan selanjutnya

- b. Berikan posisi yang nyaman

R/untuk menurunkan ketengangan

- c. Berikan lingkungan yang tenang

R/ untuk menurunkan stimulasi dapat menurunkan ketegangan.

- d. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/untuk mambantu mengalihkan perhatian dan padat mengurangi nyeri.

- e. Monitor respon verbal dan non verbal pada nyeri.

R/untuk mengetahui tingkat nyeri dan menentukan intervensi.

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

Intervensi:

- a. Monitor kadar pasien setiap hari

R/ untuk mngrtahui kadar gula pasien

- b. Ajarkan kepada pasien dan keluarga tentang diit pasien

R/ untuk membantu mengurangi kadar gula yang masuk ke pasien

- c. Kolaborasikan dengan dokter untuk pemberian insulin dan diit lainnya

R/ pemberian insulin untuk menstabilkan kadar glukosa darah.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologi

Kriteria Hasil :

Intervensi:

- a. Tanyakan kepada pasien apakah ada riwayat alergi makanan.

R/Untuk mengetahui apa yang menjadi kelemahan pasien terhadap makanan.

- b. Kerja sama dengan ahli gizi dalam menentukan jumlah kalori yang tepatsesuai dengan kebutuhan pasien.

R/Untuk mengetahui makanan apa saja dan kandungan apa yang di butuhkan oleh pasien.

- c. Ajarkan pasien untuk diet yang tepat sesuai dengan kebutuhan tubuh.

R/meningkatkan peran pasien untuk mengatur dietnya

- d. Pastikan bahwa diet mengandung banyak serat

R/mencegah terjadinya konstipasi pada pasien

4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kondisi melabolik

Intervensi:

- a. Kaji integritas kulit

R/ Untuk memeriksa kelembapan kulit dan kemajuan proses penyembuhan penyakit

- b. Anjurkan keluarga untuk memberi pelembab

R/ menjaga kelembapan kulit dan mengurangi gatal

- c. Anjurkan pasien untuk tidak mengaruk bagian yang gatal

R/ untuk mencegah kulit terkelupas dan lecet

- d. Tekankan pentingnya nutrisi yang lengkap

R/ perbaiki nutrisi dan hidrasi akan memperbaiki kondisi kulit.

5. Kurangnya pengetahuan berbungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan diit

Intervensi

- a. Kaji tingkat pengetahuan pasien atau keluarga tentang penyakit DM

R/ Untuk memberikan informasi pada pasien atau keluarga, sejauh mana pasien atau keluarga mengenal penyakit DM

- b. Jelaskan kepada pasien tentang pantangan atau diit yang harus di penuhi pasien dengan bahasa yang mudah di mengerti.

R/ Agar informasi dapat di terima oleh pasien tan pa men imbulkan kesalahpahaman.

- c. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan dan libatkan pasien atau keluarga didalamnya

R/ agar menambah wawasan pasien serta pasien tau terapi apa yang sedang di jalankan dan mengetahui manfaat tindakan.

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambarannya tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medical bedah pada Diabetes Militus, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 4 juni 2018 sampai 6 juni 2018 dengan data pengkajian pada tanggal 04 juni 2018 pukul 10 .00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file No. Register 55.09.XX Sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. S, Usia 68 th, Beragama islam, Bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Jawa. Pasien tinggal di daerah Mojokerto dan pekerjaan sudah tidak berkerja, dahulunya adalah seorang sopir. Pasien Masuk Rumah Sakit tanggal 17 Mei 2018 jam 14.00 WIB

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Penurunan Kesadaran
2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke IGD RSAL dr Ramelan Surabaya atas rujukan dari RSUD Basoeni Mojokerto pada tanggal 17 Mei 2018 tiba di IGD RSAL pukul 14.00 WIB, sebelumnya di rawat di RSUD Basoeni pada tanggal 13 Mei 2018, alasan di Rujuk karena Trombosit pasien tidak kunjung naik dan pasien tidak mengalami perubahan. Dari IGD RSAL pasien di rawat di Ruang B2, kemudian karena pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga pasien di pindahkan di ruang HCU pada tanggal 26 Mei 2018 pukul 20.30 WIB.

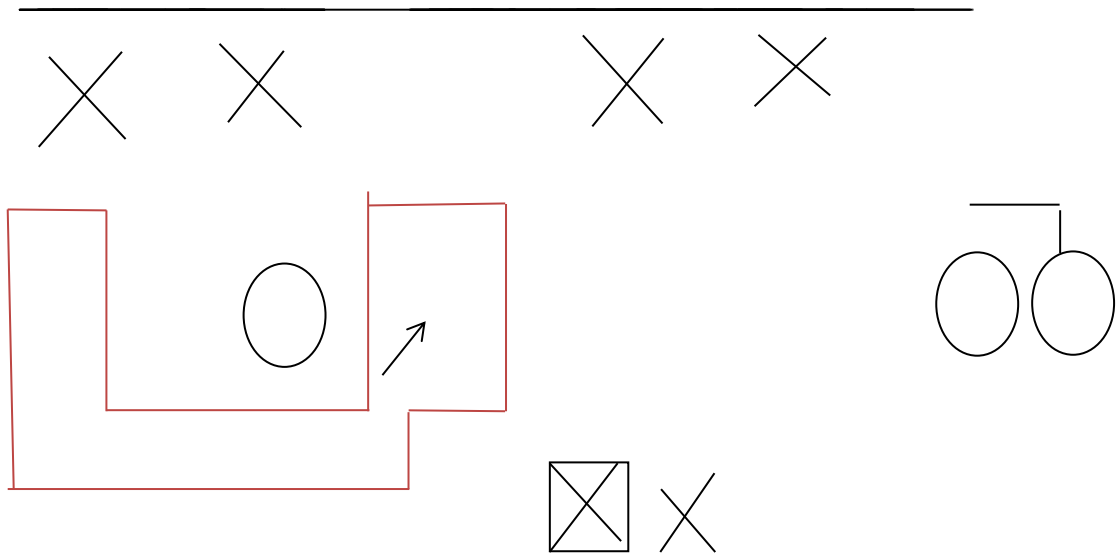
3. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan bahwa Px memiliki riwayat penyakit Hipertensi dan Diabetes mellitus .

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien(anak pasien) mengatakan bahwa Ayah dari pasien memiliki diabetes mellitus .

1) Genogram



Ket :



Laki – laki



Satu Rumah



Perempuan



Garis Perkawinan



Meninggal



Garis Keturunan



Pasien

5. Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi terhadap apapun (makanan, obat, debu maupun udara)

Reflek patologis : kaku kuduk (-) brudzinki 1&2 (-)

Nervus Kranial I: pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

Nervus Krania II: lapang pandang normal bisa melihat kesekitar

Nervus Krania III: pasien mampu menggerakkan bola mata

Nervus Krania IV: pasien mampu menggerakkan bola mata

Nervus Krania V: pasien dapat merasakan rangsangan

Nervus Krania VI: pasien mampu menggerakkan bola mata

Nervus Krania VII: pasien mampu mengerutkan dahi

Nervus Krania VIII : tidak ada laterasi di kedua telinga

Nervus Krania IX: pasien tidak mampu menelan

Nervus Krania X: pasien tidak mampu menelan

Nervus Krania XI: otot bantu nafas tidak terlihat

Nervus Krania XII: pasien tidak mengikuti perintah

Nyeri kepala : tidak ada

Paralisis : tidak ada

Penciuman

Bentuk hidung : simetris

Septum : ditengah

Gangguan/ kelainan : tidak ada

Polip : tidak ada

Wajah & penglihatan :

Mata : simetris - Kelainan : tidak ada

Pupil : isokor - Reflek cahaya : +/+

Konjungtiva : tidak anemis

Sclera : tidak ikterik

Lapang pandang : kesegala arah

Pendengaran :

Telinga : simetris - Kelainan : tidak ada

Kebersihan : bersih

Gangguan : tidakada - Alatbantu : tidak ada

Lidah :

Kebersihan : bersih - uvula : ditengah

Kesulitan telan: terpasang NGT -berbicara : tidak mau berbicara

Masalah Keperawatan : Resiko Aspirasi

5. B4 (Bladder)

Kandung kemih distensi, Eliminasi urin Sebelum Masuk Rumah Sakit tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran.Terpasang cateter jumlah urine 700 cc/8 jam Warna merah darah.

Masalah Keperawatan : Gangguan Eliminasi Urine b.d Efek Tindakan

Medis dan Diagnostik, Resiko Infeksi.

6. B5 (Bowel)

Mulut pasien bersih, membrane mukosa kering pucat, Tidak ada gigi palsu, tidak ada peradangan Faring, makan & minum SMRS pasien makan 3x sehari (nasi, sayur, lauk pauk) Minum : ± 2000 cc/hari (air putih dan teh)

Pasien terpasang NGT, diit di RS Susu Rendah Gula 2100 kkal/ hari, Frekuensi makan 3x sehari.

Bentuk perut datar, tidak ada Kelainan abdomen Hepar & lien tidak teraba pembesaran, Nyeri abdomen (tidak terkaji), tidak ada hemoroid Rectum dan anus.

BAB saat Masuk Rumah Sakit1x dengan Warna kecoklatan. **Masalah keperawatan : Resiko Aspirasi**

7. B6 (Muskuloskeletal)

Rambut, kulit kepala: hitam, bersih, tidak ada benjolan, tidak ada lesi,
Warna kulit , kecoklatan, ROM: Bebas terbatas

Kekuatan otot :

1111		1111
1111		1111

Kelainan jaringan : Tidak ada

Masalah keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik b.d Pemurunan Kekuatan Otot.

8. Endokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar thyroid, terdapat adanya hiperglikemia dengan GDA stick tanggal 4 Juni 2018 dengan hasil 419 mg/dl.

Masalah Keperawatan : Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Disfungsi Pankreas

9. Seksual – Reproduksi

Pasien berjenis kelamin laki-laki dan tidak pernah melakukan pemeriksaan testis. **Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

10. Kemampuan Perawatan Diri

Menurut data dari keluarga Pasien (Anak) mengatakan ketika sebelum MRS pasien mampu melakukan aktifitas diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian, berdandan, berjalan. Tetapi setelah MRS pasien tidak mampu melakukan aktivitas, toileting , mandi, dan kegiatan personal Hygine lainnya.

Masalah keperawatan :Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot

11. Personal Hygiene

Menurut data darikeluarga (Anak) mengatakan saat sebelum masuk rumah sakit mengatakan melakukan mandi 2x sehari, melakukan keramas 2hari sekali, ganti pakaian 2x sehari, menyikat gigi 2x sehari. ketika masuk rumah sakit pasien dilakukanseka 2x sehari, mengantipakaiansetiap kali di sekadandilakukan Oral hygiene.**Masalah keperawatan :Defisit perawatan diri b.d Kelemahan**

12. Istirahat Tidur

Menurut data darikeluarga (Anak) mengatakan saat dirumah tidur siang jam 13.00-14.00 WIB dan tidur malam pukul 23.00-05.00 WIB dengan jumlah : 7 jam. Saat masuk rumah sakit pasien mengalami penurunan kesadaran sehingga cenderung untuk menutupmata. **Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

13. Kognitif Perspektual

Menurut data dari keluarga pasien (Anak) pasien adalah seorang perokok, sebelum sakit kemampuan bicaranya baik bahasa yang di gunakan sehari hari adalah bahasa jawa, kegiatan sehari-hari di rumah saja karena pasien sudah tidak berkerja, keluarga sangat mensupport untuk kesembuhan pasien, hubungan pasien dengan orang lain baik, kegiatan spiritual pasien adalah Sholat, di Rumah sakit pasien tidak mengerjakan sholat namun keluarga pasien selalu membimbing pasien untuk Istighfar pasien dan keluarga juga tidak menggunakan pelayanan Rohani. **Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Nama : Tn. S,

Usia : 68th

4 Juni 2017

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Normal
WBC (White Blood Cell : Sel darah putih)	3.85 $10^3/uL$	4,00 - 11,00/ $L10^3/mm^3$
RBC (Red Blood Cell : Sel darah merah)	3,19	3.50 – 5.00/ $10^6/mm^3$
PLT (Platelet : Keping darah)	8 $10^3/uL$	150-450
GDA (Gula Darah Acak)	419 mg/dl	< 140mg/dl
Natrium	148.30 mmol/L	135.00-145.00
Kalium	5.46 mmol/L	3.50-5.00
Chlorida	119.30 mmol/L	95.00-108.00
HGB	9.4 g/dl	11.0-16.0

3.1.5 Pemberian Terapi

Nama : Tn. S

Ruang : A2/6

Usia : 48 Tahun

RM : 00048XX

No	NamaObat	Rute	Dosisdan jam pemberian	Indikasi
1.	Cinam	Intra Vena	3x1 (04-12-20)	Anti biotik
2.	Omeprazole	Intra Vena	2 x 1 (06-18)	Mencegahasma mlambungnai k
3.	Vit k	Intra Vena (drip Ns 100cc)	2x1 (06-12-18)	Mengobatipen darahan yang di sebabkanoleh obatantikoagu lan.
4	Transamin	Intra Vena	3x1 (06-12-18)	Membantume nghentikanpen darahan
5.	Citicolin	Intra Vena	3x1 (04-12-20)	Meningkatkan kadar O2 keotak
6.	Penitoin	Intra Vena	2x100 (04-16)	Antikonvulsan (mencegahkeja ng)
7.	Lasix	Intra Vena	1x1 (12)	Mengeluarkan cairan
8.	Nevorapid	Sub Cutan	3x 8 unit	Mengontrolka darglukosadar ah

3.2 Diagnosa keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Nama : Tn. S

Ruang : HCU

Usia : 68 Tahun

RM :55.09XX

NO	ANALISA DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>DS : TidakTerkaji, pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan pasien lemah - Guladarah pasien 419 mg/dl - Pasien mudah mengantuk - Ttv TD: 150/90 mmHg Nadi: 89x/ menit Suhu: 36⁰C RR: 20x/ menit - infus RL 2 kolf/24 jam 14 tpm 	Disfungsi pankreas	Ketidakefektifan kadar glukosa darah
2	<p>DS : TidakTerkaji, pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT >3 detik - Akral dingin - Warna kulit pucat 	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif
3.	<p>DS: TidakTerkaji, pasien mengalami penurunan kesadaran</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distensi kandung kemih - urine berwarna merah darah - mendapat terapi medis Lasix - terpasang cateter urine 	Efek Tindakan Medis Dan Diagnostik	Gangguan Eliminasi Urine

NO.	ANALISA DATA	ETIOLOGI	MASALAH
4.	DS: TidakTerkaji, pasien mengalami penurunan kesadaran DO: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak dapat duduk - Tidak dapat mika-miki secara mandiri. 	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilits fisik
5.	DS: TidakTerkaji, pasien mengalami penurunan kesadaran DO: <ul style="list-style-type: none"> - Gcs menurun - Tidak mampu mandi - Tidak mampu toilething - Ketergantungan penuh dengan perawat. 	Kelemahan	Defisit perawatan diri
6.	DS: TidakTerkaji, pasien mengalami penurunan kesadaran DO: <ul style="list-style-type: none"> - Hasil lab WBC $3.85 \times 10^3/uL$ - Hasil lab PLT $8 \times 10^3/uL$ - Terpasang cateter + spulingPz 1000cc - Terpasang Ngt 	Penyakit kronis (diabetes mellitus)	Resiko infeksi
7.	DS: TidakTerkaji, pasien mengalami penurunan kesadaran DO: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien penurunan kesadaran - Tidak mampu mobilisasi - Tidak mampu mika miki 	Penurunan mobilisasi	Resiko Luka tekan

3.2.2 Prioritas Masalah

Nama px :Tn. S

Ruang/kamar : HCU

Umur :68th

RM : XX

No	Masalah keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Ketidakefektifan kadar glukosadarah	4JUNI 2018		<i>M</i>
2	Gangguan perifer tidak efektif	4JUNI 2018		<i>M</i>
3	Gangguan eliminasi urine	4JUNI 2018		<i>M</i>
4.	Gangguan mobilisasi fisik	4 JUNI 2018		
5.	Defisit perawatan diri	4 JUNI 2018		<i>M</i>
6	Resiko infeksi	4 JUNI 2018		<i>M</i>
7	Resiko Luka tekan	4 JUNI 2018		<i>M</i>

Tabel 3.3 Intervensi

tanggal 4 Juni 2018

Nama : Tn. S
Usia : 68 Tahun

Ruang : HCU
RM : 55.09XX

No.	Diagnose Keperawatan	TujuandanKriteriaHasil	Intervensi	Rasional
1.	Ketidakefektifan kadarglukosab.d Disfungsi pankreas	Setelahdilakukantindakankeperawatan3x24 jam diharapkan glukosadalamdarah dalambatas normal KH : - Guladarah normal - Kepatuhanakandiitterca pai	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dekatipasiენmegunakan salam terapeutik, (ucapkansalam, perkenalandiri) 2. Observasi Tensi, nadi, suhudan RR pasien 3. kontrol diit pasien, input dan output 4. Berikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang ddiit pasien sesuai program 5. Berikan insulin 8 unit sesuai anfis dokter, 15 menit sebelum makan (pagi jam 07.00, siang jam 11.30 malam jam 19.30), secara sub cutan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tercapainyahubungansalin gpercayaantarapasiendanpe rawat. 2. Mengetahui perubahan tanda tanda vital 3. Mengenalitanda-tandahiperlikemiaakanmepermudahpenangananpad apasiენ. 4. Keluargamemilikperanpent ingdalammembantukeberhasilan pelayanan 5. Pemberian insulin untukmembantudalamkegiatanmetabolismdalam tubuh .

2.	Perfusiperifertidak efektifib.dhiperglikemia	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, diharapkanalirandarakhembali normal.</p> <p>KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT <3 detik - Akralhangat - Mukosatidakkering - Warnakulitidakpucat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dekatipasiennegunakanasalamterapeutik, (ucapkansalam, perkenalandiri) 2. Observasi Tensi, nadi, suhu dan RR pasien 3. Tingkatkanbagiankepalapasienn 30⁰ 4. Kajiwarnakulitteksturkulitselama 4 jam sekali 5. Pantautanda-tanda vital iramajantung selama4 jam sekali 6. Berikanhasilanfisdokterpemberian analgesik yang di programkan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tercapainyahubungansalin gpercayaantarapasiendanperawat. 2. Mengetahui perubahan tanda tanda vital 3. Meningkatkanerkulasipadaekstermitasbawahpasien. 4. Penurunanperfusimenggakibatkanbercak, kulitmenjadilebihdingindan teksturberuba. 5. Hal inidapatmenyebabkanpenurunananjantung yang mengakibatkanpenurunanperfusijantung. 6. Membantumengurangi nyeri.
3	Ganguaneleminasi urine b.defektindakanmedisdandiagnostik	<p>Setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan gangguanberkemihdiapadidiatasi.</p> <p>KH :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dekatipasiennegunakanasalamterapeutik, (ucapkansalam, perkenalandiri) 2. Kaji intake dan output pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tercapainyahubungansalin gpercayaantarapasiendanperawat. 2. Mengetahui peningkatan tekanan darah berhubungan dengan kelebihan volume cairan

		<ul style="list-style-type: none"> - Input dan output balance - Hematuria tidak terjadi - Tidak ada distensi kandung kemih 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan hasil Lasix 1x1 sesuai anfisidokter Secara IV pukul 12.00 4. Batasi setiap asupan minum pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengeluarkan cairan dalam tubuh. 4. mencegah terjadinya oedema pada pasien.
4	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan Otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilisasi kembali normal.</p> <p>KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstermitas tidak tampak lemah - Bergerak dengan mudah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dekati pasien menggunakan salam terapeutik, (ucapkan salam, perkenalan diri) 2. Jelaskan Pada pasien akibat terjadinya imobilitas fisik 3. Ubah posisi pasien setiap 3 jam sekali 4. Ajarkan pada pasien untuk gerak pasif pada ekstermitas yang lemah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tercapainya hubungan percaya antar pasien dan perawat. 2. imobilitas fisik menyebabkan otot-otot kaku 3. Untuk menurunkan resiko dektubitus gerakan pasif untuk mengembalikan ekstermitas yang lemah
5.	Defisit perawatan diri b.d Kelemahan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas perawatan diri</p> <p>KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji faktor yang dapat menyebabkan kelelahan 2. Tingkatkan kemandirian dalam aktivitas perawatan diri, bantu jika kelelahan terjadi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tercapainya hubungan saling percaya pada pasien 2. Menyediakan informasi tentang indikasi tingkat kelelahan dan perawatan diri 3. Meningkatkan aktivitas yang sedang dan ringan

		2. Pasien dan anggota keluarga mampu mendemonstrasikan penggunaan alat bantu dengan benar	3. Anjurkan untuk istirahat	4. Istirahat yang adekuat
6	Resiko infeksi sekunder akibat kronis	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi minimal. KH : - Hasil lab WBC dan PLT dalam batas normal - Pasien tidak mengalami hipotermi	1. Dekatip pasien menggunakan salam tera peutik, (ucap salam, perkenalandiri) 2. Pantausuhu minimal 4 jam sekali 3. Ganti selang IV kurang lebih 3 hari (infus). 4. Ajarkan keluarga tentang langkah-langkah mencuci tangan yang benar	1. Tercapainya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien 2. Suhu yang meningkat merupakan indikator adanya infeksi 3. Untuk mengurangi jumlah patogen yang masuk 4. Mengurangi infeksi nosokomial
7	Resiko luka tekan akibat penurunan mobilitasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan masalah tidak terjadi.	1. Dekatip pasien menggunakan salam tera peutik, (ucap salam, perkenalandiri) 2. Bantu pasien untuk mikamiki 2 jam sekali 3. Posisikan pasien dengan nyaman 4. Gunakan kasur angin bila ada	1. Tercapainya hubungan saling percaya antara perawat dan pasien 2. Mencegah terjadinya dekubitus 3. Posisikan pasien nyaman agar semua tekanan tidak berfokus

			5. Berikan body lotion ataubedakpadaerahpunggunpas ien .	okuspadaerahpung ung 4. Penggunaankasur angina akanmeminimalkantek ananpadaerahapung gung 5. Agar kelembabankulitpung ungtetapterjaga.
--	--	--	--	---

Tabel 3.4 Implementasi

Nama : Tn. S

Ruang :HCU/7

Usia : 68 Tahun

RM : 55.09 XX

NO DX	WAKTU (tgl & jam)	TINDAKAN	TT WAT	WAKTU (tgl & jam)	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	TT WAT
1	4-06- 2018 10.00	Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien Hasil : pasien kesadaranya menurun, apatasi dan tidak mau berbicara.	<i>M</i>	04-06- 2018 14.00	DX1 S : Tidak terkaji O : - Hasil GDA pasien aa;ah 419 mg/dl - Pasien nampak lemas - Tidak mau berbicara - Kesadaran menurun.	<i>M</i>
1	11.15 11.30	Melakukan observasi TTV TD :160/100 mmHg	<i>M</i>		A :Diagnosa ketidakefektifan kadar glukosa darah, masalah belum teratasi.	

		<p>Suhu : 36°C</p> <p>Nadi : 100x/menit</p> <p>RR :25x/menit</p> <p>Melakukan pemeriksaan GDA</p> <p>11.55 Stik</p> <p>Hasil: 419 mg/dl</p> <p>Memberikan hasil kolaborasi pemberian injeksi insulin 8 unit</p>			P : Intervensi dilanjutkan	
1	12.15	Menganti cairan infus RL 14 tpm	<i>m</i>			
1			<i>m</i>			

1			<i>н</i>			
---	--	--	----------	--	--	--

1	05-06-2018 09.00	Menyapa pasien dan menanyakan keluhan Hasil : pasien tidak mau menjawab	<i>M</i>	05-06-2018 14.00	DX1 S : Tidak terkaji O : - hasil GDA pasien adalah 148 mg/dl - pasien tidak mau berbicara - keadaan umum lemah A : Diagnosa ketidakefektifan kadar glukosa darah, masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	<i>M</i>
1	10.00	TTV : TD : 160/90mmHg N : 100x/ menit RR : 20x/ menit S: 37.6 ^o c	<i>M</i>			
1	11.00	Memberikan hasil kolaborasi Nevorapid 6 unit Sc	<i>M</i>			

1	11.00	Membantu kembali pasien menemukan posisi yang nyaman yaitu Semi fowler	<i>M</i>			
1	12.15	Mengecheck GDA pasien				
1	06-6-2018 07.30	Menyapa pasien dan mengkaji tingkat kesadaran pasien Hasil : kesadaran pasien menurun,tidak merespon terhadap suara.	<i>M</i>	06-6-2018 14.00	DX1 S : Tidak terkaji O : - Hasil GDA pasien adalah 200 mg/dl - Pasien nampak lemas - Tidak mau berbicara	
1	08.00	Mengobservasi TTV TD : 160/90 mmHg N : 98x / menit	<i>M</i>			<i>M</i>

		S : 36,2 ⁰ C RR : 20 x / menit			<ul style="list-style-type: none"> - Adanya otot bantu nafas - Kesadaran menurun. - Rr pasien dangkal - Pernapasan takipnea 	
1	08.30	Membantu kembali pasien menemukan posisi yang nyaman yaitu Semi fowler	<i>M</i>			
1	11.00	Memberikan hasil kolaborasi Novorapid 6 unit SC			A :Diagnosa ketidakefektifan kadar Glukosa dalam darah, masalah belum teratasi, dan pola nafas tidak efektif, masalah belum teratasi.	
1	11.30	Menganti infus RL 500cc 14 tetes per menit	<i>M</i>		P :Intervensi dlanjutkan.	
1	12.00	Memberikan nutrisi melalui NGT 300 cc susu rendah gula				
	13.00	Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter masker non reabreathing 12 persen				

2	04-06-2018	<p data-bbox="368 255 681 398">Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien</p> <p data-bbox="368 412 663 517">Hasil : pasien kesadaranya menurun, apatasi dan tidak mau berbicara.</p> <p data-bbox="368 584 616 613">Melakukan observasi TTV</p> <p data-bbox="368 642 592 672">TD :160/100 mmHg</p> <p data-bbox="368 701 499 730">Suhu : 36°C</p> <p data-bbox="368 759 560 788">Nadi : 104x/menit</p> <p data-bbox="368 817 544 846">RR :25x/menit</p>	<p data-bbox="716 271 743 300"><i>M</i></p> <p data-bbox="716 517 743 546"><i>M</i></p> <p data-bbox="716 880 743 909"><i>M</i></p>	04-0602018 14.00	<p data-bbox="932 217 986 241">DX 2</p> <p data-bbox="932 271 1082 300">S : Tidak terkaji</p> <p data-bbox="932 329 963 358">O :</p> <ul data-bbox="963 387 1198 613" style="list-style-type: none"> - Akral pasien dingin - SPO2 97% - CRT >3 detik - Hb 9.8 g/dl - Mukosa pucat - Turgor kulit menurun <p data-bbox="932 642 1302 707">A : perfusi perifer tidak efektif, Masalah belum teratasi</p> <p data-bbox="932 736 1166 766">P : Intervensi dilanjutkan.</p>	<p data-bbox="1366 371 1393 400"><i>M</i></p>
---	------------	---	---	---------------------	--	---

2	11.25	Melakukan pemeriksaat CRT pasien. Hasil: CRT >3 detik, (4detik)	<i>m</i>			
2	12.15	Menganti carian infus RL 14 tetes per menit.				

2	05-06-2018 09.00	Menyapa pasien dan menanyakan keluhan Hasil : pasien tidak mau menjawab	<i>M</i>	05-06-2018 14.00	DX 2 S : Tidak terkaji O : - CRT <2 detik - Akhral hangat - Mukosa pucat - Konjungtiva pink pucat A : Perfusi perifer tidak efektif, masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan	<i>M</i>
2	10.00	TTV : TD : 160/90mmHg N : 100x/ menit RR : 20x/ menit S: 37.6 ⁰ c	<i>M</i>			
2	10.30	Menganti cairan infus pasien RL 500 cc 14 tetes per menit.	<i>M</i>			

2	11.00	Melakukan pengambilan darah vena untuk pemeriksaan laboratorium	<i>M</i>			
2	14.00	Memberikan hasil kolaborasi tranfusi darah PRC 1 kantong 20 tetes per menit	<i>M</i>			
2	06-06-2018 09.00	Menyapa pasien dan melakukan pemeriksaan kesadaran. Hasil: kesadaran pasien menurun, pasien tidak merespon ketika di beri rangsangan nyeri.	<i>M</i>	06-06-2018 14.00	DX 2 S : Tidak terkaji O : - Akral pasien dingin - SPO2 97% -CRT >3 detik	<i>M</i>

2	11.00	Mengobservasi TTV TD: 160/90 mmHg N: 98x/ mnt RR: 20x/ mnt Memberikan hasil kolaborasi dengan dokter vit K, transamin, dan lasix dengan rute intra vena.	<i>M</i>		-mukosa pucat - turgor kulit menurun. A : perfusi perifer tidak efektif. Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan.	
2	12.00	Menganti O2 nasal pasien dengan masker non ribreathing.	<i>M</i>			
2	12.15		<i>M</i>			

3	04-06-2018 10.00	Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien Hasil : pasien kesadaranya menurun, apatis dan tidak mau berbicara.	<i>M</i>	04-06-2018 14.00	DX 3 S : tidak terkaji. O : - Terpasang cateter + spulling pz 1000 cc - Urine berwarna merah darah - Hb 9.8 A : gangguan eliminasi urine, masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan	<i>M</i>
3	11.15	Melakukan observasi TTV TD :160/100 mmHg Suhu : 36°C Nadi : 100x/menit RR :25x/menit	<i>M</i>			

3	11.30	Mengukur balance cairan. Hasil: urine 700 cc per 8 jam Berwarna merah darah.	<i>M</i>			
3	12.00	Memberikan hasil kolaborasi injeksi lasix 1x 1 mg rute intra vena	<i>M</i>			
3	05-06-2018 09.00	Menyapa pasien dan menanyakan keluhan Hasil : pasien tidak mau menjawab	<i>M</i> <i>M</i>	05-06-2018 14.00	DX 3 S : Tidak terkaji O : - tidak ada distensi kandung kemih - setelah di lakukan spulling urine dapat keluar	

3	10.00	<p>TTV :</p> <p>TD : 160/90mmHg</p> <p>N : 100x/ menit</p> <p>RR : 20x/ menit</p> <p>S: 37.6⁰ c</p> <p>Menganti cairan infus pasien RL 500 cc 14 tetes per menit.</p>	<i>M</i>		<p>-terpasang cateter urine + spulling PZ 1000 cc</p> <p>- urine masih merah darah</p> <p>A : gangguan eliminasi urine, masalah belum teratasi</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan.</p>	R
3	10.30	Memberikan hasil kolaborasi	M			
3	12.00	injeksi lasix 1x1 mg rute IV				
3	13.00	Melakukan kolaborasi dengan dokter spulling cateter dengan PZ 1000 cc.	<i>M</i>			

	06-06-2018			06-06-2018	DX 3	
3	09.00	Menyapa pasien dan melakukan pemeriksaan kesadaran. Hasil: kesadaran pasien menurun, pasien tidak merespon ketika di beri rangsangan nyeri.	<i>M</i>	14.00	S : Tidak terkaji O : - tidak ada distensi kandung kemih - warna urine masih merah - urine 500 cc/ 8 jam.	<i>M</i>
3	11.00	Mengobservasi TTV TD: 160/90 mmHg N: 98x/ mnt RR: 20x/ mnt	<i>M</i>		A : gangguan eliminasi urine, masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan	
3	12.00	Memberikan hasil kolaborasi injeksi lasix 1x1 rute IV	<i>M</i>			

3	12.30	Melakukan kolaborasi dengan dokter spulling cateter dengan PZ 1000 cc.				
4	04-06-2018 10.00	Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien Hasil : pasien kesadaranya menurun, apatasi dan tidak mau berbicara.	<i>M</i>	04-06-2018 14.00	DX4 S: Tidak terkaji O: - Keadaan umum lemah - Pasien tidak mampu mobilisasi - Semua tergantung dengan perawat - GCS mnurun 3 1 4	M
4	11.15					

		Melakukan observasi TTV			A: gangguan mobilisasi fisik, masalah belum teratasi .
		TD :160/100 mmHg			
		Suhu : 36°C			
		Nadi : 100x/menit	<i>m</i>		P: Intervensi dilanjutkan
		RR :25x/menit			
4	11.30	Mengubah posisi pasien 3 jam sekali			
4	12.00	Membantu pasien untuk memenuhi segala kebutuhan dasar, seperti makan dan mandi.	<i>m</i>		

4	05-06-2018 09.00	Menyapa pasien dan menanyakan keluhan Hasil : pasien tidak mau menjawab	<i>M</i>	05-06-2018 14.00	DX4 S: Tidak terkaji O: - Pasien tirah baring - Keadaan pasien lemah - Tidak ada fraktur A: gangguan mobilitas fisik, masalah belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan	M
4	10.00	TTV : TD : 160/90mmHg N : 100x/ menit RR : 20x/ menit S: 37.6 ^o c	<i>M</i>			
4	10.30	Menganti cairan infus pasien RL 500 cc 14 tetes per menit.	<i>M</i>			

4	11.00	Mengubah posisi pasien setiap 3 jam sekali	<i>m</i>			
4	11.30	Memposisikan pasien dengan nyaman.	<i>m</i>			
4	06-06-2018 09.00	Menyapa pasien dan melakukan pemeriksaan kesadaran. Hasil: kesadaran pasien menurun, pasien tidak merespon ketika di beri rangsangan nyeri.	<i>m</i> <i>m</i>	06-06-2018 12.00	DX4 S: Tidak terkaji O: - Pasien masih tirah baring - Tidak ada fraktur - Tidak ada lesi pada ekstermitas atas dan bawah	M

4	11.00	Mengobservasi TTV TD: 160/90 mmHg N: 98x/ mnt RR: 20x/ mnt			A: gangguan mobilitas fisik, masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
		Memberikan posisi yang nyaman untuk pasien	M			
4	11.30	Membantu mencegah pasien jatuh	M			
4	11.30					

5	04-06-2018 10.00 11.15	<p>Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien</p> <p>Hasil : pasien kesadaranya menurun, apatasi dan tidak mau berbicara.</p> <p>Melakukan observasi TTV</p> <p>TD :160/100 mmHg</p> <p>Suhu : 36°C</p> <p>Nadi : 100x/menit</p> <p>RR :25x/menit</p>	<p><i>M</i></p> <p><i>M</i></p> <p><i>M</i></p>	04-06-2018 14.00	<p>DX 5</p> <p>S : Tidak terkaji</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak mampu ke kamar mandi - Pasien tidak mampu mengenakan pakaian sendiri - Pasien tidak mampu untuk toilething - Pasien tampak lemas <p>A : Defisit perawatan diri, masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	<p><i>M</i></p>
---	--	---	---	---------------------	---	-----------------

	11.00	Membantu merapikan tempat tidur pasien	<i>M</i>			
	12.00	Menganti pempes pasien	<i>M</i>			
	12.15	Melakukan oral hygiene pasien	<i>M</i>			
5	05-06-2018			05-06-2018	DX 5	
	09.00	Menyapa pasien dan menanyakan keluhan Hasil : pasien tidak mau menjawab	<i>M</i>	14.00	S : Tidak terkaji O : - Pasien tampak bersih - Pasien wangi - Bed asien tampak rapi - Oral hygiene pasien bersih - Tidak ada tanda-tanda defisit perawatan diri	<i>M</i>
	10.00	TTV :				

		TD : 160/90mmHg N : 100x/ menit RR : 20x/ menit S: 37.6 ⁰ c	<i>M</i>		-	
	10.30	Menganti cairan infus pasien RL 500 cc 14 tetes per menit.	<i>M</i>		A : Defisit perawatan diri, masalah teratasi sebagian	
	12.30	Merapikan tempat tidur pasien			P : Intervensi dilanjutkan	
	13.00	Menganti perlak pasien	<i>M</i>			
	14.00	Memnersiapkan pasien seka	M			
			<i>M</i>			

5	06-06-2018	<p data-bbox="368 293 679 360">Menyapa pasien dan melakukan pemeriksaan kesadaran.</p> <p data-bbox="368 394 679 495">Hasil: kesadaran pasien menurun, pasien tidak merespon ketika di beri rangsangan nyeri.</p> <p data-bbox="368 584 560 607">Mengobservasi TTV</p> <p data-bbox="368 640 544 663">TD: 160/90 mmHg</p> <p data-bbox="368 696 480 719">N: 98x/ mnt</p> <p data-bbox="368 752 496 775">RR: 20x/ mnt</p>	<p data-bbox="711 315 735 338"><i>M</i></p> <p data-bbox="711 618 735 640"><i>M</i></p> <p data-bbox="711 898 735 920">M</p>	06-06-2018	<p data-bbox="930 217 986 239">DX 5</p> <p data-bbox="930 273 1082 295">S : Tidak terkaji</p> <p data-bbox="930 329 962 351">O :</p> <ul data-bbox="970 374 1318 631" style="list-style-type: none"> - Pasien tampak rapi - pasien nampak beristirahat dengan nyamna - Hygne pasien bersih - Bed pasien tampak rapi - Pasien sangat tergantung dengan perawat. <p data-bbox="930 687 1318 743">A : Difisit perawatan diri, masalah teratas sebagian</p> <p data-bbox="930 799 1169 822">P : Intervensi di lanjutkan</p>	<p data-bbox="1382 407 1406 430"><i>M</i></p>
---	------------	--	---	------------	--	---

	11.30	Membantu mengganti pempes pasien	M			
	12.00	Menganti baju pasien	M			
	12.00	Merapikan bed pasien	M			
	13.00	Merapikan diri pasien				
6	04-06-2018 10.00	Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien Hasil : pasien kesadaranya menurun, apatasi dan tidak mau berbicara.	<i>M</i>	04-06-2018 14.00	DX 6 S : Tidak terkaji O : - Keadaan umum pasien lemah - Tidak ada kenaikan suhu - Pasien terpasang cateter - Pasien terpasang NGT - Terpasang selang infus pada tangan kiri	<i>M</i>

	11.15	Melakukan observasi TTV TD :160/100 mmHg Suhu : 36°C Nadi : 100x/menit RR :25x/menit	<i>M</i>		A : resiko infeksi, masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dilanjutkan	
	11.30	Menganti selang NGT pasien	<i>M</i>			
	11.30	Menganti infus pasien karena sudah 3 hari	<i>M</i>			
	12.00	Memantau kenaikan suhu pasien.	<i>M</i>			

6	05-06-2018			05-06-2018	DX 6	
	09.00	Menyapa pasien dan menanyakan keluhan Hasil : pasien tidak mau menjawab	<i>M</i>	14.00	S : Tidak terkaji O : - Hasil lab WBC 3.85 - Adanya kenaikan suhu pasien 37 ⁰ c - Pasien terpasang cateter urine + spulling PZ 1000cc - Terpasang NGT	<i>M</i>
	10.00	TTV : TD : 160/90mmHg N : 100x/ menit RR : 20x/ menit S: 37.6 ⁰ c	<i>M</i>		A : resiko infeksi, masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	11.00	Memantau tanda-tanda kenaikan suhu	<i>M</i>			

	12.00	Mengajarkan pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	<i>M</i>			
6	06-06-2018 09.00	Menyapa pasien dan melakukan pemeriksaan kesadaran. Hasil: kesadaran pasien menurun, pasien tidak merespon ketika di beri rangsangan nyeri.	<i>M</i>	06-06-2018 14.00	DX 6 S : Tidak terkaji O : - Hasil spulling cateter urine pasien masih berwarna merah - Menunggu hasil lab darah untuk memastikan adanya suspack sepsis dan adanya syok sepsis	<i>M</i>

	11.00	Mengobservasi TTV TD: 160/90 mmHg N: 98x/ mnt RR: 20x/ mnt Menganti pempes pasien	<i>M</i>		A : Diagnosa Defisit perawatan diri b.d kelemahan, teratasi P : Intervensi dihentikan	
	13.00	Mengajarkan keluarga mencuci tangan	<i>M</i>			
	13.30	Melakukan kolaborasi suppling cateter dengan Dokter.	<i>M</i>			
	14.00	Mengobservasi tanda-tanda infeksi	<i>M</i>			
	14.00					

			<i>M</i>			
7	04-06-2018 09.00	Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri dan mendengarkan keluhan pasien Hasil : pasien kesadaranya menurun, apatasi dan tidak mau berbicara.	<i>M</i>	04-06-2018 14.00	DX 6 S : Tidak terkaji O : - Keadaan pasien lemah - Posisi pasien tirah baring - Pasien mengalami gangguan mobilisasi	<i>M</i>

	11.15	Melakukan observasi TTV TD :160/100 mmHg Suhu : 36°C Nadi : 100x/menit RR :25x/menit	<i>M</i>		A : Resiko lukatekan, masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
	12.00	Memposisikan pasien dengan nyaman	<i>M</i>			
	12.30	Membantu pasien untuk mika- miki	<i>M</i>			

7	05-06-2018	<p data-bbox="368 315 679 456">Menyapa pasien dan menanyakan keluhan Hasil : pasien tidak mau menjawab</p> <p data-bbox="368 546 679 801">TTV : TD : 160/90mmHg N : 100x/ menit RR : 20x/ menit S: 37.6^o c</p> <p data-bbox="368 891 679 920">Menyeka pasien</p>	<p data-bbox="711 315 740 344"><i>M</i></p> <p data-bbox="711 528 740 557"><i>M</i></p> <p data-bbox="711 860 740 889"><i>M</i></p>	05-06-2018 14.00	<p data-bbox="932 217 1350 241">DX 6</p> <p data-bbox="932 271 1350 295">S : Tidak terkaji</p> <p data-bbox="932 331 1350 356">O :</p> <ul data-bbox="963 371 1318 512" style="list-style-type: none"> - Posisi pasien tirah baring - Tidak ada kemerahan pada bagian punggung pasien atau daerah yang menjadi tumpuhan tekanan. <p data-bbox="932 607 1350 669">A : Resiko luka tekan, masalah teratasi sebagian.</p> <p data-bbox="932 763 1350 788">P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p data-bbox="1382 371 1410 400"><i>M</i></p>
---	------------	---	---	---------------------	---	---

	14.00	Menganti pempe pasien	M			
	14.15	Memberikan body lotion pada bagian punggung pasien	M			
	14.15					
7	06-06-2018			06-06-2018	DX 7	
	07.30	Menyapa pasien dan mengkaji tingkat kesadaran pasien Hasil : kesadaran pasien menurun,tidak merespon terhadap suara.	<i>M</i>	14.00	S : Tidak terkaji O : - Tidak ada tanda-tanda dikubitus - Tidak ada kemerahan pada daerah tekanan	<i>M</i>
	08.00	Mengobservasi TTV TD : 160/90 mmHg N : 98x / menit	<i>M</i>		A : Resiko luka tekan, masalah teratasi	

		S : 36,2 ⁰ C RR : 20 x / menit			P : Hentikan intervensi	
	09.00	Mambantu pasien untuk mika - miki selama 3 jam sekali	<i>M</i>			
	11.00	Memposisikan pasien dengan nyaman	M			
	12.00	Memberikan body lotion pada daerah punggung agar punggung tetap lembab	M			

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Diabetes Mellitus di Ruang HCU penyakit dalam Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis sedikit mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulisnya itu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien tetapi tidak ada respon dari pasien karena pasien kesadarannya Apatis dan mengalami penurunan kesadaran.

Pada tahap pengumpulan data, penulis sedikit mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien tetapi tidak ada respon dari pasien sehingga penulis melaksanakan asuhan keperawatan melalui ijin dari pihak keluarga pasien .Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak terjadi kesenjangananya itu pada tinjauan pustaka yang didapat pada keluhan pertama yaitu penurunan kesadaran, lemas, riwayat penyakit terdahulu pasien memiliki Hipertensi dan Diabetes militus. Keadaan pasien dengan Diabetes mellitus biasanya lemah (*fatigue*), tingkat kesadaran bergantung padatingkat toksisitas. Pada pemeriksaan TTV sering didapatkan RR meningkat (*tachypneu*), hipertensi dan kenaikan suhu tubuh.

Dalam Sistem Pernapasan Adanya bau urea pada bau napas. Jika terjadi komplikasi asidosis/ alkalosis respiratorik maka kondisi pernapasan akan mengalami patologis gangguan. Pola napas akan semakin cepat, TD meningkat, akral dingin, CRT > 3 detik, palpitasi jantung, chest pain, dyspnea, gangguan irama jantung dan gangguan sirkulasi lainnya. Selain itu, pada fisiologis darah sendiri sering ada gangguan anemia karena penurunan eritropoetin. Pada Sistem Neuromuskuler terdapat Penurunan kesadaran terjadi jika telah mengalami hiperkarbic dan sirkulasi cerebral terganggu. Oleh karena itu, penurunan kognitif dan terjadinyadisorientasi akan dialami klien Diabetes mellitus. Pada Sistem Kardiovaskuler Penyakit yang berhubungan langsung dengan Diabetes mellitus salah satunya adalah hipertensi. Tekanan darah yang tinggi diatas ambang kewajaran akan mempengaruhi volume vaskuler. Stagnansiini akan memicu retensi natrium dan air sehingga akan meningkatkan beban jantung. Pada Sistem Endokrin yang Berhubungan dengan pola seksualitas, pasien dengan gagal ginjal kronis akan mengalami disfungsi seksualitas karena penurunan hormone reproduksi. Pada penyakit diabetes mellitus, akan adagangguan dalam sekresi insulin yang berdampak pada proses metabolisme. Pada Sistem Perkemihan Dengan gangguan / kegagalan fungsi ginjal secara kompleks (filtrasi, sekresi, reabsorsi, daneksresi), maka manifestasi yang paling menonjol adalah penurunan urine output < 700 ml/hari bahkan sampai pada anuria (tidak adanya urine output). Pada Sistem Pencernaan Gangguan sistem pencernaan lebih dikarenakan efek dari penyakit dan Sering ditemukan anoreksia, nausea, vomiting, dan diare. Pada Sistem Muskuloskeletal Dengan penurunan / kegagalan fungsi sekresi pada ginjal maka berdampak pada proses demineralisasi tulang, sehingga resiko terjadinya osteoporosis tinggi.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka ada enam yaitu ;

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri
2. Ketidakstabilan kadar glukosadarah berhubungan dengan kurangnya

Informasi tentang penyakit.

3. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologi.
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan kondisi metabolik
5. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit dan diit

Terdapat 7 diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus yaitu ;

1. Ketidakefektifan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas
2. Perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia
3. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik
4. Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
6. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes mellitus)
7. Resiko luka tekan berhubungan dengan penurunan mobilisasi.

Sedangkan diagnose keperawatan muncul pada kasus nyata dan pada tinjauan pustaka.

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit. Pada Tn S muncul masalah tersebut dikarenakan kadar gula darah pasien 419 mg/dl.

4.3 Perencanaan

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

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

1. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologi.

Diagnosa ini tidak muncul dikarenakan pasien memiliki nafsu makan yang kurang tetapi pasien tetap mau makan. Pasien tidak memiliki masalah dengan proses pencernaan dan fungsi menelan.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat terealisasi karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian pasien yang sebenarnya.

Dalam melaksanakan ini pada factor penunjang maupun factor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain :adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan dan penerimaan adanya penulis.

1. Ketidakefektifan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas. Pada rencana tindakan dilakukan dengan mengobservasi tanda-tanda vital, mengkaji tanda-tanda hiperglikemia, memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang diit yang di harus di laksanakan pasien.

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

4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

1. Ketidakefektifan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas pada saat dilakukan evaluasi kadar gula darah pasien dapat menurun setelah diberikan terapi insulin 8 unit pada hari pertama, kemudian pada hari kedua 6 unit kemudian kadar gula darah pasien dapat menurun.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Mellitus di ruang HCU penyakit dalam Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus.

5.1 Simpulan

Dengan hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Mellitus, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut ;

1. Pada saat pengkajian pada Tn S di dapatkan kadar gula darah pasien tinggi yaitu 419 mg/dl pasien mudah mengantuk, tensi pasien tinggi 150/90 mm/Hg akral pasien dingin, warna kulit dan mukosa pasien pucat, adanya distensi kandung kemih, urine pasien berwarna merah darah, terpasang cateter urine, pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien tidak dapat melakukan aktivitas mandiri untuk memenuhi kebutuhan dasar hidupnya, pasien hanya berbaring, tidak dapat mobilisasi secara mandiri.
2. Pada pasien Tn.S di dapatkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu ketidakefektifan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas,

3. perfusi perifer tida efektif berhubungan dengan hiperglikemia, gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik, gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, defisit prawatan diri berhubungan dengan kelemahan , resiko infeksi berhubungan dnegan penyakit kronis (Diabetes melitus) dan resiko luka tekan berhubungan dengan penurunan mobilisasi.
4. Pada saat melakukan tindakan keperawatan pada Tn S yaitu melakukan salam terapeutik, memperkenalkan diri kepada asien dan keluarga, kemudian melakukan pemeriksaan tensi, nadi dan RR, mengkontrol diit pasien sesuai mengawasi input dan output pasien, memberikan terapi insulin pasien sesuai advis dokter, mengubah posisi pasien selama 3 jam sekali untuk mencegah terjadinya dikubitus, ajarkan pasien gerak pasif fleksi, ekstensi untukmencegah terjadinya penurunan otot.
5. Pada akhir evaluasi, beberapa tujuan dapat dicapai karena kerja sama antara keluarga dan juga tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Tn. S kadar gula dalam darah dapat terkontrol, Tetapi Tn S belum diperbolehkan untuk KRS dikarenakan banyak hal yang belum teratasi karena pasien mengalami anemia karena hematuria sehingga memerlukan transfuse darah.
6. Pada pendokumentasian semua tindakan keperawatan pada Tn S di masukan pada implementasi pada rekam medik pasien.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Pasien dan keluarga

Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik serta keterlibatan pasien. Keluarga dan tim kesehatan yang lainnya.

5.2.2 Perawat

Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes mellitus.

5.2.3 Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai tempat melakukan tindakan medis maupun tindakan keperawatan yang memiliki fasilitas yang lengkap diharapkan dapat memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien

5.2.4 Pendidikan

Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya perihal pengetahuan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adib, M.2011.pengetahuan praktis ragam penyakit mematikan yang paling sering menyerang kita. Yogyakarta.buku biru
- Kimari Vinay, Ramzi S.2013. buku ajar patologi.jakarta. buku kedokteran EGC
- Livingstone, churicil. 2012. Anatomy fisiologi untuk smk kesehatan. Jakarta
EGC.2012
- Rendi Clevo, Margareth. 2012. Asuhan Keperawatan Medical Bedah Penyakit Dalam. Yogyakarta. Nuha Medika
- Taylor, Cynthia M.2003. Diagnose keperawatan dengan rencana asuhan. Jakarta.
EGC, 2010.
- Tim pokja SDKI DPP PPNI.2017. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Jakarta selatan. Dewan pengurus pusat

LAMPIRAN

SOP INJEKSI INSULIN SECARA SUBCUTAN

Pengertian insulin:

Insulin adalah hormon yang digunakan untuk mengobati diabetes mellitus. Injeksi insulin adalah pemberian insulin eksogen kedalam jaringan subkutan.

Tujuan: untuk mengontrol kadar Glukosa Darah

Persiapanalat:

1. Spuit insulin / insulin pen
2. Vial insulin.
3. Kapas + alkohol / *alcohol swab*.
4. Handscoon bersih

Langkah-langkah

1. Mencuci tangan
2. Menyiapkan insulin dari vial dan aspirasi sebanyak dosis yang diperlukan
3. Siapkan klien dan bantu pada posisi nyaman untuk injeksi
4. Jelaskan tujuan prosedur pemberian obat pada klien
5. Jaga privasi klien (gunakan sampiran)
6. Pilih area injeksi yang tepat. Hindari area kulit yang terdapat jaringanparut, kemerahan, memar, bengkak, melepuh dan terdapat lesi atau infeksi
7. Melakukan rotasi tempat/lokasi penyuntikan insulin. Lihat catatan perawat sebelumnya.
8. Gunakan sarung tangan

9. Bersihkan kulit dengan kapas alkohol secara sirkuler dari bagian tengah keluar
 $\pm 5\text{cm}$
10. Siapkan spoit injeksi :
 - Buka penutup jarum
 - Keluarkan udara dari dalam spoit jika ada
11. Menyuntikkan insulin secara *subcutan* dengan tangan yang domin secara lembut dan perlahan.
12. Mencabut jarum dengan cepat (jangan diusap).
13. Buang spoit dan jarumnya dengan aman pada tempatnya
14. Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan
15. Dokumentasikan:
16. Obat yang diberikan, waktu, dosis, dan rute pemberian obat

Evaluasi :

- Evaluasi respon klien
- Lakukan *follow up* terhadap efek obat yang mungkin terjadi

SOP PEMERIKSAAN GDA

Pengertian insulin:

Pemeriksaan gula darah adalah salah satu jenis pemeriksaan laboratorium untuk mendeteksi kadar gula di dalam darah dalam kondisi sewaktu, puasa dan 2 jam post prandial.

Tujuan: Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mengetahui kadar gula darah pada pasien

Persiapan alat:

1. Glukometer
2. Stik Gula Darah
3. Kapas alcohol
4. Handscoon

Langkah-langkah

1. Petugas mencuci tangan, 6 langkah
2. Petugas menyiapkan alat-alat dan bahan,
3. Petugas menjelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan,
4. Petugas memakai handscoon,
5. Atur posisi pasien nyaman mungkin
6. Pasang stik gula darah pada alat glukomete,
7. Petugas membersihkan area penusukan menggunakan kapas alcohol,
8. Petugas menusukkan lanset di jari tangan pasien,
9. Petugas meletakkan stik gula darah di jari tangan pasien,
10. Menutup bekas tusukan dengan kapas alcohol,

11. Alat glukometer akan berbunyi
12. Petugas membaca hasil dan menulis di form laboratorium.
13. Petugas memberitahu pasien bahwa tindakan sudah selesai,
14. Petugas membuang limbah padat pada tempat sampah infeksius.
15. Petugas memberikan hasil labotarium dalam amplop tertutup kepada pasien,
16. Petugas merapikan alat dan bahan,
17. Petugas mencuci tangan.