

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.W DENGAN DIAGNOSIS  
MEDIS HIPOGLIKEMIA DI RUANG B2 RUMAH SAKIT  
PUSAT ANGKATAN LAUT Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

**RICO INDRA SETYAWAN**  
**NIM. 1920035**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.W DENGAN DIAGNOSIS  
MEDISHIPOGLIKEMIA DI RUANG B2 RUMAH SAKIT  
PUSAT ANGKATAN LAUT Dr. RAMELAN SURABAYA**

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



**Oleh :**

**RICO INDRA SETYAWAN**  
**NIM. 1920035**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH  
SURABAYA  
2022**

## **SURAT PENGANTAR**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini 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 plagiat saya akan bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang ditemukan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 28 Januari 2022

Rico Indra Setyawan  
Nim. 1920035

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati , selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Rico Indra Setyawan

Nim : 1920035

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.W Dengan Diagnosis  
Medis Hipoglikemia Di Ruang B2 Rumah Sakit  
Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya

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

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)**

Surabaya, 28 Januari 2022

**Pembimbing**

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

Di tetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 28 Januari 2022

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari

Nama : Rico Indra Setyawan  
NIM : 1920035  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.W Dengan  
Diagnosis Medis Hipoglikemia Di Ruang B2  
Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan  
Surabaya


Telah dipertahankan dihadapkan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes  
Hang Tuah Surabaya, Pada :

Hari,Tanggal : Kamis, 24 Februari 2022

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan LULUS dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada prodi D-III  
Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep ( )  
Nip. 03010

Penguji II : Muharini,S.Kep., Ns (  )  
IV a / 196410171987032005

Penguji III : Christina Yuliasuti, S.Kep., Ns., M.Kep ( )  
Nip.03017

**Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dya Sustrami.S.Kep..Ns..M.Kes  
NIP. 03.007**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya  
Tanggal : 28 Januari 2022

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

*“Kalau mimpimu belum tercapai, jangan pernah mengubah mimpinya  
tapi ubahlah strateginya”*

Ku persembahkan karya yang sederhana ini kepada

1. Allah SWT yang telah memberikan segala kelancaran dan kesehatan serta petunjuknya kepadaku dalam menuntun mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Orang tua saya , Bapak Gatot Setyawan dan Ibu Sari Indariyati tercinta yang telah bekerja keras membesarkan, membimbing, menyekolahkan, mendoakan dan memberikan motivasi serta dorongan moral maupun material. Saya ucapkan terimakasih yang sebesar-sebarnya untuk beliau
3. Teman sebimbing karya tulis ilmiah (Praditya dan Nazilla) terimakasih sudah saling memberikan semangat dan bantuannya
4. Untuk dosen pembimbing institusi Bu Christina Yuliasuti dan pembimbing lahan Bu Muharini yang sudah membimbing Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Teman , kakak tingkat , adik tingkat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya terimakasih atas doa, dukungan dan bantuan yang telah diberikan
6. Untuk Helvy Nur Melinda yang sudah membantu dan menemani dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan waktu yang 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 ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. dr. Gigih Imanta J., Sp.PD, FINASIM., M.M Laksamana Pertama TNI selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya. Yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya untuk menyelesaikan pendidikan di STIKES 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. Ibu Christina Yuliasuti, S.Kep.,Ns., M.Kep. selaku pembimbing I, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Muharini, S.Kep.,Ns. selaku pembimbing II, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. 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 penulisan.
7. Sahabat-sahabat seperjuangan angkatan 25 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.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih 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

Semoga budi baik yang telah diberikan penulis mendapatkan balasan dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya saya berharap bahwa karya ilmiah ini bermanfaat bagi kita semua. Aamin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 28 Januari 2022

Penulis



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENYATAAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	ix
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR SINGKATAN .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.4 Manfaat .....	6
1.5 Metode Penulisan .....	7
1.6 Sistematika Penulisan .....	9
BAB 2 TINJAUAN KASUS .....	10
2.1 Konsep Penyakit Hipoglikemia .....	10
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Hipoglikemia .....	22
BAB 3 TINJAUAN KASUS .....	34
3.1 Pengkajian .....	34
3.2 Diagnosis Keperawatan.....	48
3.2.1 Analisa Data .....	48
3.2.2 Prioritas Masalah .....	49
3.3 Perencanaan Tindakan .....	50
3.4 Implementasi & Evaluasi Tindakan.....	54
BAB 4 PEMBAHASAN .....	60
4.1 Pengkajian .....	60
4.2 Diagnosis Keperawatan .....	62
4.3 Perencanaan.....	64
4.4 Pelaksanaan .....	65
4.5 Evaluasi .....	66
BAB 5 PENUTUP .....	68
5.1 Simpulan .....	68
5.2 Saran .....	69
DAFTAR PUSTAKA.....	71
Lampiran.....	72

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Luka Pada Pasien Tn.W .....	34
--	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tanda Gejala Hipoglikemia.....	15
Tabel 3.1 Kemampuan perawatan diri Tn.W .....	41
Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium) .....	43
Tabel 3.3 Tabel Cek Kultur .....	45
Tabel 3.4 Terapi Obat .....	46
Tabel 3.5 Analisa Data.....	48
Tabel 3.6 Prioritas Masalah .....	49
Tabel 3.7 Rencana Tindakan Keperawatan .....	50
Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan .....	53

## DAFTAR SINGKATAN

DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
DX	: Diagnosis
DM	: Diabetes Mellitus
GCS	: <i>Gasglow Coma Scale</i>
WHO	: <i>World Health Organisation</i>
GDA	: Gula Darah Acak
IV	: Intra Vena
PTM	: Penyakit Tidak Menular
KRS	: Keluar Rumah Sakit
mmHg	: Milimeter Hydrargyrum
MRS	: Masuk Rumah Sakit
N	: Nadi
GCS	: Gasglow Coma Scale
b.d	: Berhubungan Dengan
RR	: Respiration / Respiratori (Pernapasan)
RS	: Rumah Sakit
S	: Suhu
SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda – Tanda Vital
R/	: Rasional
IGD	: Instalasi Gawat Darurat

Mg : Miligram

pH : Potential Of Hydrogen

T2DM : Tipe 2 Diabetes Mellitus

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur Rawat Luka.....	72
---	----

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Hipoglikemia adalah keadaan konsentrasi glukosa plasma yang rendah, Kondisi ini paling sering ditemukan pada penderita diabetes melitus (DM) yang sedang menjalani pengobatan farmakologis. Diabetes melitus (DM) adalah penyakit gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan glukosa darah. Risiko utama yang sering ditemukan pada penderita penyakit DM adalah hipoglikemia. Hipoglikemia dapat dialami oleh semua pasien DM, dimana pasien DM tipe 1 lebih sering kali mengalami hipoglikemia dibandingkan menggunakan pasien DM tipe 2. (Erol dan Enc, 2011).  
Diagnosis keperawatan yang ada pada hipoglikemia menurut (Herdman, 2010) yaitu Penurunan kadar glukosa darah berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, Risiko penurunan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar glukosa darah, Nyeri akut b.d penurunan suplay oksigen ke otak, Pola nafas tidak efektif b.d depresan pusat pernafasan, Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan kadar glukosa darah

Sesuai pengamatan penulis bahwa di Ruang B2 pasien Diabetes Mellitus Hipoglikemia masalah keperawatan yaitu gangguan integritas jaringan berhubungan menggunakan penurunan gerak yang ditandai dengan adanya luka dikaki pasien, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan yang ditandai menggunakan pasien bedrest dan pasien tak melakukan aktivitas secara mandiri, Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan musculoskeletal yang ditandai dengan pasien

tidak bisa menjaga kebersihan diri. Data yang diperoleh saat studi ilmiah yang dilaksanakan di ruang B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Surabaya didapatkan berdasarkan buku registrasi pasien dalam tujuh bulan terakhir, jumlah penderita Diabetes Melitus tahun 2020 sebanyak 112 orang, sebanyak 20 orang mengalami encolopati dan 20 orang mengalami Diabetes Mellitus dengan Komplikasi. (Tim pokja SDKI Edisi 1 2019)

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 dibates mellitus yang selalu meningkat di Indonesia akan menyebabkan adanya peningkatan penggunaan obat anti diabetes (Fitrianingsih dan purwati, 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.

Penyakit tidak menular atau PTM merupakan penyakit yang mengakibatkan kematian sebesar 36 juta jiwa per tahun di dunia pada tahun 2016. Kematian tersebut sekitar 80% muncul pada negara yang berpenghasilan menengah dan rendah. Penyebab kematian sebesar 73% diakibatkan oleh penyakit tidak menular, diantaranya 35% disebabkan oleh penyakit jantung dan pembuluh darah, 12% diakibatkan penyakit kanker, sekitar 6% disebabkan oleh pernafasan kronis, 6% lainnya oleh diabetes dan



15% disebabkan PTM lainnya (WHO, 2018). Di Indonesia permasalahan yang terjadi tidak hanya pada penyakit menular namun permasalahan muncul pada penyakit tidak menular. Salah satu penyakit tidak menular yang terjadi di Indonesia adalah diabetes melitus.

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). Di Indonesia angka 2 kejadian diabetes melitus termasuk urutan terbesar ke-7 dunia yaitu 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

Pada Hipoglikemia berat berhubungan dengan penggunaan insulin, glinid, dan sulfonilurea. Hipoglikemi juga dikaitkan dengan perubahan dosis obat, pola hidup dan aktivitas yang mengalami perubahan drastis (Rusdi, 2020). Hipoglikemia dapat dicegah dengan melakukan monitoring glukosa darah secara intensif. Pemantauan ini menggunakan alat yang disebut *Continuous Glucose Monitoring* (CGM) (Armalia & Herawati, 2020). *Continuous Glucose Monitoring* (CGM) adalah teknologi maju yang dapat memantau kondisi glukosa darah secara berkelanjutan. Teknologi ini terhubung langsung dengan tenaga kesehatan yang memantau perkembangan kondisi kesehatan pasien, khususnya kadar glukosa darah pasien Diabetes Mellitus. Pemantauan ini sangat membantu apabila terjadi kegawat daruratan Diabetes Mellitus di awal, terutama kejadian hipoglikemia (Capon, Vettoretti, Sparacino, & Facchinetti, 2019)

Peranan perawat disini dalam memberikan pelayanan pada pasien diabetes mellitus dengan gangren akan memberikan dampak positif bagi penderita diabetes mellitus. Perawat dapat memberikan edukasi pada pasien diabetes mellitus mengenai diet, olahraga/ aktifitas fisik dan penggunaan obat Diabetes Mellitus. Semua itu harus dijalankan untuk mengatasi masalah dan komplikasi Diabetes Mellitus serta perawat juga dapat memberikan edukasi cara perawatan luka yang baik dan benar untuk penderita diabetes mellitus dengan gangren saat berada di rumah sehingga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan luka dan mencegah terjadinya amputasi akibat luka yang nekrosis.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan penelitian pada penyakit hipoglikemi dari Ruang B2 penulis melakukan pengkajian dengan melakukan asuhan keperawatan hipoglikemia dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn.W dengan Diagnosis Medis Hipoglikemia Di Ruangan B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini mengungkapkan tentang asuhan keperawatan pada Tn.W dengan diagnosis Medis Hipoglikemia Di Ruangan B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa akan mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien diagnosis Medis Hipoglikemia Di Ruang B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji pada pasien Tn.W dengan diagnosis Di Ruang B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Tn.W dengan diagnosis Di Ruang B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada Tn.W dengan diagnosis medis hipoglikemia Di Ruang B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan Tn.W dengan diagnosis medis hipoglikemia di ruang B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien Tn.W dengan diagnosis medis hipoglikemia Di Ruang B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.W dengan diagnosis medis hipoglikemia Di Ruang B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya

## **1.4 Manfaat Penelitian**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

### **1.4.1 Akademis**

Dari segi akademis, merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis hipoglikemia akut dengan baik.

### **1.4.2 Dari segi praktisi , tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi :**

#### **1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit**

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hipoglikemia dengan baik.

#### **2. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis hipoglikemia.

#### **3. Bagi Profesi**

Sebagai tambahan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis hipoglikemia.

## **1.5 Metode Penulisan**

### **1.5.1 Metode**

Dimana penulis menggambarkan / mendeskripsikan sikap asuhan keperawatan pada pasien Tn.W dengan Penyakit Hipoglikemia dan pendekatan proses keperawatan yang terdapat pengkajian , diagnosis , rencana , implementasi dan evaluasi.

### **1.5.2 Teknik pengumpulan data**

#### **1. Wawancara**

Data yang diambil / diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

#### **2. Observasi**

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

#### **3. Pemeriksaan**

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium pasien yang dapat menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

### **1.5.3 Sumber Data**

#### **1. Data primer**

Data primer didapatkan berdasarkan dari hasil wawancara serta observasi/pengamatan secara visual atau secara langsung pada pasien

#### **2. Data sekunder**

Data yang dikumpulkan dari orang terdekat pasien (keluarga), seperti orang tua,saudara,atau pihak lain yang mengerti dan dekat dengan pasien.

#### **1.5.4 Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber , jurnal – jurnal penelitian ,media massa, internet yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

#### **1.6 Sistematika penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

**1.6.1** Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, moto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

**1.6.2** Bagian inti terdiri dari lima bab yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan , berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah ,tujuan , manfaat penelitian dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan psien dengan diagnosis hipoglikemia, beserta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan yang berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

BAB 5 : Penutup, berisi kesimpulan dari bab 1 sampai dengan bab 4 serta saran

### **1.6.3** Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab 2 ini diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah tentang hipoglikemia. Konsep penyakit akan diuraikan mulai dari konsep Penyakit Hipoglikemia yang terdiri dari pengertian hipoglikemia, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan dengan melakukan asuhan keperawatan pada penyakit hipoglikemia yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

#### **2.1 Konsep Penyakit Hipoglikemia**

##### **2.1.1 Pengertian Hipoglikemia**

Hipoglikemia merupakan salah satu komplikasi akut yang dialami oleh penderita diabetes mellitus. Hipoglikemia juga disebut sebagai penurunan kadar gula darah yang sudah ada, suatu kondisi dimana kadar glukosa berada di bawah normal, yang dapat terjadi karena ketidakseimbangan antara yang dimakan, aktivitas fisik dan obat yang digunakan.

Type hipoglikemi digolongkan menjadi beberapa jenis yakni:

1. Sekunder (*Scondary*) : sebagai suatu tanggapan menekankan dari neonatus sebagai akibat terjadi peningkatan metabolisme yang memerlukan banyak cadangan glikogen.
2. Berulang (*Recurrent*) : disebabkan oleh adanya kerusakan



### 2.1.2 Etiologi

Hipoglikemia bisa disebabkan oleh :

1. Pelepasan insulin yang berlebih oleh pancreas
2. Dosis pada suntikan insulin dan obat lain yang terlalu tinggi, bila diberikan kepada pasien menurunkan kadar gula darahnya
3. jarak ke kelenjar hipofisa atau kelenjar adrenal
4. Pada saat menyimpan karbohidrat atau pembentukan glukosa di hati.

Mengenai penyebab Hipoglikemia yaitu :

- a. Takaran dosis suntikan insulin terlalu banyak.

Saat memasukkan obat insulin, wajib memahami takaran dosis yang akan diinjeksi sinkron syarat gula darah saat ini. terkadang pasien tidak mampu menyatukan kadar gula darahnya sebelum disuntik, sebagai akibat takaran suntikkan tidak sesuai dengan kadar gula darah waktu itu. Jika memakai insulin injeksi, pasien wajib memonitor atau memeriksa gula darahnya sendiri.

- b. Lupa makan atau makan terlalu sedikit.

Penderita DM berusaha untuk mengkonsumsi insulin dengan maksimal 2 kalisehari dan minum obat sebelum makan. Insulin dalam harus seimbang dengan makanan yang diterima. Jika makanan yang dikonsumsi tidak seimbangan maka terjadi hipoglikemia.

c. Aktifitas terlalu berat.

Aktivitas olahraga yang terlalu berat memiliki efek seperti insulin. Saat berolahraga, ia melepaskan banyak glukosa darah sehingga kadar glukosa dalam darah akan menurun. Oleh karena itu olahraga adalah cara yang baik untuk menurunkan kadar glukosa darah tanpa menggunakan insulin.

d. Minum alkohol tanpa disertai makan.

Alkohol dapat menyebabkan kesulitan pada saat glukosa yang dikeluarkan berasal dari hati menyebabkan kadar darah menurun.

e. Memakai insulin tipe yang salah pada malam hari.

Dalam pengobatan diabetes secara intensif pasien harus minum obat diabetes di malam hari, terutama yang bekerja lambat. Jika pasien salah minum obat, misalnya pasien minum insulin kerja cepat di malam hari, saat bangun pagi anda mengalami hipoglikemia.

f. Penebalan di tempat injeksi diterapkan.

Bagi mereka yang menggunakan injeksi insulin yang disesuaikan dengan lokasi setiap beberapa hari. Menyuntikan obat dalam waktu lama di lokasi yang sama akan menyebabkan penebalan jaringan. Penebalan ini akan menyebabkan penyerapan insulin menjadi lambat.

g. Kesalahan dalam pemberian obat dan makanan.

Usahakan untuk minum setiap obat insulin sesuai waktu yang dianjurkan. Anda harus memahami dan mempelajari dengan baik kapan obat harus diinjeksi atau diminum agar kadar glukosa darah

seimbang.

h. Penyakit yang menyebabkan gangguan penyerapan glukosa.

Beberapa penyakit seperti celiac dapat mengurangi penyerapan glukosa oleh usus. Hal ini disebabkan insulin berada di aliran darah sebelum glukosa. Insulin yang tidak beredar ini akan menyebabkan kadar glukosa darah menurun sebelum glukosa yang baru menggantikannya.

i. Gangguan hormon.

Penderita diabetes terkadang mengalami gangguan pada hormon glukagon. Hormon ini berguna untuk meningkatkan kadar gula darah. Tanpa hormon, pengendalian kadar gula darah akan terganggu.

j. Pemakaian aspirin dosis tinggi.

Aspirin menurunkan kadar gula darah bila dikonsumsi lebih dari 80 mg.

k. Riwayat hipoglikemia sebelumnya.

Hipoglikemia sebelum terjadi mempunyai efek yang masih terasa untuk beberapa waktu bahkan jika Anda merasa lebih baik sekarang, itu tidak menjamin bahwa Anda tidak akan mengalami hipoglikemia lagi.

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

Menurut Nugroho (2015) tanda dan gejala hipoglikemia terdiri dari dua fase, yaitu fase pertama gejala yang muncul. Yaitu aktivitas pusat otonom di hipotalamus sehingga hormon epinefrin dilepaskan. Gejalanya berupa jantung berdebar-debar, berkeringat banyak, gemetar, takut, lapar dan mual (glukosa turun 50 mg%). Fase kedua dari gejala yang terjadi akibat timbulnya gangguan fungsi otak, gejalanya adalah pusing, penglihatan kabur, ketajaman mental menurun, hilangnya kemampuan motorik halus halus, kesadaran menurun, kejang-kejang dan koma (glukosa darah 20mg%).

Manifestasi yang muncul berdasarkan teori yang ada antara lain kebingungan, kantuk, kesulitan berbicara, inkoordinasi, perilaku menyimpang (tidak wajar), gangguan penglihatan, dan parestesia. Keadaan ini dapat berkembang menjadi hipoglikemia berat yang ditandai dengan gangguan kesadaran, koma bahkan kematian (Cryer, 2010; Cryer et al, 2003)

### **2.1.4 Tanda Dan Gejala**

Tanda dan gejala dari hipoglikemi terdiri dari dua fase antara lain:

Gejala hipoglikemia dikategorikan ke dalam neuroglikopenia, yaitu gejala yang berhubungan langsung dengan otak ketika terjadi kekurangan glukosa darah. Otak sangat bergantung pada glukosa darah yang terus menerus untuk mendorong metabolisme dan dukungan kognitif. Jika kadar glukosa darah menurun maka disfungsi kognitif tidak bisa dihindari. Gejala hipoglikemia yang kedua, bersifat autonom, yaitu gejala yang terjadi akibat dari aktivasi sistem simpato-adrenal yang mengakibatkan perubahan persepsi fisiologi.

Menurut PERKENI

Adapun gejala- gejala hipoglikemia antara lain :

**Tabel 2.1 Gejala – Gejala Hipoglikemia**

Adrenergik	Neuroglukopenia
Pucat	Bingung
Keringat dingin	Bicara tidak jelas
Takikardi	Perubahan sikap perilaku
Gemetar	Lemah
Lapar	Disorientasi
Cemas	Penurunan kesadaran
Gelisah	Kejang

Sumber : Rusdi, M. S. (2020). Hipoglikemia Pada Pasien Diabetes Melitus. *Journal Syifa Sciences and Clinical Research (JSSCR)*, 2(2), 83-90.

### **2.1.5 Patofisiologi**

Ada berbagai macam penyebab diabetes mellitus menurut Price, (2012) dan Kowalak (2011) yang menyebabkan defisiensi insulin, kemudian menyebabkan glikogen meningkat, sehingga terjadi proses pemecahan gula baru (glukoneogenesis) dan menyebabkan peningkatan metabolisme lemak. Kemudian akan terjadi proses pembentukan keton (ketogenesis). Peningkatan keton dalam plasma akan mengakibatkan ketonuria (keton dalam urin) dan kadar natrium akan menurun serta pH serum menurun dan terjadi asidosis.

Glukosuria juga menyebabkan keseimbangan kalori negatif, yang menyebabkan rasa lapar yang tinggi (polifagia). Penurunan penggunaan glukosa oleh sel akan mengakibatkan penurunan produksi metabolisme energi

sehinggatubuh menjadi lemah (Price et al, 2012).

Gangguan pada pembuluh darah mengakibatkan penurunan aliran darah ke retina yang mengakibatkan penurunan suplai nutrisi dan oksigen yang menyebabkan penglihatan kabur. Akibat utama dari perubahan mikrovaskuler adalah perubahan pada struktur dan fungsi ginjal yang menyebabkan neuropati yang mempengaruhi pada saraf perifer., sistem saraf otonom serta sistem saraf pusat (Price et al, 2012).

Pada hipoglikemia berat, fungsi susunan saraf pusat sangat terganggu, sehingga pasien membutuhkan bantuan orang lain untuk mengatasi hipoglikemia yang dideritanya.

#### **2.1.6 Diagnosis Pembeding**

Dalam pengelolaan hipoglikemia, perbedaan penaksiran diarahkan pada penyebab hipoglikemia. Jika pasien tidak memiliki riwayat hipoglikemia sebelumnya yang terkait dengan hipoglikemia, perbedaannya diagnosis mungkin termasuk hipoglikemia insidental, hipoglikemia terselubung, maupun hipoglikemia karena hiperinsulinisme eksogen.

##### **1. Hipoglikemia Insidental**

Hipoglikemia insidental biasanya hasil dari perubahan yang tidak diketahui sebelumnya (contoh: penggantian sulfonilurea menjadi obat diabetes oral golongan lain) atau kesalahan dalam dosis insulin.

## 2. Hipoglikemia Disamarkan

Hipoglikemia yang disamarkan artinya hipoglikemia yang sengaja dirahasiakan oleh pasien dari tenaga medis. Hal ini biasanya terjadi pada individu yang memiliki pemahaman yang sangat lancar tentang penggunaan obat penurun kadar glukosa darah.

## 3. Hiperinsulinemia Eksogen

Hiperinsulinisme eksogen biasanya terjadi pada pasien yang menerima insulin atau sekretagog insulin tanpa adanya riwayat diabetes.

## 4. Penyakit Lain yang Mendasari

Di sisi lain, pada individu dengan penyakit seperti diabetes mellitus, gagal ginjal, gagal jantung, maupun defisiensi hormon, diagnosis banding penyebab hipoglikemia biasanya lebih sulit diidentifikasi. Hal ini dikarenakan kemungkinan adanya keterkaitan antara satu penyakit dengan entitas penyakit lainnya yang membuat identifikasi penyebab kompleks hipoglikemia. Misalnya, agak sulit membedakan penyebab hipoglikemia pada pasien diabetes mellitus tipe 2 (T2DM) dengan penyakit seperti gagal ginjal kronis yang menerima terapi insulin.

### **2.1.7 Komplikasi**

Komplikasi perubahan tingkat kesadaran selalu dapat menyebabkan gangguan pernapasan, selain itu hipoglikemia juga dapat menyebabkan kerusakan otak akut, hipoglikemia berat yang berkepanjangan bahkan dapat menyebabkan gangguan neuropsikologi sedang sampai berat karena

efek hipoglikemia berkaitan dengan sistem saraf pusat yang biasanya ditandai dengan Perilaku dan pola bicara yang tidak normal (Jevon, 2010) dan menurut Kedia (2011) hipoglikemia yang berkepanjangan dapat menyebabkan kerusakan otak yang permanen, hipoglikemia juga dapat menyebabkan koma hingga kematian..

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

1. Gula darah puasa

Diperiksa untuk mengetahui kadar gula darah puasa (sebelum pemberian 75 gram) dan nilai normal antara 70- 110 mg/dl.

2. Gula darah 2 jam post prandial

Diperiksa 2 jam setelah diberi glukosa dengan nilai normal < 140 mg/dl/2 jam

3. HBA1c

Pemeriksaan menggunakan bahan darah untuk mendapatkan kadar gula darah yang sebenarnya karena pasien tidak dapat mengontrol hasil pemeriksaan dalam 2- 3 bulan. HBA1c menunjukkan kadar hemoglobin terglisosilasi yang pada orang normal berkisar 4- 6%. Semakin tinggi akan menunjukkan bahwa orang tersebut menderita DM dan beresiko mengalami komplikasi.

4. Elektrolit, terjadi peningkatan kreatinin jika fungsi ginjal sudah terganggu.

5. Leukosit, meningkat jika ada terjadi infeksi.



### **2.1.9 Pencegahan**

Pencegahan Hipoglikemia menurut Smeltzer at al, (2013) yaitu :

1. Lakukan pemeriksaan glukosa darah secara teratur untuk mengontrol kadar guladarah dalam batas normal.
2. Mengatur pola makan dengan memenuhi kebutuhan makan dan tidakmelewatkan waktu makan.
3. Mengurangi jumlah karbohidrat yang dimakan,
4. Minum obat sesuai dosis dan waktu.
5. Edukasi pasien dan keluarga tanda dan gejala hipoglikemia.
6. Memberikan dukungan psikologis kepada pasien berikan untuk pasien percaya diri

### **2.1.10 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada pasien diabetes menurut Perkeni (2015) yaitu terapi farmakologis :

1. Terapi Farmakologi

Pemberian terapi farmakologi harus diikuti dengan pola makan dan pola hidupsehat. Terapi farmakologi terdiri dari obat oral dan obar suntik, yaitu :

- a. Obat antihiperglikemia oral

Menurut perkeni, (2015) berdasarkan cara kerjanya obat ini

dibedakan menjadi beberapa golongan, antara lain :

1) Pemacu sekresi insulin : Sulfonilurea dan Glinid

Efek utama obat sulfonilurea adalah merangsang sekresi insulin oleh sel betapancreas. Tindakan obat glinid sama dengan cara kerja obat sulfonilurea, dengan penekanan pada peningkatan fase pertama sekresi insulin.

2) Penurunan sensitivitas terhadap insulin: Metformin dan Tiazolidindion(TZD)

Efek utama metformin adalah menurunkan produksi glukosa hati dan meningkatkan glukosa perifer. Sementara itu, efek Tiazolidindion adalah menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkat glukosa, sehingga meningkatkan glukosa di perifer.

3) Penghambat absorpsi glukosa : penghambat glukosidase alfa

Fungsi obat ini bekerja dengan memperlambat penyerapan glukosa di usus halus, sehingga memiliki efek menurunkan kadar gula darah dalam tubuh setelah makan.

4) Penghambat DPP – IV (Dipeptidyl Peptidase – IV)

Penghambat DPP-IV berfungsi menghambat kerja enzim DPP-IV sehingga GLP-1 (Glucos Like Peptide-1) tetap dalam konsentrasi tinggi dalam bentuk aktif. Aktivitas GLP-1 untuk meningkatkan

sekresi insulin dan menekan sekresi glukagon sesuai kadar glukosa darah (glucose dependent).

**b. Kombinasi obat oral dan suntikan insulin**

Kombinasi obat dan insulin yang banyak digunakan adalah kombinasi dari obat oral dan insulin basal (insulin kerja menengah atau insulin kerja panjang), yang diberikan pada malam hari sebelum tidur. Terapi semacam itu biasanya dapat mengontrol kadar glukosa darah dengan baik jika dosis insulin kecil atau cukup.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Hipoglikemia**

Proses keperawatan adalah sebagai suatu metode pembeda pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan rasional. Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik dari individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial.

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan merupakan Langkah pertama, dari proses keperawatan pengkajian dilakukan dengan kegiatan pengumpulan data yang akurat dari pasien (Hidayat, 2021). Pengumpulan data dilakukan untuk mengetahui status Kesehatan pasien dan mengidentifikasi masalah Kesehatan risiko, actual maupun potensial. Pengkajian juga merupakan kumpulan informasi subjektif dan objektif pasien yang menjadi dasar keperawatan (Siregar, 2021)

#### **1. Keluhan Utama**

Keluhan utama adalah keluhan atau gejala saat awal dilakukan pengkajian yang menyebabkan pasien berobat (Hidayat, 2021). Pasien hipoglikemia yang mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah akan mengeluhkan terjadinya penurunan kesadaran akibat suplai glukosa ke otak tidak maksimal (Mansyur, 2018). Selain itu pasien biasanya menunjukkan tanda dan gejala seperti mengantuk, pusing, gangguan koordinasi, palpitasi, mengeluh lapar, gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit bicara, berkeringat.

## 2. Pengkajian Primer

Pengkajian primer kegawatandarurat pada umumnya menggunakan pendekatan A-B-C (*Airway*, *Breathing* dan *Cirulation*) (Harmono, 2016).

### a) Airway

Mengecek jalan napas dengan tujuan menjaga jalan napas disertai control servikal jika dicurigai adanya fraktur servical atau basis cranii. Ukur frekuensi napas pasien dan dengarkan jika ada napas tambahan. Kaji adanya sumbatan jalan napas, karena adanya penurunan kesadaran /koma sebagai akibat daei gangguan transport oksigen ke otak (Harmono, 2016)

### b) Breathing

Mengecek pernafasan dengan tujuan mengelola pernafasan agar oksigenasi adekuat. Jika pasien merasa sesak segera berikan terapi oksigen sesuai indikasi. Gambaran klinik yang penting diperhatikan pada pasien hipoglikemia adalah sesak napas (*tachypnea*, *hyperpnea*) dan asidosis metabolik (Mansyur, 2018).

### c) Circulation

Kaji adanya kesemutan dibagian ekstremitas, keringat dingin, hipotermi, nadi lemah, tekanan darah menurun. Pasien dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat hipoglikemia akan mengalami perubahan hemodinamik melalui peningkatan denyut jantung, dan tekanan darah sistolik di perifer. Konsekwensi dari perubahan hemodinamik tersebut adalah peningkatan beban kerja jantung yang dapat memicu terjadinya serangan iskemia dan gangguan perfusi jantung. Perubahan fungsional

lainnya pada kondisi hipoglikemia adalah aktivasi sistem saraf otonom yang ditandai oleh pengeluaran keringat yang berlebihan, tremor dan gemetar, penurunan suhu tubuh, takikardia, fibrilasi bahkan kematian mendadak (Mansyur, 2018)

#### d) Disability

Kaji status umum dan neurologi dengan memeriksa atau cek GCS dan cek reflek pupil. Pasien dengan diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah akibat hipoglikemia biasanya mengalami kelemahan otot, tampak lemas, pusing, sakit kepala, perubahan perilaku, kebingungan, penurunan fungsi kognitif, kejang - kejang sampai penurunan kesadaran dan koma (Mansyur, 2018).

#### e) Exposure

Kaji adanya trauma pada seluruh tubuh pasien. Kaji tanda vital pasien.

### 3. Pengkajian sekunder

Meliputi anamnesa terkait riwayat penyakit pasien, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang (Harmono, 2016)

#### 1) Riwayat penyakit

##### a) Riwayat penyakit terdahulu

Adanya riwayat penyakit DM, adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, atherosclerosis, dan gejala-gejala awal diabetes seperti poliuria, polidipsi, polifagia, kulit kering dan penurunan berat badan (Brunner & Suddart, 2015).

b) Riwayat penyakit sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya rasa kesemutan, kapan menurunnya perabaan dan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka, serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

c) Riwayat penyakit keluarga

Dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat meningkatkan risiko terjadinya DM . (Hidayat, 2021)

d) Riwayat Psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita. (stress, anxientas, depresi, peka rangsangan, tergantung pada orang lain) (Bachrudin dan Najib, 2016)

e) Riwayat Spiritual

Perlu dikaji tentang keyakinan dan persepsi klien terhadap penyakit dan kesembuhannya dihubungkan dengan agama yang klien anut. Bagaimana aktifitas spiritual klien selama klien menjalani perawatan di rumah sakit dan siapa yang menjadi pendorong atau pemberi motivasi untuk kesembuhannya

f) Pemeriksaan Fisik

1) Status Kesehatan Umum

Meliputi keadaan pasien, kesadaran, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital.

## 2) Kepala dan Leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adanya gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, adanya penglihatan kabur atau ganda, diplopia dan lensa mata keruh.

## 3) Sistem Integumen

Adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembapan dan suhu kulit di daerah sekitar luka, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

## 4) Sistem Pernafasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum dan nyeri dada.

## 5) Sistem Kardiovaskuler

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

## 6) Sistem Gastrointestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi dan perubahan berat badan.

## 7) Sistem Urinary Poliuri

Retensi urin atau inkontinensia urin.

## 8) Sistem Muskuloskeletal

Adanya deformitas, cepat lelah, lemah serta adanya ganggren di ekstremitas.



## 9) Sistem Neurologis

Terjadinya penurunan sensoris, parathesia, anasthesia, letargi, mengantuk, refleks lambat dan disorientasi.

g) Pada Pemeriksaan Fisik B1-B6 Hipoglikemia :

### 1) B1 (*Breathing*)

Pada sistem pernafasan, ditemukan kesimetrisan rongga dada normal, pasien tidak sesak nafas , tidak ada penggunaan otot bantu nafas, taktil fremitus teraba di semua lapang paru, suara nafas vesikuler, irama nafas reguler, dan pola nafas eupnea.

### 2) B2 (Blood)

Pada pasien hipoglikemi ictus cordis teraba tinggi garis tengah calvivaline sinistra ics 4-5, tidak ada nyeri dada pasien, irama jantung pasien reguler, crt <2 detik, tidak ada odema, akral pasien terasa hangat, tidak teraba hepatomegaliperbesaran, dan tidak ada pendarahan.

### 3) B3 (Brain)

Biasanya pasien dengan hipoglikemia terjadi penurunan kesadaran seperti koma, agresif, emosi labil, penglihatan kabur/ganda, paratensia bibir.

### 4) B4 (Bladder)

Pada penyakit hipoglikemi sistem perkemihan pasien mengeluarkan urine sebanyak 5x/hari dengan warna kuning tidak terdapat nyeri tekan dan menggunakan mengeluarkan urine dengan alat bantu pispot.

### 5) B5 (BOWEL)

Pada pasien dengan hipoglikemia terdapat nausea dan vomiting, tidak terdapat distensi abdomen, hepar tidak teraba perbesaran, tidak terdapat nyeri

abdomen.

6) B6 (BONE)

Pada pasien hipoglikemi ROM pada pasien bebas, biasanya pasien tampak lemah dan mudah lelah, CRT <2 detik.

4. Analisa data

Dari hasil pengkajian, kemudian data-data tersebut dikelompokkan dan dianalisis sehingga dapat ditarik kesimpulan tentang permasalahan yang muncul untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosis keperawatan.

### **2.2.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan yang muncul pada pasien Hipoglikemia menurut (Wilkinson, 2016; Taylor & Ralph, 2010) adalah sebagai berikut :

1. Gangguan Integritas Jaringan b.d Perurunan mobilisasi *SDKI D.0126 Hal 282*
2. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis *SDKI D.0077 Hal 172*
3. Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan *SDKI D.0109 Hal 240*
4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Efek Agen Farmakologis *SDKI D.0027 Hal 71*

### 2.2.3 Perencanaan

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan, maka intervensi perlu ditetapkan. Tahap ini disebut perencanaan keperawatan yang meliputi prioritas, Diagnosis keperawatan , menetapkan sasaran dan tujuan, menetapkan kriteria hasil dan intervensi menurut (Tim pokja, SIKI edisi 1 2019)

#### 1. Diagnosa Keperawatan 1 :

Gangguan Integritas Jaringan b.d Perubahan mobilisasi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan Nekrosis Menurun

Kriteria Hasil :

- a) Perfusi Jaringan meningkat
- b) Kerusakan Jaringan pada pasien Menurun
- c) Kerusakan lapisan kulit pada pasien menurun
- d) Suhu kulit pada pasien cukup membaik
- e) Perdarahan pada pasien cukup menurun

Intervensi :

- a) Memonitor karakteristik luka
- b) Memonitor tanda tanda infeksi
- c) Membersihkan jaringan nekrotik
- d) Mempertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka
- e) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi

## 2. Diagnosa Keperawatan 2

Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Tingkat Nyeri Menurun

Kriteria hasil :

- a) Meringis pada pasien menurun
- b) Gelisah pada pasien menurun
- c) Diaforesis pada pasien menurun
- d) Anoreksia pada pasien menurun
- e) Ketegangan otot menurun

Intervensi :

- a) Mengidentifikasi lokasi nyeri
- b) Mengidentifikasi skala nyeri pada pasien
- c) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- d) Memberikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- e) Memberikan fasilitas istirahat dan tidur pasien

## 3. Diagnosa Keperawatan 3

Defisit Perawatan Diri b.d Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat menjaga kebersihan diri dengan mandiri meningkat

Kriteria Hasil :

- a) Kemampuan mandi pada pasien meningkat
- b) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- c) Mempertahankan kebersihan diri pada pasien meningkat

- d) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
- e) Minat melakukan perawatan diri pada pasien meningkat

Intervensi :

- a) Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri
- b) Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- c) Memonitor tingkat kemandirian
- d) Menyediakan lingkungan yang terapeutik
- e) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

#### 4. Diagnosa keperawatan 4

Ketidaktstabilan kadar glukosa darah b.d Efek Agen Farmakologis

Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Kadar Glukosa darah Meningkat

Kriteria Hasil :

- a) Kesadaran pada pasien meningkat
- b) Mengantuk pada pasien menurun
- c) Pusing pada pasien menurun
- d) Mulut kering menurun
- e) Berkeringat pada pasien menurun

Intervensi :

- a) Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemi
- b) Memberikan Karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet
- c) Menganjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap hari
- d) Menganjurkan monitor kadar glukosa darah

- e) Mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemi

#### **2.2.4 Pelaksanaan**

Pada tinjauan pustaka menurut Wikinson (2016) dan pada perencanaan tindakan keperawatan pada Tn. W menggunakan kriteria hasil yang mencapai pada pencapaian tujuan. Dalam intervensinya adalah memandirikan pasien dan keluarga dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif) , keterampilan menangani masalah (psikomotor) , dan perubahan tingkah laku (afektif).

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

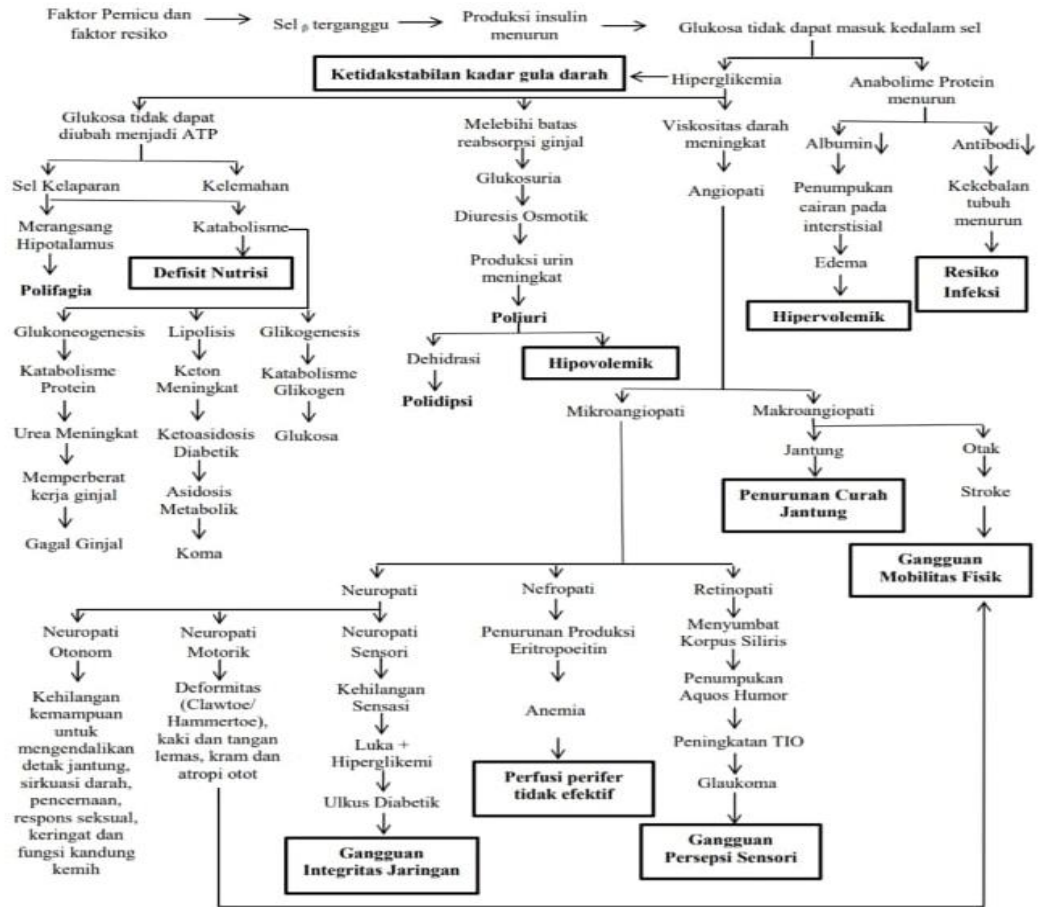
1. Gangguan Integritas Jaringan b.d Perurunan mobilisasi tujuannya yaitu Nekrosis menurun. Intervensi keperawatan antara lain yaitu : Memonitor karakteristik luka , Memonitor tanda-tanda infeksi , Membersihkan jaringan nekrotik , Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka , Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.
2. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis. Tujuannya yaitu Tingkat nyeri menurun. Intervensi yaitu : Mengidentifikasi lokasi nyeri, Mengidentifikasi skala nyeri, Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, Memberikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, Memberikan fasilitas istirahat dan tidur pasien.

3. Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan. Tujuannya yaitu Kebersihan diri pada pasien meningkat. Intervensi yaitu : Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri, Mendampingi dalam melakukan perawatan diri, Memonitor tingkat kemandiriannya, Menyediakan lingkungan yang terapeutik, Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Efek Agen Farmakologis. Tujuannya yaitu Kadar glukosa darah meningkat. Intervensi yaitu : Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, Memberikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet, Mengajarkannya membawa karbohidrat setiap hari, Mengajarkan monitor kadar glukosa darah, Mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemi

### **2.2.5 Evaluasi**

Dilakukan pengkajian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpedoman pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah rencana tercapai atau tidak, masalah baru juga dapat muncul. Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka Nekrotik menurun, Keluhan nyeri menurun, Menjaga kebersihan diri dengan mandiri meningkat, Kadar glukosa darah meningkat.

## 2.3 Kerangka Masalah



Sumber : (Anggi, 2017), (Brunner & Suddart, 2015) dan (Rohmawardani,2018)

**Gambar 2.1 Kerangka Masalah Hipoglikemia**



## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hipoglikemia, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari sampai 22 Januari 2022 dengandata pengkajian pada tanggal 18 Januari 2022 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari wawancara dengan pasien , keluarga pasien dan file No Register 5X-XX-XX sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang laki-laki Bernama Tn "W" usia 68 tahun, beragama islam, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia dan Jawa. Pasien adalah seorang suami dari Ny "A" berusia 60 tahun. Pasien bertempat tinggal di Surabaya, Pendidikan terakhir pasien SD , Pekerjaan pasien sebagai karyawan swasta , Penanggung jawab BPJS. Pasien dikaruniai 9 orang anak, pasien dan istri tinggal serumah dengan 4 anaknya.

##### **3.1.2 Keluhan utama**

Pasien mengatakan pusing saat dilakukan pengkajian

##### **3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mengkonsumsi obat diabetes metformin tetapi memiliki pola makan yang tidak baik seperti makan terlalu sedikit tetapi memiliki banyak aktifitas berlebihan lalu pasien datang

ke Rumah

Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya di bawah oleh keluarga pada tanggal 16/01/2022 pukul 04.30 dengan kondisi tidak sadar dan langsung menuju IGD, lalu langsung dilakukan tindakan medis pemberian O<sub>2</sub> nasal 3LPM dengan hasil TTV meliputi sebagai berikut TD: 120/76 mmHg, N: 132x/mnt, S: 36,5°C, RR: 30x/mnt, spO<sub>2</sub>: 90%, dengan hasil GCS E: 4 V: 4 M: 1 total 9 lalu diberikan terapi ranitidine (inj), GDA 25mg/dL, d40 25ml dan infus d10 17 tpm oleh dokter jaga, setelah dilakukan tindakan kondisi pasien membaik dan sadar, lalu pasien dipindah ke ruang B2 pada tanggal 16/01/2022 pukul 10.00, dan masih mengeluh badan lemas dan pusing dan saat diruangan dilakukan tindakan berupa TTV meliputi sebagai berikut TD: 126/78 mmHg, N: 80x/mnt, S: 36,4°C, RR: 20x/mnt, spO<sub>2</sub>: 94%, dengan hasil GCS E: 4 V: 5 M: 6 total 15 lalu diberikan terapi injeksi iv ranitidine 2x1mg, obat oral asam folat 2x1mg, infus NaCl 0,9% 14 tpm cek GDA 70mg/dL oleh dokter diruangan.

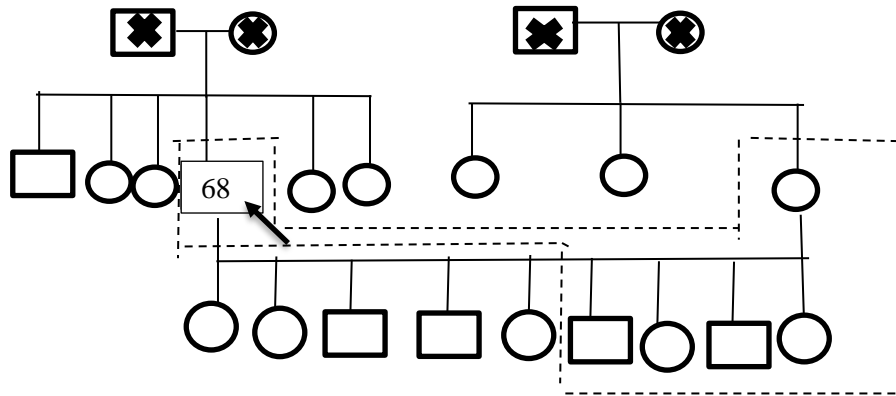
#### **3.1.4 Riwayat Penyakit dahulu**

Pasien mengatakan memiliki riwayat diabetes mellitus (terkontrol) sejak 3 tahun mengonsumsi obat Metformin, asam urat (terkontrol) mengonsumsi obat allopurinol, operasi batu empedu 2018 di Rumah sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

#### **3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien mengatakan ayah pasien pernah menderita diabetes mellitus dan hipertensi, untuk ibu pasien tidak memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus dan hipertensi

### 3.1.6 Genogram



Keterangan :



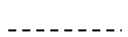
: Laki – Laki



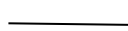
: Perempuan



: Pasien



: Tinggal Serumah



: Garis



: Pasien Meninggal

### 3.1.8 Pengkajian Persistem

Keadaan umum pasien sadar penuh, kesadaran compos mentis observasi tanda-tanda vital Tensi 102/56 mmHg, Nadi 81x/mnt, RR 20x/mnt, suhu 36,5°C, SPO2 95%, GCS E:4 M:5 V:6 total 15. Tinggi badan 160cm, berat badan sebelum masuk Rumah Sakit 55kg, berat badan saat pengkajian 55kg.

#### 1. B1 Sistem Persyarafan (*Breathing*)

Pada sistem pernafasan, ditemukan kesimetrisan rongga dada normal, pasien tidak sesak nafas, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, taktil fremitus terabadi semua lapang paru, suara nafas vesikuler, irama nafas reguler, dan pola nafaseupnea.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ditemukan masalah keperawatan

#### 2. B2 Sistem Kardiovaskuler (*blood*)

Pada pasien hipoglikemi, teraba ictus cordis pada garis mid calvivula kiri sinistra setinggi ICS 4-5, tidak ada nyeri dada pasien, irama jantung pasien reguler, CRT <2 detik, tidak ada odema, akral pasien hangat, hepatomegali tidak membesar, dan tidak terdapat pendarahan.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ditemukan masalah keperawatan

### 3. B3 Sistem Persyarafan (*brain*)

Biasanya pasien dengan hipoglikemia terjadi penurunan kesadaran seperti koma, agresif, emosi labil, pengelihatn kabur/ganda, paratensia bibir.

Nervus Kranial

Nervus Kranial I : Tn. W dapat membedakan aroma

Nervus Kranial II : Tn. W dapat melihat dengan normal

Nervus Kranial III : Tn. W dapat menggerakkan bola mata keatas, kiri, kanan,bawah dengan baik

Nervus Kranial IV : Tn. W dapat menggerakkan bola mata memutar dengan normal

Nervus Kranial V : Kulit kepala Tn. W bersih dan kelopak mata pasien dapat digerakan normal

Nervus Kranial VI : Tn. W dapat menggoyakan bagian mata

Nervus Kranial VII : Tn. W dapat menggerakkan lidah dan tersenyum

Nervus Kranial VIII : Tn. W dapat mendengarkan dengan baik Nervus

Kranial IX : Tn. W dapat merasakan makanan dengan baik

Nervus Kranial X : Tn. W mampu menelan secara pelan

Nervus Kranial XI : Tn. W dapat menggerakkan leher kekanan dan kekiri

Nervus Kranial XII : Tn. W mampu menggerakkan lidah sebelah kiri

**Masalah Keperawatan :** Tidak ditemukan masalah keperawatan

#### 4. B4 Sistem Perkemihan dan Genetalia (*blader*)

Sistem perkemihan pasien mengeluarkan urine sebanyak 5x/hari dengan warna kuning tidak terdapat nyeri tekan dan menggunakan mengeluarkan urinedengan alat bantu pispot.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ditemukan masalah keperawatan

#### 5. B5 Sistem Pencernaan (*bowel*)

Terdapat nausea, kondisi mulut terlihat kering, pasien tidak memiliki gigi palsu, membran mukosa lembab, diit makanan MRS diit rendah purin, nafsu makan pada pasien membaik, porsi makan pasien 3x/hari, frekuensi minum 4x/hari, bentuk abdomen flat, tidak terdapat distensi abdomen, hepar tidak terabaperbesaran, tidak terdapat nyeri abdomen, eliminasi alvi SMRS frekuensi 1x/harikonsistensi lunak warna coklat khas dan eliminasi alvi MRS frekuensi 1x/hari konsistensi lunak warna coklat khas.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ditemukan masalah keperawatan

#### 6. B6 Sistem Muskuloskeletal & Integumen

ROM pada pasien bebas, biasanya pasien tampak lemah dan mudah lelah, CRT <2 detik. Integumen pada pasien terdapat luka dibagian kaki sebelah kanan  
**Masalah Keperawatan :** Intoleranis aktivitas, Gangguan Integritas Jaringan

#### 7. Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran Tyroid, terdapat hipoglikemia dengan hasil 25mg/dL ,dengan diabetes melitus type 2.

**Masalah Keperawatan:** Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

## 8. Seksual Reproduksi

Pasien adalah seorang laki-laki, pasien tidak pernah melakukan pemeriksaantestis sendiri.

**Masalah Keperawatan :** Tidak ditemukan masalah keperawatan

## 9. Kemampuan Perawatan Diri

**Tabel 3.1 Kemampuan perawatan diri Tn. W**

	SMRS	MRS	Sekor :
Mandi	1	3	<b>1 : Mandiri</b> <b>2 : Alat Bantu</b> <b>3. Dibantu orang lain dan alat</b> <b>4 : Tergantung / Tidak mampu</b>
Berpakaian/Dandan	1	3	
Toeileting/eliminasi	1	3	
Mobilitas di tempat	1	3	
Tidur			
Berpindah	1	4	
Berjalan	1	4	
Naik Tangga	1	4	
Berbelanja	1	4	
Memasak	1	4	
Pemeliharaan Rumah	1	4	

**Masalah Keperawatan :** Defisit Keperawatan Diri

## **10. Personal Hygiene**

Sebelum masuk Rumah Sakit : mandi 2x/hari, ganti pakaian : 2x/hari, pasien keramas : 2 hari sekali, oral hygiene : 2x/hari, memotong kuku : 2 minggu sekali. Saat masuk Rumah Sakit : Pasien diseka dibantu oleh istrinya, ganti pakaian 1x/hari, oral hygiene 1x/hari, memotong kuku tidak pernah.

## **11. Istirahat Tidur**

Pola istirahat tidur SMRS, pasien mengatakan saat tidur nyenyak dan merasa waktu istirahat cukup. Pasien mengatakan saat MRS tidak ada masalah, pasien tidur nyenyak seperti biasa.

## **12. Kognitif Perseptual-psiko-sosio-spiritual**

Persepsi pasien terhadap sehat sakit “pasien mengatakan menyadari akan penyakitnya, pasien menerima kondisi sakitnya saat ini dan pasien meminta kesembuhan kepada Allah agar cepat sembuh dan bisa seger pulang”

Konsep diri :

1. Gambaran diri : Pasien menyukai seluruh anggota tubuhnya dan mensyukuri apa yang dimiliki.
2. Ideal diri : Pasien mengatakan berharap agar bisa cepat pulang.
3. Harga diri : Pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas atas penyakitnya.
4. Identitas diri : Pasien merupakan seorang laki-laki
5. Peran : Pasien merupakan seorang ayah, suami dan kepala rumah tangga.



Kemampuan bicara pasien baik dan normal, bahasa yang di gunakan sehari- hari yaitu bahasa Jawa dan bahasa Indonesia, pasien menerima sakitnya sebagai ujian atau cobaan dari tuhan, pasien tidak ansietas, aktivitas sehari-hari bekerja, menonton tv, bersih-bersih rumah, kegiatan rekreasi pasien hanya menonton tv di rumah bersama keluarga, kegiatan olahraga pasien mengatakan berolahraga di lingkungan tempat tinggal pasien hanya berjalan-jalan di sawah, sistem pendukung pasien adalah keluarganya, hubungan pasien denga orang lain baik, kegiatan ibadahpasien selama masuk Rumah Sakit pasien tetap melaksanakan sholat 5 waktu.

### 3.1.9 Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 3.2** Hasil pemeriksaan labolatorium darah lengkap Tn.W

Tanggal Pemeriksaan : 16 Januari 2022

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
<b>Leukosit</b>	<b>H 16.83</b>	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 – 10.00
Hitung Jenis Leukosit			
• Eosinofil#	0.05	$10^3/\mu\text{L}$	0.02 – 0.50
• Eosinofil%	<b>L 0.20</b>	%	0.5 – 5.0
• Basofil#	0.03	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 – 0.10
• Basofil%	0.2	%	0.0 – 1.0
• Nueutrofil#	<b>H 14.62</b>	$10^3/\mu\text{L}$	2.00 – 7.00
• Neutrofil%	<b>H 86.90</b>	%	50.0 – 70.0
• Limfosit#	1.37	$10^3/\mu\text{L}$	0.80 – 4.00
• Lomfosit%	<b>L 8.20</b>	%	20.0 – 40.0

• Monosit#	0.76	10 <sup>3</sup> /μL	0.12 – 1.20
• Monosit%	4.50	%	3.0 – 12.0
<b>Hemoglobin</b>	<b>L 9.30</b>	g/dL	13 – 17
Hematokrit	<b>L 26.60</b>	%	40.0 – 54.0
<b>Eritrosit</b>	<b>L 3.05</b>	10 <sup>3</sup> /μL	4.00 – 5.50
<b>Indeks Eritrosit :</b>			
• MCV	87.0	fL	69 – 93
• MCH	30.5	Pg	26 – 34
• MCHC	35.1	g/dL	32 – 36
RDW_CV	<b>H 23.6</b>	%	11.0 – 16.0
RDW_SD	<b>H 83.6</b>	fL	35.0 – 56.0
<b>Trombosit</b>	265.000	10 <sup>3</sup> /μL	150 – 450
<b>Indeks Trombosit :</b>			
• MPV	6.7	fL	6.5 – 12.0
• PDW	15.3	%	15 – 17
• PCT	<b>L 0.178</b>	10 <sup>3</sup> /μL	1.08 – 2.82
P-LCC	<b>L 21.0</b>	10 <sup>3</sup> /μL	30 – 90
P-LCR	<b>L 8.0</b>	%	11.0 – 45.0
<b>KIMIA KLINIK</b>			
CRP Kuantitatif	<b>H 12.21</b>	mg/dL	< 10
<b><i>FUNGSI HATI</i></b>			
SGOT	25	U/L	0-50
SGPT	18	U/L	0-50
Albumin	<b>L 3.49</b>	Mg/dL	3,50 – 5,20
<b><i>DIABETES</i></b>			
Glukosa Darah Sewaktu	<b>LL. 25</b>	Mg/dL	74 – 106

**Tabel 3.3** Hasil Cek Kultur pada Tn. W

Pada tanggal : 21 Januari 2022

<b>SUSCEPTIBILITY</b>	<b>ISOLATE</b>
Benzylypenicillin	<b>R</b>
Ciprofloxacin	S
Clindamycin	S
Erythromycin	S
Gentamicin	I
Levofloxacin	S
Linezolid	S
Moxifloxacin	S
Nitrofluraton	S
Oxacillin	R
Quinupristin-Dalfopristin	S
Tigecycline	S
Trimethoprim-Sulfamethoxazole	S
Vancomycin	S
Cefoxitin Screen	+
Inducible Clindamycin Resistance	-
Rimfapicin	S

**Foto Luka pada Tn.W pada tanggal 17 Januari 2022**

**Gambar 3.1 Luka pada pasien Tn.W**



### **1. Penatalaksanaan**

**Tabel 3.4** Terapi obat Tn.W

pada tanggal : 18 Januari 2022

<b>No</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Rute</b>	<b>Indikasi</b>
1	Cinam Sanbe Injeksi	4x1.5 gram	IV	Untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri
2	Ranitidin 100mg inj	2x1	IV	Untuk tukak lambung , kondisi lain dimana pengurangan asam lambung akan bermanfaat
3	Ranitidin inj (quantum) 150mg	1	IV	Untuk pengobatan tukak lambung , kondisi lain dimana pengurangan asam lambung akan bermanfaat

4	Ns 500ml	imm	IV	Untuk Mengganti cairan elektrolit
5	Folley Cath 16	1	null	Untuk membantu mengalirkan urin
6	UROBAG	1	null	Kantong urin

### 3.2 Diagnosis Keperawatan





#### 3.2.1 Analisis Data

**Tabel 3.5** Analisis data Tn. W dengan diagnosis medis Hipoglikemia

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1	Ds : Pasien mengatakan lemas Do : Terdapat luka pada punggung kaki bagian kanan , adanya rembesan cairan dipenutup kasa. Terdapat pus pada bagian luka. Ukuran luka 4cm x 4cm. Dan terdapat jaringan nekrotik	Penurunan mobilisasi	Gangguan Integritas Jaringan <i>SDKI D.0129 Hal 282</i>
2	Ds :Pasien mengatakan nyeri pada kaki sebelah kanan Do : Terdapat luka pada punggung kaki bagian kanan , adanya rembesan cairan dipenutup kasa. Terdapat pus pada bagian luka. Adanya edema kaki sebelah kanan dan skala nyeri pada pasien 5	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut <i>SDKI D.0109 Hal 172</i>
3	Ds :Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak bisa merawat diri sendiri ketika dirumah sakit Do :Pasien mandi di bantu orang lain , Toileting / berdandan dibantu orang lain , Mobilitas di tempat tidur di bantu orang lain	Kelemahan	Defisit Perawatan Diri <i>SDKI D.0109 Hal 240</i>
4	Ds : Pasien mengatakan lemas Do : Pasien tampak lemah GDA:25mg/dL	Efek Agen Farmakologis	Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah <i>SDKI D.0077 Hal 172</i>

### 3.2.2 Prioritas Masalah

**Tabel 3.6** Prioritas Masalah Tn. W dengan diagnosis medis Hipoglikemia

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		ditemukan	teratasi	
1	Gangguan Integritas Jaringan b.d Penurunan Mobilisasi	16 Januari 2022		
2	Nyeri Akut b.d Pencedera Fisiologis	16 Januari 2022		
3	Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan	16 Januari 2022		
4	Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah b.d Agen Farmakologis	16 Januari 2022		

### 3.2.3 Rencana Tindakan Keperawatan

**Tabel 3.7** Intervensi Keperawatan Tn. W dengan diagnosis medis Hipoglikemia

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Penurunan Mobilisasi	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam. Maka Nekrosis Menurun, dengan kriteria hasil : 1. Perfusi Jaringan meningkat 2. Kerusakan Jaringan pada pasien Menurun 3. Kerusakan lapisan kulit pada pasien menurun 4. Suhu kulit pada pasien cukup membaik 5. Perdarahan pada pasien cukup menurun	1. Memonitor karakteristik luka 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Membersihkan jaringan nekrotik 4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.	1. Agar dapat mengetahui warna, ukuran dan bau luka 2. Untuk mengetahui perkembangan dari luka 3. untuk membantu penyembuhan luka dan mengurangi nyeri 4. untuk mempercepat penyembuhan luka 5. agar pasien dapat mengetahui kemungkinan penyakit dan kemajuan pemulihan



2	Nyeri Akut b.d Pencedera Fisiologis	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam. Maka Tingkat Nyeri Menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meringis pada pasien menurun</li> <li>2. Gelisah pada pasien menurun</li> <li>3. Diaforesis pada pasien menurun</li> <li>4. Anoreksia pada pasien menurun</li> <li>5. Ketegangan otot menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Memberikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>5. Memberikan fasilitas istirahat dan tidur pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui lokasi nyeri pada pasien</li> <li>2. Agar mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>3. Untuk mengetahui penyebab nyeri pada pasien</li> <li>4. Agar pasien dapat mengurangi nyeri secara mandiri</li> <li>5. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien untuk mengurangi nyeri</li> </ol>
---	-------------------------------------	--	---	---

3	Defisit Perawatan Diri b.d Kelemahan	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam. Maka pasien dapat menjaga kebersihan diri dengan mandiri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi pada pasien meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> <li>3. Mempertahankan kebersihan diri pada pasien meningkat</li> <li>4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</li> <li>5. Minat melakukan perawatan diri pada pasien meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri</li> <li>2. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>3. Memonitor tingkat kemandirian</li> <li>4. Menyediakan lingkungan terapeutik</li> <li>5. Menganjurkan perawatan diri secara konsisten secara kemampuan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui jadwal perawatan diri pasien</li> <li>2. Berikan edukasi pada pasien dan keluarga pasien cara perawatan diri dengan benar</li> <li>3. Untuk mengetahui kemandirian pasien Saat melakukan perawatan diri</li> <li>4. Untuk memberikan kenyamanan, privasi kepada pasien</li> <li>5. Berikan jadwal pasien perawatan diri secara bertahap agar pasien dapat Melakukan secara konsisten</li> </ol>
---	--------------------------------------	--	--	--

4	Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah b.d Agen Farmakologis	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam. Maka kadar glukosa darah meningkat dengan mandiri dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesadaran pada pasien menurun</li> <li>2. Mengantuk pada pasien menurun</li> <li>3. Pusing pada pasien menurun</li> <li>4. Mulut Kering menurun</li> <li>5. Berkeringat pada pasien menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemi</li> <li>2. Memberikan Karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet</li> <li>3. Mengajarkan membawa karbohidrat sederhana setiap hari</li> <li>4. Mengajarkan monitor kadar glukosa darah</li> <li>5. Mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar pasien mengetahui tanda dan gejala penyakit hipoglikemia</li> <li>2. Agar pasien bisa mempertahankan nutrisi</li> <li>3. Untuk mengurangi gula darah pasien</li> <li>4. Untuk memantau kadar gula darah pasien</li> <li>5. Agar pasien mengetahui cara mengantisipasi hipoglikemia secara mandiri</li> </ol>
---	---	---	---	---

### 3.3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.8** Tindakan Implementasi dan catatan perkembangan Tn. W dengan diagnosis Hipoglikemia

No Dx	Waktu (Tgl & Jam)	Tindakan	TT	Waktu (Tgl & Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1,2,3	18-01-2022 07.30	Melakukan BHSP kepada pasien	<i>R. Widi</i>	18-01-2022 14.00	<u>Dx 1= Gangguan integritas jaringan</u>	<i>R. Widi</i>
1,2,3	08.00	Mengobservasi keluhan pasien. Pasien mengatakan lemah dan pusing	<i>R. Widi</i>		S: Pasien mengatakan badannya masih lemah dan pusing saat beraktivitas	
1,2,3	09.00	Mengukur TTV pasien TD:102/56N:81 RR:20 S:36,5°C	<i>R. Widi</i>		O: Terdapat luka di punggung kaki sebelah kanan, Kaki pasien tampak odema	
1,2,3	09.30	Melakukan observasi luka pasien. Kaki pasien tampak odem dan terdapat pus	<i>R. Widi</i>		A: Masalah belum teratasi	
1,2,3	10.00	Menyiapkan obat oral dan injeksi pasien	<i>R. Widi</i>		P: Intervensi dilanjutkan no 1, 2, 3, 4, 5	
1	11.45	Memberikan injeksi CINAM 1,5gram Rute Intra Vena	<i>R. Widi</i>		<u>Dx 2= Nyeri akut</u> S: Pasien mengatakan kesakitan untuk bergerak	<i>R. Widi</i>
					O: Pasien tampak meringis kesakitan saat bergerak , tidak terdapat dispnea	


2,3	12.20	Memantau pemberian makanan kepada pasien. Makanan pasien habis dan asupan rendah purin	<i>R. Feb</i>		A: masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5	
1,2,3	13.00	Mengedukasi pasien untuk melakukan mobilisasi dan perawatan diri	<i>R. Feb</i>		<u>Dx 3 = Defisit perawatan diri</u>  S: Pasien mengatakan tidak bisa merawat diri dengan kondisi seperti ini	<i>R. Feb</i>
1,2,3	14.00	Mengevaluasi keadaan pasien setelah dilakukan tindakan pada hari ini	<i>R. Feb</i>		O : Pasien tampak mulai melakukan perawatan diri . mandi , ganti pakaian , berdandan , berpindah tempat masih dibantu  A: Masalah teratasi Sebagian  P: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5	

1,2,3	19-01-2022			19-01-2022 14.00	<u>Dx 1=Gangguan integritas jaringan</u>	<i>R. Febi</i>
2,3	07.30	Mengobservasi perkembangan pasien	<i>R. Febi</i>		S: Pasien mengatakan bahwa badanya merasa lebih baik	
2,3	08.10	Memberikan jadwal ringan pasien dalam merawat diri agar pasien bisa melakukan secara mandiri	<i>R. Febi</i>		O: Luka pasien tampak lebih baik, jaringan nekrotik sedikit berkurang karna sudah dilakukan perawatan luka	
1,2,3	08.55	Melakukan rawat luka terhadap pasien dengan hasil mengeluarkan pus dan mengangkat jaringan nekrotik	<i>R. Febi</i>		A: Masalah teratasi Sebagian	
2,3	10.00	Melakukan observasi TTV TD:100/76mmHg :85 RR:20 Suhu:36,2°C	<i>R. Febi</i>		P: Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5	
2,3	10.15	Mengevaluasi pasien setelah dilakukan perawatan luka	<i>R. Febi</i>		<u>Dx 2= Nyeri akut</u>	<i>R. Febi</i>
1,2,3	11.20	Menyiapkan obat oral dan injeksipasien	<i>R. Febi</i>		S: Pasien mengatakan mulai menggerakkan kakinya dan masih mengatakan nyeri tapi sudah berkurang O: Pasien tampak lebih	

2,3	11.45	Melakukan Injeksi cinam 4x1,5 g	<i>R. Febo</i>		tenang karna nyeri sudah berkurang, Pasien juga tampak mulai menggerakkan kakinya	
1,2,3	12.20	Mengedukasi pasien untuk melakukan mobilisasi dan perawatan diri	<i>R. Febo</i>		A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan	
1,2,3	13.00	Mengevaluasi keadaan pasien setelah dilakukan pada hari ini	<i>R. Febo</i>		<u>Dx 3 = Defisit Perawatan diri</u> S : Pasien mulai belajar untuk merawat dirinya sendiri	<i>R. Febo</i>
1,2,3	14.00	Memposisikan pasien senyaman mungkin semifowler	<i>R. Febo</i>		O : Pasien tampak mulai belajar	
	20-01-2022			20-01-2022 14.00	A : Masalah teratasi Sebagian P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5	
1,2,3	07.45	Mengobservasi perkembangan pasien	<i>R. Febo</i>			
1,2,3	08.20	Memberikan jadwal ringan pasien dalam merawat diri agar pasien bisa melakukan secara mandiri	<i>R. Febo</i>		<u>Dx 1: Gangguan Integritas Jaringan</u> S : Pasien mengatakan	<i>R. Febo</i>

2,3	10.10	Melakukan rawat luka terhadap pasien	<i>R. R. R.</i>		bahwa dirinya merasa lebih segar	
1,2,3	11.25	Melakukan TTV TD:100/76mmHg , N:85 , RR:20 , Suhu : 36,2°C	<i>R. R. R.</i>		O : Luka pasien tampak tumbuh jaringan baru, odema berkurang, dan nyeri berkurang	
1,2,3	11.45	Mempersiapkan obat oral dan injeksi pasien	<i>R. R. R.</i>		A : Masalah teratasi Sebagian	
1,2,3	12.30	Melakukan injeksi cinam 4x1,5g dengan rute Intra Vena	<i>R. R. R.</i>		P : Intervensi dilanjutkan oleh perawat diruangan	
1,2,3	13.30	Mengedukasi pasien untuk melakukan mobilisasi, perawatan diri	<i>R. R. R.</i>		<u>Dx 2 = Nyeri Akut</u>	<i>R. R. R.</i>
1,2,3	14.00	Mengevaluasi keadaan pasien setelah dilakukan tindakan pada hari ini	<i>R. R. R.</i>		S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang namun sewaktu-waktu timbul nyeri	
					O : Pasien tampak tenang dan mampu menggerakkan kaki tanpa merasakan nyeri	
					A : Masalah teratasi sebagian	
					P : Intervensi dilanjutkan	



					<p>perawat diruangan</p> <p><u>Dx 3 = Defisit Perawatan diri</u></p> <p>S : pasien mengatakan mulai sudah mampu melakukan perawatan diri</p> <p>O : Pasien tampak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>A : Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan perawat diruangan</p>	
--	--	--	--	--	--	---

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan, penulis menjelaskan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan diagnosis medis hipoglikemia di Ruang B2 Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, diagnosis, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah melakukan pendahuluan dan menjelaskan maksud penulis yaitu melakukan asuhan keperawatan pada pasien agar pasien dan keluarga terbuka dan pengertian serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak terjadi yaitu pada tinjauan pustaka yang didapat pada Hipoglikemia dapat terjadi pada pasien diabetes melitus dan disebut *iatrogenic hypoglycemia*, sedangkan hipoglikemia yang terjadi pada pasien non-diabetes disebut hipoglikemia spontan. Secara umum, kadar gula darah normal adalah 80-120 mg/dL atau 4.4-6.6 mmol/L, jika tes dilakukan sebelum makan atau setelah bangun tidur. Sedangkan jika tes dilakukan sebelum tidur, batasan normalnya adalah 100-140 mg/dL atau 5.5-7.7 mmol/L.

Hingga saat ini, belum ada kesepakatan yang berlaku universal tentang batasan nilai kadar glukosa darah berapa seseorang dikatakan mengalami hipoglikemia. Diagnosis hipoglikemia didasarkan atas berbagai kriteria yaitu berdasarkan pemeriksaan laboratorium (biokemikal), berdasarkan keluhan dan gejala

klinis (jenis dan beratnya) dan berdasarkan waktu kejadiannya (siang atau malam hari/nokturnal) . Oleh karena itu gejala dan keluhan dari hipoglikemia tidak spesifik, maka perlu dilakukan pemeriksaan biokemikal berupa pemeriksaan kadar glukosa darah pada saat bersamaan dengan timbulnya gejala dan keluhan. Untuk menetapkan apakah seseorang mengalami hipoglikemia. Dapat dikatakan jumlah gula dalam darah mengalami penurunan saat dilakukannya cek GDS dimana didapatkan jumlah dibawah 60 mg/dl atau dibawah 80 mg/dl dengan gejala klinis. Saat tubuh mengalami penurunan gula darah, tubuh akan merespon yang dimana ditandai dengan gejala klinis diantaranya pasien akan merasakan pusing, tubuh lemas dan gemeteran, pandangan menjadi kabur dan gelap, berkeringat dingin, detak jantung meningkat dan terkadang klien bisa sampai hilang kesadaran. Keadaan pada Hipoglikemi ringan ketika kadar glukosa darah mengalami penurunan, sistem saraf simpatik akan mengalami rangsangan, pelimpahan adrenalin yang terjadi ke dalam darah akan menyebabkan terjadinya gejala seperti perspirasi, tremor, takikardi, palpitasi, kegelisahan dan rasa lapar. Pada Hipoglikemi sedang jika terjadi penurunan kadar glukosa darah maka akan menyebabkan sel-sel pada otak tidak memperoleh cukup bahan bakar untuk dapat bekerja dengan baik. Efek hipoglikemia dapat terkait dengan sistem saraf pusat, sistem pencernaan dan sistem peredaran darah. Gangguan pasokan glukosa dapat menimbulkan disfungsi sistem saraf pusat sehingga menjadi menurunan suplai glukosa ke otak. Karena terjadi penurunan suplai glukosa ke otak dapat menyebabkan terjadinya penurunan suplai oksigen ke otak, yang akan menimbulkan pusing, bingung, dan lemah.

Pada sistem saraf pusat kelenjar adrenal dan sistem saraf perifer yang mendeteksi hipoglikemia akan memicu respons otonom yang diperantarai neurotransmitter seperti asetilkolin dan norepinefrin. Asetilkolin merangsang rasa lapar dan diaforesis, sedangkan norepinefrin akan memicu tremor dan palpitasi. Inilah yang kemudian dikenal sebagai respons penyelamatan pada hipoglikemia yang juga merupakan tanda klinis hipoglikemia yang paling mudah dikenali.

#### **4.2 Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang ada pada hipoglikemia menurut (Herdman, 2010) yaitu :

1. Penurunan kadar glukosa darah berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik
2. Risiko penurunan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar glukosa darah
3. Nyeri akut b.d penurunan suplay oksigen ke otak
4. Pola nafas tidak efektif b.d depresan pusat pernafasan
5. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan kadar glukosa darah

Namun pada tinjauan kasus terdapat tiga diagnosis keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus meliputi :

1. Gangguan Integritas Jaringan dapat dijelaskan mayor dan minor pada masalah gangguan integritas jaringan antara lain adanya luka dikaki pasien, terdapat pus dikaki pasien, (SDKI Edisi 1,2019), dibuktikan dari pasien

merasakan pasien merasa lemah , pasien intoleransi saat beraktivitas jika diagnosis ini tidak diambil maka luka pada pasien akan memburuk.

2. Nyeri Akut dengan tanda mayor dan minor antara lain adanya luka di punggung kaki pasien , adanya edema kaki sebelah kanan , terdapat skala nyeri 5 (SDKI Edisi 1 , 2019). Didapatkan kerusakan integritas jaringan dimana banyak terdapat jaringan yang mengandung pus atau nanah. Hal tersebut menunjukkan terjadinya gangguan aliran darah ekstermitas bawah dan infeksi oleh bakteri gram negative yang menyebabkan timbulnya nyeri. Penulis berpendapat bahwa jika diagnosis ini tidak diambil maka pasien akan merasa gelisah dan merasa tidak nyaman dengan nyeri yang dialami.
3. Defisit Perawatan Diri dengan tanda mayor dan minor antara lain pasien tidak bisa merawat diri sendiri. Pasien mandi , berdandan , berganti pakaian dibantu oleh orang lain (SDKI Edisi 1,2019). Dibuktikan pasien terlihat berbaring di tempat tidur dan dibantu oleh orang lain untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien. Penulis berpendapat bahwa jika diagnosis ini tidak diambil maka kebutuhan perawatan diri pada pasien tidak dapat terpenuhi jika tidak dibantu oleh orang lain atau keluarga pasien.
4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan tanda mayor dan minor antara lain mengalami lemah atau lesu , hilang kesadaran , kadar glukosa mengalami penurunan (SDKI Edisi 1 , 2019). Dibuktikan dengan pasien mengalami dispnea saat beraktivitas dan sesudah beraktivitas , kadar glukosa darah mengalami penurunan yaitu 25mg/dL Sehingga diagnosis ini bisa ditegakkan.

### 4.3 Perencanaan

Penulis melakukan pengkajian pada Tn. W dengan diagnosis medis Hipoglikemia, didapatkan perencanaan keperawatan yang akan diberikan kepada Tn. W dengan tujuan tindakan keperawatan yang diberikan supaya pasien dan keluarga dapat mandiri dalam pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan tentang diagnosis Hipoglikemia.

1. Intervensi pada masalah keperawatan Gangguan Integritas Jaringan menurut (Tim Pokja SLKI PPNI, 2019; Tim Pokja SIKI PPNI, 2019) antara lain memonitor karakteristik luka , memonitor tanda-tanda infeksi , membersihkan jaringan nekrotik , mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka , intervensi tersebut direncanakan pada kasus Tn. W bertujuan agar luka pada pasien membaik , jaringan nekrotik menurun. Peneliti berpendapat intervensi tersebut direncanakan pada pasien Tn. W untuk mempercepat penyembuhan luka pada pasien.
2. Intervensi pada masalah keperawat Nyeri akut menurut (Tim Pokja SLKI PPNI, 2019; Tim Pokja SIKI PPNI, 2019) antara lain mengidentifikasi lokasi nyeri , mengidentifikasi skala nyeri , mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri , memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, intervensi tersebut direncanakan pada kasus Tn. W bertujuan agar mengurangi rasa nyeri pada pasien , mengurangi gelisah pada pasien. Peneliti berpendapat intervensi tersebut direncanakan pada pasien Tn. W untuk mengurangi nyeri akut pada pasien.

3. Intervensi Defisit Perawatan Diri menurut (Tim Pokja SLKI PPNI, 2019; Tim Pokja SIKI PPNI, 2019) antara lain mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri , mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri , memonitor tingkat kemandirian , menyediakan lingkungan terapeutik. intervensi tersebut direncanakan pada kasus Tn. W bertujuan untuk meningkatkan kemandirian pada Tn. W dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. Peneliti berpendapat intervensi tersebut direncanakan agar Tn. W dapat menjaga kebersihan diri dengan mandiri.
4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah menurut (Tim Pokja SLKI PPNI, 2019; Tim Pokja SIKI PPNI, 2019) antara lain mengidentifikasi tanda gejala hipoglikemi, memberikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet, menganjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap hari. intervensi tersebut direncanakan pada kasus Tn. W bertujuan agar rasa lelah menurun dan kadar glukosa membaik. Peneliti berpendapat intervensi tersebut direncanakan agar kadar glukosa darah pada Tn. W Kembali membaik.

#### **4.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan ini dilakukan secara terkondinasi dan terintegritas rencana pelaksanaan pada kasus tidak semua sama menurut teori, karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan Penurunan Mobilisasi , Rencana tindakan keperawatan dilakukan dengan cara melakukan observasi luka pasien dengan kondisi kaki pasien tampak odem dan terdapat pus atau nanah dengan

memberikan injeksi Cinam 1,5g melalui IV. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis , Rencana tindakan keperawatan dilakukan dengan cara mengevaluasi setelah dilakukan perawatan luka dan menyiapkan obat oral untuk mengurangi nyeri pada luka pasien. Defisit perawatan diri dengan kelemahan , Rencana tindakan keperawatan dilakukan dengan cara memberikan jadwal ringan pasien dalam merawat diri agar Tn. W bisa melakukan secara mandiri.

Peneliti berpendapat, pada pelaksanaan tindakan keperawatan ini tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat , sehingga rencana tindakan dapat dilakukan dengan baik.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada waktu pelaksanaan evaluasi diagnosis gangguan integritas jaringan tindakan 3x24 jam, Rawat luka teratasi sebagian dan luka masih terdapat jaringan nekrotik yang harus dibersihkan dengan teknik steril pada tanggal 20 Januari 2022. Pada diagnosis Nyeri Akut tindakan yang dilakukan selama 3x24 jam, Mengeluarkan pus pada luka kaki Tn.W untuk mengurangi rasa nyeri pada kaki pasien teratasi sebagian pada tanggal 20 Januari 2022. Pada diagnosis Defisit Perawatan Diri tindakan yang dilakukan selama 3x24 jam, membantu pasien melakukan perawatan diri seperti membantu dan memantau pasien berdandan, ganti pakaian pada tanggal 20 januari 2022.

Peneliti berpendapat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari, terdapat 3 diagnosis yang tertasi sebagian dikarenakan luka pada pasien masih terdapat pus atau nanah yang masih harus dikeluarkan agar tidak terjadi resiko



infeksi , keluhan nyeri yang masih dirasakan oleh pasien harus diobservasi agar pasien mendapatkan rasa nyaman , untuk perawatan diri pasien harus dimonitor karena aktivitas pasien masih dibantu oleh orang lain.

## **BAB 5 PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus hipoglikemia di Ruang B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis hipoglikemia.

### **5.1 Simpulan**

Hasil yang didapat telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Hipoglikemia, maka penulis dapat mengambil keputusan sebagai berikut:

1. Pada saat pengkajian Tn.W di dapatkan kadar gula darah pasien rendah yaitu 25mg/dL . Pasien mudah mengantuk, tensi pada pasien 102/56mmHg, antral hangat, warna kulit dan mukosa pasien pucat , pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri untuk memenuhi dasar hidupnya, pasien hanya berbaring, tidak dapat mobilisasi secara mandiri.
2. Pada pasien Tn.W di dapatkan diagnosis yang muncul yaitu Gangguan Integritas Jaringan b.d Penurunan mobilisasi , Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologi , Defisit Perawatan diri b.d Kelemahan , Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Efek Agen Farmakologis.

3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan tujuan utama gula darah dalam batas normal, luka pada punggung kaki sebelah kanan dapat tertutup, tidak ada tanda – tanda infeksi, nyeri berkurang, pasien mampu menjaga kebersihan diri secara mandiri.
4. Pada saat melakukan tindakan keperawatan pada Tn.W yaitu melakukan salam terapeutik, memperkenalkan diri kepada pasien dan keluarga , kemudian melakukan pemeriksaan tanda – tanda vital meliputi, tekanan darah, suhu, nadi, respiration rate, mengontrol diet pasien sesuai mengawasi input dan output pasien.
5. Pada akhir evaluasi , beberapa tujuan dapat dicapai karena kerja sama antara pasien , keluarga , dan juga tim Kesehatan lainnya, hasil evaluasi Tn.W kadar gula dalam darah dapat terkontrol, terapi Tn.W belum diperbolehkan untuk KRS dikarenakan banyak hal yang belum teratasi.
6. Pada pendokumentasian semua tindakan keperawatan pada Tn.W dicatat dan disimpan 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 keterlibatan pasien, Keluarga dan tim kesehatan yang lainnya.

### **5.2.2 Perawat Ruang B2 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya**

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

### **5.2.3 Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya**

Alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkesinambungan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan yang berhubungan dengan perawatan pasien, dengan harapan perawat mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan professional sesuai dengan standar asuhan keperawatan dan kode etik keperawatan.

### **5.2.4 Penulis**

Berdasarkan pengalaman melakukan penelitian di Rumah Sakit, pada bagian ini peneliti ingin memberikan beberapa saran yang mungkin berguna untuk penelitian selanjutnya.

Pengembangan penelitian selanjutnya dapat lebih diperdalam melalui metode studi kasus, yaitu menyelidiki masyarakat dalam kasus-kasus tertentu. Hal ini juga terkait dengan diagnosis yang akan diambil sebagai kasus pada penyakit Hipoglikemia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Hidayah, N., & Masithoh, R. F. (2021). CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING (CGM) PADA KEGAWATDARURATAN DIABETES MELLITUS (HIPOGLIKEMIA): LITERATURE REVIEW. *Jurnal Keperawatan BSI*, 9(2), 211-219.
- Hutagalung, D. N. (2019). Proses keperawatan dalam melakukan dokumentasi keperawatan.
- Munawaroh, S., & Pohan, V. Y. (2019). Efektifitas Media Audio Visual (Video) Untuk Meningkatkan Ketrampilan Pemeriksaan Fisik Pada Mahasiswa S1 Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 4(2).
- Prastiwi, M. I., Purwanti, O. S., & Kep, M. (2021). *Gambaran Pengetahuan Hiperglikemia dan Hipoglikemia pada Penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Karangpandan* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Surakarta).
- Rusdi, M. S. (2020). Hipoglikemia Pada Pasien Diabetes Melitus. *Journal Syifa Sciences and Clinical Research (JSSCR)*, 2(2), 83-90.
- Rusdi, M. S., & Afriyeni, H. (2019). Pengaruh hipoglikemia pada pasien diabetesmelitus tipe 2 terhadap kepatuhan terapi dan kualitas hidup. *Journal of Pharmaceutical And Sciences*, 2(1), 24-29.
- Sari, Y. K. (2017). *PENGALAMAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN HIPOGLIKEMIA PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI KELURAHAN SENDANG MULYO KOTA SEMARANG* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Semarang).
- Sutawardana, J. H., & Waluyo, A. (2016). STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN PENYANDANG DIABETES MELITUS YANG PERNAH MENGALAMI EPISODEHIPOGLIKEMIA
- Syarli, S., & Maulina, Y. (2021). Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Hipoglikemia PadaDiabetes Melitus di RSUD Embung Fatimah Kota Batam. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 6(4).
- Tan, E. I. A., Irfannuddin, I., & Murti, K. PENGARUH DIET KETOGENIK TERHADAP PROLIFERASI DAN KETAHANAN SEL PADA JARINGANPANKREAS. *JMJ*, 7, 102-116.
- Valentina, D. C. D. (2021). Faktor Prediktif Prognosis Pasien dengan Ensefalopati *Hipoglikemia*. *JIMKI: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia*, 9(1),117-123.
- Yunus, R. (2019). INTEGRITAS DALAM PENGAJIAN KEPERAWATAN.

## **Lampiran 1**

### **STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO) RAWAT LUKA DIABETESMELITUS**

#### 1. Pengertian.

Merupakan tindakan untuk merawat luka dan melakukan pembalutan, dengan tujuan mencegah infeksi silang (masuk melalui luka).dan mempercepat proses penyembuhan luka.

#### 2. Tujuan.

- a. Mengurangi nyeri
- b. Mempercepat proses penyembuhan luka
- c. Mencegah terjadinya infeksi

#### 3. Pengkajian.

- a. Mengkaji program atau intruksi medik mengenai prosedur rawat luka, type balutan,dan frekuensi ganti balut.
- b. Menguji type dan lokasi luka atau insisi.
- c. Mengkaji tingkat nyeri pasien dan kapan terakhir mendapat obat penghilang nyeri
- d. Mengkaji riwayat alergi pada obat atau plester

#### 4. Tahap persiapan

##### a. Persiapan alat

##### 1) Alat bersih:

- a) Plester atau heparfik

- b) Handscon bersih
  - c) Perlak
  - d) Kantong plastic
  - e) Verban
  - f) Gunting verban
  - g) Betadin
  - h) Larutan Nacl 0,9 %
  - i) Bengkok
- 2) Alat steril:
- a) 1 set bak instrumen (meliputi: 2 pinset antomi, 2 pinset cirugis, 1 gunting debridemen, 2 cucing)
  - b) Korentang
  - c) Kasa steril
  - d) Handscon steril
- b. Persiapan pasien
- 1) Menjelaskan kepada pasien beserta keluarga mengenai tujuan dan prosedurtindakan yang akan segera di lakukan
  - 2) Menjamin atas pemenuhan kebutuhan privacy pasien
  - 3) Mengatur ketinggian tempat tidur untuk memudahkan tindakan yang akan dilakukan

5. Tahap kerja

- a. Mencuci tangan
- b. Menggunakan handscon bersih
- c. Menyiapkan dan mendekatkan peralatan
- d. Menjelaskan proseedur yang akan dilakukan
- e. Mengatur posisi yang nyaman dan tepat buat perawatan luka
- f. Pasang perlak
- g. Tempatkan kantong plastik di bawah kaki yang luka
- h. Membuka plaster searah tumbuhnya rambut dan membuka balutan dengan carahati-hati , masukkan balutan kotor ke dalam kantong plastik yang telah disediakan
- i. Membuka handscon bersih dan ganti dengan handscon steril
- j. Membersihkan sputar luka dengan larutan Nacl 0,9 %
- k. Bersihkan dengan arah bagian atas ke bawah di setiap sisi luka dengan arah keluar menjauh dari luka (1 kassa untuk 1 kali usapan)
- l. Membersihkan sisi sebelah luka dari bagian atas ke bawah diikuti sisi sebelahnyadengan arah usapan menjauhi dari area lokasi luka (1 kassa 1 kali usapan)
- m. Mengolesi luka dengan betadin mulah sejak dari tengah luka
- n. Selanjutnya menutup luka dengan kasa steril, dan lakukan fiksasi dengan plesterpada area pinggiran kasa pembalut
- o. Menulis tangan dan waktu mengganti balutan pada plester dan tempelkan



- p. Merapikan klien dan membereskan alat
  - q. Melepaskan handscon dan mencuci tangan
6. Terminasi
- a. Mengevaluasi respon serta toleransi pasien selama, dan sesudah prosedur
  - b. Mengevaluasi kebutuhan frekuensi ganti balut
  - c. Mengevaluasi adanya tanda-tanda alergi plester
  - d. Mengevaluasi adanya tanda-tanda infeksi dan adanya cairan luka serta karakteristiknya
7. Dokumentasi
- a. Mencatat lokasi jenis luka dan keadaan luka insisi
  - b. Mencatat keadaan luka sebelumnya
  - c. Mencatat cairan atau obat yang di gunakan untuk merawat luka
  - d. Mencatat responserta toleransi pasien selama, dan dan sesudah prosedur

Sumber : Hidayat, 2012 (259)