

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. Y DENGAN
DIABETES MELLITUS TIPE II (HIPOGLIKEMI) DI INSTALASI GAWAT
DARURAT RSUD SRAGEN**

NASKAH PUBLIKASI

Untuk memenuhi sebagai persyaratan
Meraih derajat Profesi Ners (Ns)



Diajukan Oleh:

NOOR RACHMI WULAN MUSTIKA
J 230 113 017

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2012**

LEMBAR PENGESAHAN

NASKAH PUBLIKASI

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. Y DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE II (HIPOGLIKEMI) DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD SRAGEN

Disusun Oleh :

NOOR RACHMI WULAN MUSTIKA

J 230113017

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 9 November 2012,

Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Dewan Penguji

1. Arina Maliya, A.Kep., M.Si.Med (.....)
2. Indah Kartikowati, S.Kep., Ns (.....)
3. Okti Sri Purwanti, S.Kep., Ns (.....)

Surakarta, 9 November 2012

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Dekan,



Arif Widodo, A.Kep, M.Kes

PENELITIAN

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. Y DENGAN DIABETES MELLITUS TIPE II (HIPOGLIKEMI) DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD SRAGEN

Noor Rachmi Wulan Mustika*
Arina Maliya, A.Kep., M.Si.Med.**
Indah Kartikowati, S.Kep., Ns. ***

Abstrak

Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit tidak menular yang prevalensinya semakin meningkat dari tahun ke tahun. Banyak komplikasi yang dapat terjadi pada penderita diabetes mellitus salah satunya adalah hipoglikemi. Hipoglikemia adalah keadaan dengan kadar glukosa darah sewaktu dibawah 60 mg/dl yang terjadi karena kelebihan dosis insulin pada penderita diabetes mellitus baik per-oral maupun per-IV, penggunaan sulfonilurea, kurangnya konsumsi makanan yang cukup, latihan fisik yang berlebih dan situasi stress yang dapat mengakibatkan penurunan kesadaran bahkan jika tidak segera ditangani dengan baik akan menimbulkan kematian. Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah agar bisa mendapatkan pengalaman yang nyata dan mampu melakukan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien Diabetes Mellitus dengan Hipoglikemi. Metode yang diambil adalah wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumen. Kesimpulan dari karya tulis ilmiah ini adalah pada pasien Ny Y dengan Diabetes Mellitus (Hipoglikemi) terjadi permasalahan resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dan resiko penurunan perfusi jaringan perifer yang memerlukan perhatian khusus perawat dalam penanganannya.

Kata kunci : diabetes mellitus, hipoglikemi, gawat darurat

Daftar Pustaka: 21 (2001-2012)

NURSING CARE EMERGENCY MISS. Y WITH HYPOGLYCEMIA IN TYPE II DIABETES ON THE EMERGENCY INSTALATION SRAGEN HOSPITAL

Noor Rachmi Wulan Mustika*

Arina Maliya, A.Kep., M.Si.Med.**

Indah Kartikowati, S.Kep., Ns. ***

Abstract

Diabetes is one of the prevalence of non-communicable diseases are increasing from year to year. Many of the complications that can occur in people with diabetes one of which is hypoglycemia. Hypoglycemia is a condition when the blood glucose level below 60 mg/dl is happening because of an overdose of insulin in patients with diabetes either by mouth or per-IV, the use of sulfonylurea, lack of adequate food intake, excessive physical exercise and stressful situations that can resulted in a decrease awareness even if not immediately treated properly will lead to death. The general purpose of writing scientific papers are in order to gain real experience and be able to perform proper nursing care in patients with diabetes mellitus with hypoglycemia. The method is taken interview, physical examination and study documents. The conclusions of this scientific paper is Mrs. Y in patients with Diabetes (Hypoglycemia) in case of problems the risk of instability of blood glucose levels and the risk of decreased peripheral tissue perfusion that require special attention in handling nursing.

Key words: diabetes, hypoglycemia, emergency

Bibliography: 21 (2001-2012)

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemi yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (Ernawati, 2012).

Terdapat komplikasi akut yang dapat muncul pada penderita diabetes mellitus salah satunya adalah hipoglikemi dimana keadaan tubuh dengan kadar glukosa darah sewaktu dibawah 60 mg/dl lebih rendah dari kebutuhan tubuh (Smeltzer, 2001).

Berdasarkan data WHO tahun 2011 jumlah penderita diabetes mellitus di dunia mencapai 200 juta jiwa. Indonesia menempati urutan keempat terbesar dalam jumlah penderita diabetes mellitus di dunia, pada tahun 2011 terdapat sekitar 5,6 juta penduduk Indonesia yang mengidap diabetes. Menurut data dari Dinkes Jateng (2011), prevalensi diabetes mellitus tergantung insulin di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2011 sebesar 0,09%, mengalami peningkatan bila dibandingkan prevalensi tahun 2010 sebesar 0,08%.

Adapun pasien yang datang ke IGD RSUD Sragen pada tanggal 2-28 Juli 2012 sebanyak 1.833 orang. Kasus DM hipoglikemi yang ditemukan di IGD RSUD Sragen sebanyak 3 orang (0,2%). Dari latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan mengangkat judul "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Ny. Y dengan Diabetes Mellitus Tipe II (Hipoglikemi) Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sragen".

Tujuan Penelitian

Mendapatkan pengalaman yang nyata dan mampu melakukan asuhan

keperawatan tentang "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny.Y Dengan Diabetes Mellitus Tipe II (Hipoglikemi) Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sragen".

LANDASAN TEORI

Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM) adalah penyakit metabolik yang kebanyakan herediter dengan tanda-tanda hiperglikemia dan glukosuria, disertai dengan atau tidak adanya gejala klinik akut ataupun kronik sebagai akibat dari kurangnya insulin efektif di dalam tubuh (Suyono, 2003).

Diabetes Mellitus mempunyai beberapa penyebab antara lain yaitu kelainan sel beta pankreas yang gagal melepas insulin, pemasukan karbohidrat dan gula berlebihan, obesitas dan kehamilan, gangguan sistem imunitas yang disertai pembentukan sel-sel antibodi antipankreatik dan mengakibatkan kerusakan sel-sel penyekresi insulin (Baradero, 2009).

Klasifikasi diabetes mellitus antara lain Diabetes mellitus tipe I yang tergantung insulin (IDDM), diabetes mellitus tipe II yang tidak tergantung insulin (NIDDM), dan diabetes mellitus karena sindroma lain seperti defek genetik fungsi sel beta dan kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, endokrinopati, dan karena obat/ zat lain (Carlisle, 2005).

Salah satu komplikasi dari diabetes mellitus antara lain komplikasi akut seperti hipoglikemia, diabetes ketoasidosis, dan sindroma hiperglikemia. Komplikasi jangka panjang seperti gangguan retinopati, nefropati dan neuropati (Baradero, 2009).

Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah keadaan dengan kadar glukosa darah sewaktu dibawah 60 mg/dl, kadar gula atau glukosa di dalam tubuh lebih rendah dari kebutuhan tubuh (Smeltzer, 2002).

Faktor yang memudahkan hipoglikemia antara lain kelebihan dosis insulin pada pengidap diabetes dependen-insulin per-oral maupun per-IV, penggunaan sulfonilurea, kurangnya konsumsi makanan yang cukup, latihan fisik yang berlebihan, dan situasi stress (Nitil, 2011).

Gejala-gejala hipoglikemia terdiri dari tiga fase yaitu fase sub luminal dengan kadar gula darah 60-50 mg/dl gejala rasa lapar tiba-tiba. Fase kedua adalah aktivasi dengan kadar gula darah 50-20 mg/dl yang muncul gejala adrenergik seperti palpitasi, keringat berlebihan, tremor, ketakutan, mual, muntah. Fase ketiga yaitu neurologi dengan kadar gula darah <20 mg/dl dengan adanya gangguan fungsi otak serta muncul gejala pusing, pandangan kabur, ketajaman mental menurun, hilangnya *skill* motorik halus (Mansjoer, 2001).

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan hipoglikemia antara lain dengan pemeriksaan glukosa darah sebelum dan sesudah suntikan dekstrosa.

Price (2006) mengutarakan bahawa hipoglikemia terjadi karena ketidak mampuan hati memproduksi glukosa yang dapat disebabkan karena penurunan bahan pembentuk glukosa, penyakit hati atau ketidak seimbangan hormonal.

Pada pasien hipoglikemi, terdapat defisit sel β langerhans, pengeluaran kedua hormon pengatur insulin dan glukagon benar-benar terputus. Respon epinefrin terhadap hipoglikemi juga semakin melemah. Frekuensi hipoglikemia berat, menurunkan batas glukosa sampai ke tingkat plasma

glukosa yang paling rendah. Kombinasi dari ketiadaan glukosa dan respon epinefrin yang lemah dapat menyebabkan gejala klinis ketidak sempurnaan pengaturan glukosa yang meningkatkan resiko hipoglikemi berat. Penurunan respon epinefrin pada hipoglikemi adalah sebuah tanda dari lemahnya respon saraf otonom yang dapat menyebabkan gejala klinis ketidaksadaran pada hipoglikemi (Shafiee, 2012).

Selain itu, pada pasien dengan hipoglikemia terjadi kematian jaringan yang disebabkan karena kekurangan oksigen pada jaringan tersebut yang bahkan dapat mengancam kehidupan. Keadaan ini terjadi karena adanya gangguan pada hematologi/ hemoglobin yang berperan sebagai transport oksigen. Hemoglobin yang kekurangan glukosa akan mempengaruhi kualitas transport oksigen. Terapi oksigen adalah memasukkan oksigen tambahan dari luar ke paru melalui saluran pernafasan dengan menggunakan alat sesuai kebutuhan (Narsih, 2007).

Penatalaksanaan pasien dengan hipoglikemik dibagi menjadi 2 yaitu stadium permulaan (Sadar) dengan pemberian glukosa oral 10-20 gram harus segera diberikan. Dapat berupa gula murni (idealnya dalam bentuk tablet atau jelly) atau minuman yang mengandung glukosa seperti jus buah segar. Jika stadium lanjut (Koma Hipoglikemia) diberikan bolus D10% yang diikuti pemberian larutan glukosa 40% melalui vena sebanyak 2 flakon tiap 10-20 menit (ulangi 3x) hingga pasien sadar. Dilanjutkan dengan pemberian D10% per infus 6 jam/ kolf. Bila belum teratasi dapat diberikan antagonis insulin seperti adrenalin, kortisol dosis tinggi, atau glukagon 1 mg intravena. Untuk terapi hari selanjutnya pemberian dekstrosa menyesuaikan dengan keadaan gula darah pasien (Arma, 2011).

Pengkajian keperawatan gawat darurat pada pasien hipoglikemi antara lain pengkajian primer ABCD dengan hasil yang meliputi tidak ada gangguan jalan nafas, frekuensi nafas > 24 x/menit, nafas tersengal-sengal. hipotensi, bradikardi, nadi teraba lemah, hipotermi, akral dingin, anemis, capillary refill kembali < 2 detik, tremor, lemas, gelisah, terjadi penurunan kesadaran. Pada pengkajian sekunder AMPLE ditemukan hasil antara lain pasien mengkonsumsi insulin per-oral maupun per-IV, penggunaan sulfonyleurea, intake makan kurang. Pengkajian *head to toe*: palpitasi, keringat berlebihan, tremor, ketakutan, pusing, pandangan kabur, ketajaman mental menurun, akral dingin, anemis dan hilangnya skill motorik halus. Selain itu dilakukan juga pengkajian tersier (pemeriksaan penunjang) yang utama adalah pemeriksaan GDS < 60 mg/dl. Pengkajian riwayat penyakit dahulu dan keluarga juga diperlukan untuk mengetahui apakah pasien memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus atau tidak (Baradero, 2009).

Setelah dilakukan pengkajian, ditemukan beberapa diagnosa keperawatan menurut NANDA (2009) dan intervensi keperawatan NIC NOC menurut Judith (2007) antara lain resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, tujuan: kadar glukosa darah stabil, kriteria hasil GDS normal 70-120 mg/dl, intervensi: kaji keadaan umum dan TTV, kaji kadar GDS sebelum dan 1 jam sesudah pemberian terapi, anjurkan keluarga memberikan pasien minum manis, kolaborasi dalam pemberian terapi glukosa 5%, 10% atau 40% per-IV, pantau nilai laboratorium seperti gula darah.

Penurunan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan kurangnya suplai glukosa ke otak, tujuan perfusi jaringan serebral kembali

normal, kriteria hasil kesadaran composmentis, GCS: E4 V5 M6, TTV normal: TD 120/80 mmHg, N: 60-100 x/menit, Rr 16-24 x/menit, S: 36,5-37,50C, pupil isokor, ekstremitas kuat, respon motorik baik. Intervensi: kaji tingkat kesadaran dan TTV, pertahankan keefektifan jalan nafas, berikan posisi supinasi, kolaborasi pemberian terapi O₂, glukosa 5%, 10% atau 40% per-IV.

Resiko penurunan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan diabetes mellitus, tujuan perfusi jaringan perifer kembali normal, kriteria hasil TTV normal: TD 120/80 mmHg, N: 60-100 x/menit, Rr 16-24 x/menit, S: 36,5-37,50C, nadi perifer teraba kuat dan regular, tidak pucat/ anemis, akral hangat, capillary refill < 2 detik. Intervensi: kaji tingkat kesadaran dan TTV, pertahankan keefektifan jalan nafas, berikan posisi supinasi, kolaborasi pemberian terapi O₂, glukosa 5%, 10% atau 40% per-IV.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, tujuan nutrisi tubuh seimbang, kriteria hasil: peningkatan nafsu makan, BB stabil/ meningkat. Intervensi: kaji intake nutrisi, timbang BB dan TB klien, tentukan nilai BMI, kaji kemauan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pada pasien dan keluarga, motivasi pasien untuk meningkatkan intake nutrisi sesuai diit, kolaborasi pemberian terapi glukosa maupun diit klien.

METODE PENULISAN

Pendekatan

Karya tulis ilmiah ini penulis susun dengan menggunakan metode penulisan *deskriptif* dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan

data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data.

Tempat dan Waktu Penelitian

Penulisan karya ilmiah ini mengambil kasus di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sragen pada tanggal 19 Juli 2012 pukul 07.00 - 14.00 WIB.

Langkah-Langkah

Penulisan karya tulis ini disusun secara singkat dan sistematis, diantaranya sebagai berikut: melakukan pengkajian identitas, pengkajian primer (ABCDE), pengkajian sekunder (AMPLE), dan pengkajian *head to toe*. Melakukan analisa data dengan menarik masalah dan etiologi sesuai dengan teori penetapan diagnosa NANDA. Menetapkan dan memprioritaskan diagnosa keperawatannya. Menetapkan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Melakukan implementasi keperawatan sesuai intervensi yang direncanakan. Mengevaluasi implementasi keperawatan. Melakukan pembahasan manajemen proses asuhan keperawatan. Menyimpulkan manajemen proses asuhan keperawatan dan memberikan kesimpulan dan saran atas beberapa permasalahan yang ada.

Teknik Pengambilan Data

Teknik pengumpulan data yang penulis gunakan adalah observasi *partisipatif*, wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumen dan studi kepustakaan.

RESUME

Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 Juli 2012 jam 08.50 diperoleh data: Identitas pasien. Nama/Inisial: Ny. Y; Umur: 60 tahun.

Riwayat kesehatan pasien: keluhan utama keluarga pasien mengatakan pingsan 1 kali sebelum dibawa ke rumah sakit, pasien mengeluh badan lemas, nafsu makan menurun. Pasien mempunyai riwayat penyakit Diabetes Mellitus ± 3 tahun yang lalu.

Pengkajian Primer: *Airway*: jalan nafas bersih; *Breathing*: Rr 18x/menit, irama teratur, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, suara auskultasi paru vesikuler kanan dan kiri; *Circulation*: TD: 100/60 mmHg, Nadi: 73x/menit (teraba lemah), Suhu: 35,8⁰C, akral dingin, capillary refill kembali dalam 4 detik, anemis; *Disability*: tingkat kesadaran apatis, GCS : E3 V4 M5, pupil isokor.

Pengkajian Sekunder AMPLE: keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan nafsu makan, makan terakhir kemarin siang (18 Juli 2012) ± 2-3 sendok tetapi pasien tetap setiap hari mengkonsumsi obat glibenklamid 3x1/ oral, pasien mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus tipe 2. Pemeriksaan penunjang GDS *low*.

Analisa Data

Pada tanggal 19 Juli 2012 didapatkan data fokus sebagai berikut: data *subyektif*: keluarga mengatakan ± 8 jam sebelum masuk RS pasien mengeluh badan lemas, pasien jarang makan, pasien tetap minum obat glibenklamid 3x1/ oral; data *obyektif*: kesadaran umum lemah, kesadaran apatis, GCS: E3 V4 M5, dan GDS *low* dengan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik. Implementasi yang dilakukan adalah pengukuran TTV, pengukuran GDS, dilakukan pemasangan infus D 10% 20 tpm dan pemberian D 40% masuk 20 mg (2

flas) melalui IV dan pengukuran GDS setelah 1 jam pemberian terapi dekstrose. Hasil evaluasi keperawatan GDS 121 gr/dl, keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, GCS : E3 V5 M6, pasien anemis, akral teraba hangat. Masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian, lanjutkan pemantauan keadaan umum, TTV dan kadar glukosa darah.

Masalah yang kedua didapatkan data *subyektif*: keluarga mengatakan ± 8 jam sebelum masuk RS pasien pingsan 1 kali di rumah; data *obyektif*: kesadaran umum lemah, kesadaran apatis, GCS : E3 V4 M5, TTV= TD: 100/60 mmHg, Nadi: 73x/menit, Rr: 18x/ menit, Suhu: 35,8°C, GDS *low* dan tremor dengan masalah penurunan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan kurangnya suplai glukosa ke otak. Implementasi yang dilakukan adalah memposisikan pasien supinasi, memberikan terapi oksigen 3 lt/menit, memantau kesadaran dan TTV. Hasil evaluasi keperawatan TTV: TD: 110/70 mmHg, Nadi: 78x/menit (teraba kuat), Rr: 18x/ menit, Suhu: 36,2°C. Keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, GCS : E3 V5 M6, pupil isokor dan akral teraba hangat. Masalah penurunan perfusi jaringan serebral teratasi sebagian, lanjutkan intervensi terapi oksigen, pantau kesadaran dan *vital sign management*.

Masalah yang ketiga didapat data *subyektif*: keluarga mengatakan ± 8 jam sebelum masuk RS pasien mengeluh badan lemas; data *obyektif*: kesadaran umum lemah, kesadaran apatis, GCS : E3 V4 M5, TTV= TD: 100/60 mmHg, Nadi: 73x/menit (teraba lemah), Rr: 18x/menit, Suhu: 35,8°C, pasien anemis, akral teraba dingin, capillary refill kembali dalam 4 detik, dan tremor dengan masalah resiko penurunan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan diabetes

mellitus. Implementasi yang dilakukan adalah memposisikan pasien supinasi dan memberikan terapi oksigen 3 lt/menit. Hasil evaluasi keperawatan TTV: TD: 110/70 mmHg, Nadi: 78x/menit (teraba kuat), Rr: 18x/ menit, Suhu: 36,2°C. Keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, GCS : E3 V5 M6, pasien anemis, akral teraba hangat dan capillary refill < 2 detik. Masalah resiko penurunan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian, lanjutkan terapi oksigen, pantau kesadaran dan *vital sign management*.

PEMBAHASAN

Penulis tidak mendapatkan perbedaan antara tinjauan teori dengan kenyataan di lapangan pada pengkajian terhadap Ny. Y yang dilakukan pada tanggal 19 Juli 2012 pukul 08.50 dengan diagnosa medis diabetes mellitus tipe 2 dengan hipoglikemi. Tetapi, terdapat berbagai kesamaan antara tinjauan teori dengan kenyataan di lapangan pada pengkajian terhadap Ny. Y antara lain: pengkajian primer (ABCD) didapatkan jalan nafas bersih, pola nafas teratur, Rr 18x/menit, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, suara auskultasi paru vesikuler kanan dan kiri, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 73x/menit (teraba lemah), Suhu: 35,8°C, akral dingin, capillary refill kembali dalam 4 detik, anemis, tingkat kesadaran apatis, GCS : E3 V4 M5, pupil isokor. Pengkajian sekunder (AMPLE) didapatkan keluarga mengatakan pasien setiap hari mengkonsumsi obat glibenklamid 3x1/ oral karena mempunyai riwayat penyakit DM, pasien mengalami penurunan nafsu makan.

Berdasarkan teori didapatkan masalah keperawatan resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dan resiko penurunan perfusi jaringan

perifer (NANDA, 2009). Selain itu dapat juga ditemukan diagnosa keperawatan penurunan perfusi jaringan serebral, dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Pada kenyataan di lapangan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh tidak diambil sebagai masalah keperawatan di IGD karena perawat menangani masalah yang lebih prioritas yaitu hipoglikemia yang jika tidak ditangani dengan cepat dan tepat akan cepat menyebabkan kematian jaringan otak dan dapat menimbulkan kematian. Selain itu untuk intervensi dan implementasinya akan dikonsultasikan dengan dokter dan spesialis gizi dalam pemberian terapi serta diitnya yang akan dilakukan di ruang perawatan.

Pada intervensi ketiga diagnosa di atas, didapatkan juga berbagai kesamaan antara teori dengan intervensi pada kasus. Secara teori intervensi keperawatan diambil berdasarkan NIC NOC menurut Judith (2007).

Implementasi yang dilakukan pada pasien Ny.Y disesuaikan dengan kondisi pasien dan ketersediaan penunjang implementasi dari RSUD Sragen. Implementasi yang telah diberikan untuk masing-masing diagnosa yang sesuai dengan teori adalah memberikan posisi supinasi, pemberian oksigenasi nasal kanul, kemudian pemasangan IV line D 10%, pemberian terapi D 40% per-IV, memantau keadaan umum dan kesadaran pasien, memonitor TTV dan melibatkan keluarga dalam pemberian minum manis pada pasien.

Penatalaksanaan pasien dengan hipoglikemi ini didukung oleh Naughton (2011) yang menyatakan bahwa setelah pengukuran glukosa, yang harus segera dilakukan dengan baik asupan makanan per-oral, IV dekstrosa, atau glukagon intramuskular. Ketika asupan makanan

per-oral tidak memungkinkan karena pasien mengalami penurunan kesadaran, maka pemberian dekstrosa per-IV merupakan terapi pertama.

Selain itu, perawat juga dapat melibatkan keluarga dalam perawatan pasien hipoglikemia. Hal ini didukung oleh Rahmadiliyani (2008) yang menyatakan peran keluarga sangat penting dalam menentukan perilaku penderita diabetes melitus, diharapkan keluarga memberikan dukungan moral dalam penatalaksanaan diabetes melitus. Briscoe (2011) juga menyatakan bahwa keluarga juga turut serta dalam mencegah terjadinya hipoglikemi pada pasien diabetes mellitus dan merawatnya.

Evaluasi yang dilakukan pada pasien Ny. Y juga tidak jauh berbeda dengan evaluasi pada teori. Perawat melakukan pengukuran kadar gula darah kembali setelah diberikan terapi D 40% 20 mg per-IV dan memantau keadaan umum serta TTV pasien. Evaluasi ini didukung oleh Naughton (2011) yang menyatakan bahwa pemberian dekstrosa per-IV merupakan terapi pertama yang dapat meningkatkan kadar glukosa darah selama 30-60 menit. Oleh karena itu, sebaiknya dilakukan pengukuran kadar gula darah kembali setelah pemberian dekstrosa per-IV.

Sedangkan ada beberapa intervensi pada teori tetapi belum bisa diimplementasikan pada pasien Ny. Y seperti memantau kadar gula darah yang akan dilakukan di ruang perawatan karena pemantauan kadar gula darah membutuhkan waktu yang lama dan dilakukan secara teratur.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Berdasarkan hasil analisis data dan uraian pembahasan pada "Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny.

Y Dengan Diabetes Mellitus Tipe II (Hipoglikemi) Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sragen” di atas, maka dapat diambil kesimpulan penelitian sebagai berikut:

1. Pengkajian asuhan keperawatan gawat darurat dapat dilakukan dengan hasil: *Airway*: jalan nafas bersih, tidak ada obstruksi, tidak ada sekret, suara paru vesikuler; *Breathing*: pola nafas teratur, Rr 18x/menit, irama teratur, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, suara auskultasi paru vesikuler kanan dan kiri, suara nafas bersih; *Circulation*: TD: 100/60 mmHg, Nadi: 73x/menit (teraba lemah), nadi teraba lemah, Suhu: 35,8^oC, akral dingin, capillary refill kembali dalam 4 detik, anemis; *Disability*: tingkat kesadaran apatis, GCS : E3 V4 M5, pupil isokor.
 2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus ini adalah: resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, penurunan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan kurangnya suplai glukosa ke otak, dan resiko penurunan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan diabetes mellitus.
 3. Intervensi keperawatan pada diagnosa resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik adalah kaji keadaan umum dan TTV, kaji kadar GDS, kaji kadar GDS sebelum dan 1 jam sesudah pemberian terapi, berikan informasi pada keluarga tentang penyakit dan penanganannya, anjurkan keluarga memberikan pasien minum manis, kolaborasi dengan tim kesehatan lain dalam pemberian terapi glukosa 5%, 10% atau 40% per-IV sesuai indikasi dan pantau nilai laboratorium seperti gula darah. Intervensi diagnosa penurunan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan kurangnya suplai glukosa ke otak adalah kaji tingkat kesadaran dan TTV, pertahankan keefektifan jalan nafas, berikan posisi supinasi, kolaborasi pemberian terapi O2, glukosa 5%, 10% atau 40% per-IV. Intervensi diagnosa resiko penurunan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan diabetes mellitus adalah kaji tingkat kesadaran dan TTV, kaji kadar GDS sebelum dan 1 jam sesudah pemberian terapi, pertahankan keefektifan jalan nafas, berikan posisi supinasi pada klien, berikan informasi pada keluarga tentang penyakit dan penanganannya, dan kolaborasi dengan tim kesehatan lain dalam pemberian terapi O2.
 4. Implementasi utama yang dilaksanakan pada pasien diabetes mellitus dengan hipoglikemi memberikan posisi supinasi, pemberian O2 nasal kanul 3 lt/menit, pemasangan IV line D 10%, pemberian terapi D 40% per-IV, memantau keadaan umum dan TTV, melibatkan keluarga dalam pemberian minum manis pada pasien, dan pengukuran kadar gula darah kembali setelah diberikan terapi D 40% 20 mg per-IV.
 5. Evaluasi pada untuk masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian dengan hasil GDS 121 gr/dl. Penurunan perfusi jaringan serebral teratasi sebagian dengan hasil keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, GCS: E3 V5 M6,
-

pasien anemis, akral teraba hangat dan capillary refill < 2 detik, tidak ada tremor. Resiko penurunan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian dengan hasil TD: 110/70 mmHg, Nadi: 78x/menit (teraba kuat), Rr: 18x/menit, Suhu: 36,2^oC, keadaan umum pasien lemah, pasien anemis, akral teraba hangat dan capillary refill < 2 detik.

6. Dokumentasi dilakukan dengan benar meliputi hasil pengkajian, penyusunan diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang ditulis dilembar asuhan keperawatan pasien.

Saran

Berdasarkan hasil pembahasan dan kesimpulan, maka penulis memberikan saran-saran, yaitu bagi mahasiswa agar dapat terus meningkatkan wawasan tentang asuhan keperawatan hipoglikemi, bagi perawat semoga akan terus meningkatkan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien hipoglikemi yang juga dapat melibatkan keluarga dalam perawatan pasien dengan cara dapat melakukannya bersamaan ketika melakukan tindakan lain sehingga dapat meminimalkan masalah keperawatan, serta bagi penulis karya tulis ilmiah lainnya untuk lebih menggali dan meningkatkan teori-teori serta penemuan yang mendukung kasus diabetes mellitus dengan hipoglikemi ini.

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association (ADA). 2012. *Medical advice for people with diabetes in emergency situations*. American Diabetes Association Journal
- Arma, R.A. 2011. *Diagnosis dan manajemen koma hipoglikemik pada pasien dengan hipertensi dan anemia*. Diakses pada tanggal 14 November 2012. <http://www.fkumyecase.net>
- Baradero, M. 2009. *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan endokrin*. Jakarta: EGC
- Briscoe, V.J., & Stephen N.D. 2006. *Hypoglycemia in type 1 and type 2 diabetes: physiology, pathophysiology, and management*. American Diabetes Association Journal: Clinical Diabetes.
- Carlisle. 2005. *Diabetes mellitus (prevalensi dan klasifikasinya)*. Diakses pada tanggal 17 Oktober 2012. <http://debrythaayu.blogspot.com>
- Corwin, J.E. 2002. *Buku saku patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Diskesjatengprov. 2011. *Profil kesehatan provinsi Jawa Tengah tahun 2011*. Diakses pada tanggal 17 Oktober 2012.
- Ernawati. 2012. *Asuhan keperawatan Ny S dengan diabetes mellitus di Instalasi gawat darurat Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Mansjoer, A. 2001. *Kapita selekta kedokteran jilid 2*. Jakarta: Media Aesculpius.
- Naughton, C.D., Wesley H.S., & Corey S. 2011. *Diabetes in the emergency department: acute care of diabetes patients*. American Diabetes Association Journal: Clinical Diabetes.
- NANDA International. 2009-2011. *Diagnosa keperawatan: definisi & klasifikasi 2009-2011*. (Alih bahasa: Monica Ester). Jakarta: Prima Medika
- Narsih. 2007. *Terapi oksigen*. Yogyakarta: Instalasi Rawat Intensif RSUP Dr.Sarjito.
- Nitil, K. 2011. *Treatment of severe diabetic hypoglycemia with glucagon: an underutilized therapeutic approach*. Dove Press Journal
- Nursalam. 2003. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rahmadiliyani, N., & Abi M. 2008. *Hubungan antara pengetahuan tentang penyakit dan komplikasi pada penderita diabetes mellitus dengan tindakan mengontrol kadar gula darah di wilayah kerja puskesmas 1 Gatak*
-

Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Ny. Y Dengan Diabetes Mellitus Tipe II (Hipoglikemi) Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sragen

- Sukoharjo. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Shafiee, G., Mohamadreza M.T., Mohammad P., & Bagher L. 2012. *The importance of hypoglycemia in diabetic patients*. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders.
- Smeltzer, S.C. 2002. *Buku ajar keperawatan medikal bedah edisi 8 volume 2*. Jakarta: EGC.
- Soegondo, Sidartawan. 2005. *Penatalaksanaan diabetes mellitus terpadu*. Jakarta: FKUI
- Suyono. 2003. *Metabolic endokrin: diabetes mellitus di Indonesia*. Jakarta: PAPDI FKUI
- Price, A.S. 2006. *Patofisiologi konsep klinis edisi 6 volume 1: proses penyakit*. Jakarta: EGC
- Wilkinson, J.M. 2006. *Buku saku diagnosis keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria hasil NOC edisi 7*. Jakarta: EGC
-
-
- * Noor Rachmi Wulan Mustika :
Mahasiswa Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta**
- ** Arina Maliya, A.Kep., M.Si.Med.
: Dosen Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta**
- *** Indah Kartikowati, S.Kep., Ns. :
Pembimbing Klinik Instalasi Gawat Darurat RSUD Sragen**
-
-