BAB I

PENDAHULUAN

1. **Latar Belakang**

Diabetes Militus adalah suatu kelompok penyakit metabolic yang di tandai dengan adanya hiperglikemi akibat kelainan sekresi insuli, kerja insulin mauun keduanya. Hiperglikemi kronis pada dabetes melitus akan disertai dengan kerusakan, gangguan fungsi beberapa alat tubuh khususnya mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah. Diabetes mellitus disertai oleh gangguan metabolisme hidrat arang, proteun, dan lemak. Walaupun diabetes mellitus ditemukan gangguan metabolism semua sumber makanan tubuh kita, kelainan metabolism yang paling utama adalah kelainan metabolism hidraat arang. Oleh karena itu diagnosis diabetes mellitus selalu berdasarjkan meningginya kadaara glukosa daalam plasma darah (<http://cerminkedoteran.com/2000>)

Daibetes mellitus merupakan kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Glukosa dibentuk di hati darimakanan yang dikonsumsi. Insulin adalah suatu hormone yang diproduksi pancreas,mengendalikan kadar glukosa daalam darah dengan mengatur produksi dan prnyimpananya. Diabetes Melitus merupakan penyakit kronis yang menyerang kurang lebih 12jutaoraang. Tujuh juta darin12 juta penderita diabetes tersebut sudah terdiagnosis, sisanya tidak terdiagnosis.

1. **Tujuan Penulisan**

* Tujuan Umum : Mampu menerapkan dan keterampilan dalam asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system endokrin secara langsung pada situasi nyata yang didasarkan pada ilmu an kiat keperawatan.
* Tujuan Khusus :

1. Mampu melaksanakan pengkajian padaklien dengan gangguan system endokrin
2. Mampu merumuskan diagnose keperawatan berdaasakan prioritas masalaah paa klien dengan gangguan system endokrin
3. Mampu embuat rencana keperawatan pada klien dengaan gangguan system endokrin
4. Mampu mengimplementasikan rencana tindakan keperawataan pada klien dengan gangguan system endokrin
5. Mampu membuat evaluasi
6. Mengetahui tindaakan pre dan post operasipada klien dengan gangguan system endokrin
7. **Metode Penulisan**

Dalam memperoleh data atau informasi yang digunakan untuk penulisan askep ini, penyusun menggunakan metode studi kepustakaan yakni dilakukan dengan mengambil referensi dari buku-buku dan internet yang relevan dengan topik penulisan askep ini sebagai dasar untuk mengetahui dan memperkuat teori yang digunakan.

1. **Ruang Lingkup**

Mengingat keterbatasan waktu dan kemampuan yang penyusun miliki, sesuai dengan rujukan materi yang harus dibahas dalam askep ini, maka ruang lingkup makalah ini terbatas pada pembahasan mengenai konsep penyakit dan konsep askep klien dengan DM.

**BAB II**

**KONSEP DASAR MEDIK**

1. **Pengertian**

Diabetes mellitus adalah gangguan endokrin yang paling banyak dijumpai. Gejala- gajala akut diabetes mellitus disebabkan oleh efek insulin yang tidak adekuat. Salah satu gambaran diabetes mellitus yang paling menonjol adalah peningkatan kadar glukosa didalam atau hiperglikemia.

Terdapat dua jenis diabetes mellitus yang paling sering terjadi. Diabetes mellitus tipe I ( tergantung insulin )yang mencakup sekitar 10-20% dari semua kasus diabetes , ditandai dengan tidak adanya sekresi insulin. Pada diabetes mellitus tipe II ( tidak tergantung insulin) sekresi insulin mungkin normal atau bahkan meningkat, tetapi sel- sel sasaran insulin mungkin normal atau bahkan meningkat , tetapi sel-sel sasaran insulin mungkin normal atau bahkan meningkat , tetapi sel-sel sasaran insulin mungkin kurang peka terhadap hormon ini dibandingkan dengan normal

1. **Etiologi**

* DM tipe 1

Seperti yang dijelaskan diatas , pada dasarnya ada dua hal yang menyebabkan seseorang dapat mengidap DM tipe I ini. Factor penyakit auto imun dan factor yang belum diketahui secara jelas penyebabnya. DM tipe I tidak diturunkan namun factor genetic menjadi salah satu factor yang dipertimbangkan dapat menyebabkan penyakit ini .dari kurang lebih 40 sindrom penyakit akibat genetic , DM memang salah satunya (HARIS,2000).

* DM tipe II

Tidak adanya yang mengetahui secara pasti penyebab DM tipe II.secara normal , ketika kadar Glukosa meningkat, pangkreas menghasilkan insulin untuk menurun kadar glukosa dalam darah . pada DM tipe II, seseorang kemungkinan mengalami resistensi terhadap insulin .pada resistensi insulin unakan pancreas memproduksi insulin tetapi tubuh tidak mampu menggunakan insulin secara tepat. Pancreas terhadap mengontrol kadar glukosa dalam darah . setelah beberapa tahun pancreas seseorang dapat berhenti bekerja dan berhenti memproduksi insulin . ketika ini terjadi gula akan meningkat dalam darah.

1. **Patofisiologi**

Disfungsi dari sel – sel betapulau langerhans yang dapat disebabkan oleh adanya tumor , pankreatis penggunaan kortikosteroit yang akan mengganggu sekresi insulin. Tiga efek utama gangguan kekurangan insulin pengurangan penggunaan glukosa oleh sel – sel tubuh dengan akibat peningkatan konsentrasi glukosa darah . peningkatan nyata mobilitas lemak dari daerah – daerah penyimpanan lemak menyebabkan kelainan metabolism lemak maupun pengendapan lipid pada dinding faskuler. Kekurangan protein dalam jaringan tubuh, dapat juga devisit insulin terjadi perubahan metabolisme glikogenesis berkurang dan tetap terdapat kelebihan glukosa dalam darah.

Glikolisis meningkat sehingga cadangan glikogen berkurang dan glukosa hati di curahkan kedalam darah secara terus menerus melebihi kebutuhan.glukoneogenesis meningkat dan lebih banyak lagi glukosa hati yang tercurahkan kedalam darah dari pemecahan asam amino dan lemak sehi ngga menyebabkan konsentrasi glukosa melibihi ambang ginjal , maka timbul glukosuria.glukosuria ini akan mrnyebabkan dieresis osmotic yang meningkatkan pengeluaran urin (poli urine ), timbul rasa haus (poli dipsi) dan berat badan berkurang dan nafsu makan meningkat (poli fagi).mungkin timbul sehingga akibat kehilangan kalori .pada anak DM terjadi rata – rata penurunan produksi insulin akan berakibat penurunan kemampuan memperoleh energy yang berasal dari nutrisi yang dibutuhkan oleh anak .

1. **Manifestasi Klinik**

Timbul DM, ada rasa haus, penurunan BB, kencing banyak, lesu, ngompol waktu malam seperti yang di jelaskan diatas, ada 3 P yang dikenal dalam gejala DM yaitu: poli uria, poli dipsi , poli fagi.

1. **Komplikasi**

Setelah jangka panjang dan tanpa perawatan yang memadai , DM dapat memicu berbagai kompliksasi berupa:

* Gangguan pada mata potensi berakibat pada kebutaan
* Gangguan pada ginjal hingga berakibat pada ginjal
* Gangguan kardiovaskuler, disertai lesi membrane basalis yang dapat diketahui dengan pemeriksaan menggunakan mikroskop electron
* Gejala lain antara lain amputasi , dehidrasi , ketoasidosis , ketonuria

1. **Pemeriksaan Diagnostik**

DM dapat di diagnosa dengan tes gula darah , tes dilakukan sebanyak 2 kali untuk memastikan seorang anak menderita DM .gula darah sewaktu gula lebih ataau orikan mengalami DM jika kadar gula glukosa lebih atau sama dengan 200 mg/dl.

Gula darah puasa setelah anak puasa selama 8 jam dan diperiksa kadar gula darahnya menunjukan lebih atau sama dengan 126mg/dl.

OGTT= oral glucose tolerance tes. Setelah puasa dilakukan pengambilan darah anak kemudian anak diberikan cairan glukosa, 2 jam kemudian darah anak diambil kembali dan jika hasil pemeriksaan kadar gula darah anak. menunjukan 200mg/dl atau lebih menunjukan anak mengalami DM.

BAB III

PRE DAN POST OPERASI

***PRE OPERATIF***

Persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1. PERSIAPAN PSIKOLOGI

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini  
dapat disebabkan karena :

* Takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya. Keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Penyuluhan merupakan fungsi penting dari perawat pada fase pra bedah dan dapat mengurangi cemas pasien. Hal-hal dibawah ini penyuluhan yang dapat diberikan kepada pasien pra bedah.

PENJELASAN TENTANG PERISTIWA

Informasi yang dapat membantu pasien dan keluarganya sebelum operasi:

* Pemeriksaan-pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan).
* Hal-hal yang rutin sebelum operasi.
* Alat-alat khusus yang diperluka
* Pengiriman ke ruang bedah.
* Ruang pemulihan.
* Kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi :

Perlu peningkatan mobilitas sedini mungkin.

Perlu kebebasan saluran nafas.

Antisipasi pengobatan.

Latihan yang diberikan pada pasien sebelum operasi antara lain :

1. Latihan nafas dalam

Latihan nafas dalam sangat bermanfaat bagi pasien untuk mengurangi nyeri setelah operasi dan dapat membantu pasien relaksasi sehingga pasien lebih mampu beradaptasi dengan nyeri dan dapat meningkatkan kualitas tidur. Selain itu teknik ini juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah setelah anastesi umum. Dengan melakukan latihan tarik nafas dalam secara efektif dan benar maka pasien dapat segera mempraktekkan hal ini segera setelah operasi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

Latihan nafas dalam dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

* Pasien tidur dengan posisi duduk atau setengah duduk (semifowler) dengan lutut −ditekuk dan perut tidak boleh tegang. Letakkan tangan diatas perut sebanyak-banyaknya dengan menggunakan hidung dalam kondisi− Hirup udara mulut tertutup rapat. Tahan nafas beberapa saat (3-5 detik) kemudian udara dikeluarkan sedikit demi sedikit melalui− secara perlahan-lahan, berulang kali (?15 kali)− mulut. Lakukan hal ini Lakukan latihan dua − kaliseharipraopeartif.

1. Latiihan batuk efektif

Latihan batuk efektif juga sangat diperlukan bagi klien terutama klien yang mengalami operasi dengan anstesi general. Karena pasien akan mengalami pemasangan alat bantu nafas selama dalam kondisi teranstesi. Sehingga ketika sadar pasien akan mengalami rasa tidak nyaman pada tenggorokan. Dengan terasa banyak lendir kental di tenggorokan. Latihan batuk efektif sangat bermanfaat bagi pasien setalah operasi untuk mengeluarkan lendir atau sekret tersebut. Pasien dapat dilatih melakukan teknik batuk efektif dengan cara :

* Pasien condong ke depan dari posisi semifowler, jari-jari tangan dan letakkan melintang diatas incisi sebagai−jalinkan bebat ketika batuk.   
  Kemudian pasien nafas dalam seperti cara nafas Segera lakukan batuk spontan, pastikan rongga−dalam (3-5 kali) hanya batuk dengan mengadalkan kekuatan−pernafasan terbuka dan tidak tenggorokan saja karena bisa terjadi luka pada tenggorokan. Hal ini bisa tidak berbahaya terhadap incisi.−menimbulkan ketidaknyamanan, namun selama batuk daerah operasi terasa− Jika−Ulangi lagi sesuai kebutuhan. nyeri, pasien bisa menambahkan dengan menggunakan bantal kecil atau gulungan handuk yang lembut untuk menahan daerah operasi dengan hati-hati sehingga dapat mengurangi guncangan tubuh saat batuk.

1. Latihan gerak sendi

Latihan gerak sendi merupakan hal sangat penting bagi pasien sehingga setelah operasi, pasien dapat segera melakukan berbagai pergerakan yang diperlukan untuk mempercepat proses penyembuhan. Pasien/keluarga pasien seringkali mempunyai pandangan yang keliru tentang pergerakan pasien setalah operasi. Banyak pasien yang tidak berani menggerakkan tubuh karena takut jahitan operasi sobek atau takut luka operasinya lama sembuh. Pandangan seperti ini jelas keliru karena justru jika pasien selesai operasi dan segera bergerak maka pasien akan lebih cepat merangsang usus (peristaltik usus) sehingga pasien akan lebih cepat kentut/flatus. Keuntungan lain adalah menghindarkan penumpukan lendir pada saluran pernafasan dan terhindar dari kontraktur sendi dan terjadinya dekubitus. Tujuan lainnya adalah memperlancar sirkulasi untuk mencegah stasis vena dan menunjang fungsi pernafasan optimal. Intervensi ditujukan pada perubahan posisi tubuh dan juga Range of Motion (ROM).

1. PERSIAPAN FISIOLOGI

* Diet  
  8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum, (puasa) pada operasi dengan anaesthesi umum  
  Pada pasien dengan anaesthesi lokal atau spinal anaesthesi makanan ringan  
  diperbolehkan.
* Persiapan Kulit

Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut. Pencukuran dilakukan pada waktumalam menjelang operasi. Rambut pubis dicukur bila perlu saja, lemak dan kotoranharus terbebas dari daerah kulit yang akan dioperasi. Luas daerah yang dicukursekurang-kurangnya 10-20 cm2.  
Hasil Pemeriksaan Meliputi hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain. Persetujuan Operasi / Informed Consent Izin tertulis dari pasien / keluarga harus tersedia. Persetujuan bisa didapat dari keluargadekat yaitu suami / istri, anak tertua, orang tua dan kelurga terdekat.

* Persiapan Akhir Sebelum Operasi Di Kamar Operasi (Serah terima denganperawat OK)

Mencegah Cidera Untuk melindungi pasien dari kesalahan identifikasi atau cidera perlu dilakukan hal tersebutdi bawah ini :

* Cek daerah kulit / persiapan kulit dan persiapan perut (lavement).
* Cek gelang identitas / identifikasi pasien.
* Lepas tusuk konde dan wig dan tutup kepala / peci.
* Lepas perhiasan
* Bersihkan cat kuku.
* Kontak lensa harus dilepas dan diamankan.
* Protesa (gigi palsu, mata palsu) harus dilepas.
* Alat pendengaran boleh terpasang bila pasien kurang / ada gangguan pendengaran.
* Kaus kaki anti emboli perlu dipasang pada pasien yang beresiko terhadap tromboplebitis.
* Kandung kencing harus sudah kosong.
* Status pasien beserta hasil-hasil pemeriksaan harus dicek meliputi ;
* Catatan tentang persiapan kulit.
* Tanda-tanda vital (suhu, nadi, respirasi, TN).
* Pemberian premedikasi.
* Pengobatan rutin.
* Data antropometri (BB, TB)
* Informed Consent
* Pemeriksan laboratorium.
* Pemberian Obat premedikasi

Obat-obat pra anaesthesi diberikan untuk mengurangi kecemasan, memperlancar induksidan untuk pengelolaan anaesthesi. Sedative biasanya diberikan pada malam menjelangoperasi agar pasien tidur banyak dan mencegah terjadinya cemas.

***POST OPERATIF***

Perawatan post operatif meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

* Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anastesi (recovery room)ϖ  
  Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anastesi (PACU: post anasthesia care unit) memerlukan pertimbangan-pertimbangan khusus. Pertimbangan itu diantaranya adalah letak incisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Letak incisi bedah harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pasca operatif dipidahkan. Banyak luka ditutup dengan tegangan yang cukup tinggi, dan setiap upaya dilakukan untuk mencegah regangan sutura lebih lanjut. Selain itu pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase.

Hipotensi arteri yang serius dapat terjadi ketika pasien digerakkan dari satu posisi ke posisi lainnya. Seperti posisi litotomi ke posisi horizontal atau dari posisi lateral ke posisi terlentang. Bahkan memindahkan pasien yang telah dianastesi ke brankard dapat menimbulkan masalah gangguan vaskuler juga. Untuk itu pasien harus dipindahkan secara perlahan dan cermat. Segera setelah pasien dipindahkan ke barankard atau tempat tidur, gaun pasin yang basah (karena darah atau cairanlainnnya) harus segera diganti dengan gaun yang kering untuk menghindari kontaminasi.   
Selama perjalanan transportasi tersebut pasien diselimuti dan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury. Selain hal tersebut diatas untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan pasien. Selang dan peralatan drainase harus ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi dengan optimal. pasien di transportasikan dari kamar operasi ke ruang pemulihan Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawatanastesi dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.

* Perawatan post anastesi di ruang pemulihan (recovery room)

Setelah selesai tindakan pembedahan, paseien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (recovery room : RR) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan).   
PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk (1) perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anastesi) (2) ahli anastesi dan ahli bedah (3) alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya. Alat monitoring yang terdapat di ruang ini digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan yang ada diantaranya adalah alat bantu pernafasan : oksigen, laringoskop, set trakheostomi, peralatan bronkhial, kateter nasal, ventilator mekanik dan peralatan suction. Selain itu di ruang ini juga harus terdapat alat yang digunakan untuk memantau status hemodinamika dan alat-alat untuk mengatasi permasalahan hemodinamika, seperti : apparatus tekanan darah, peralatan parenteral, plasma ekspander, set intravena, set pembuka jahitan, defibrilator, kateter vena, torniquet. Bahan-bahan balutan bedah, narkotika dan medikasi kegawatdaruratan, set kateterisasi dan peralatan drainase.   
Selain alat-alat tersebut diatas, pasien post operasi juga harus ditempatkan pada tempat tidur khusus yang nyaman dan aman serta memudahkan akses bagi pasien, seperti : pemindahan darurat. Dan dilengkapi dengan kelengkapan yang digunakan untuk mempermudah perawatan. Seperti tiang infus, side rail, tempat tidur beroda, dan rak penyimpanan catatan medis dan perawatan. Pasien tetap berada dalam PACU sampai pulih sepenuhnya dari pegaruh anastesi, yaitu tekanan darah stabil, fungsi pernafasan adekuat, saturasi oksigen minimal 95% dan tingkat kesadaran yang baik. Kriteria penilaian yang digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dikeluarkan dari PACU adalah :

* Fungsi pulmonal yang tidak terganggu
* Hasil oksimetri nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat
* Tanda-tanda vital stabil, termasuk tekanan darah
* Orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang
* Haluaran urine tidak kurang dari 30 ml/jam
* Mual dan muntah dalam control
* Nyeri minimal

**BAB IV**

**TINJAUAN KASUS**

**1. Pengkajian**

1. Pengumpula Data
2. Biodata
3. Identitas Klien

Nama : Tn. M

Umur : 57 tahun

Jenis Kelamin : Laki – laki

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : PNS

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Muna/Indonesia

Status Perkawinan : Kawin

Tanggal Masuk RS : 15 - 08 - 2013

Tanggal Pengkajian : 16 – 08 - 2013

No. Medrec : 091822

Dx. Medis : Diabetes Melitus

Alamat : Desa Pola Kab. Muna

1. Identitas Penganggung Jawab

Nama : Ny. N

Umur : 45 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Status : Kawin

Suku/Bangsa : Muna/Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Agama : Islam

Hubungan Dengan Klien : Istri

Alamat : Desa Pola Kab. Muna

1. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

1. Keluhan Utama : Lemah
2. Riwayat keluhan utama

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengeluh lemah, keadaan ini disebabkan adanya peningkataan kadar glukosa dalam darah yang menyebabkan klien tidak dapat beraktifitas. Kelemahan dirasakan pada seluruh tubuh terutama pada seluruh anggota gerak. Keluhan dirasakan bertambah berat apabila klien beraktifitas dan berkurang pada saat istrahat.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan belum pernah masuk RS dengan penyakit yang sama, selama sakit klien berobat dipuskesmas. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadapmakanan dan obat-obatan, klien sebelumnya suka mengonsumsi makanan yang manis dan setelah menderita penyakit diabetes mellitus, klien mengurangi makanan yang manis sperti gula dan nasi.

1. Pemeriksaan Fisik

* Keadaan Umum : Klien tampak lemah
* Kesadaran : Komposmentis
* Berat badan seelum sakit 65 Kg dan setelah sakit 52 kg
* Tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 110/90 mmHg

Nadi : 78x/menit

Suhu : 36,40C

Pernapasan : 20x/menit

* Sistem Endokrin

Tidak tampak adanya hiperpigmentasi kulit, tampak adanya keringat yang berlebihan, klien mengatakan merasa gerah dan gatal, tidak teraba adanyaa massa, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan patiroid padasaat palpasi.

* Sistem Pernapasan

Bentuk hidung simetris, tidak terdapat secret pada jalan nafas, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terdapat penggunaan otot-otot bantu pernapasan. Bentuk dada simetris, tidak adanya nyeri tekan pada dada, ekspansi paru simetris, pada perkusi terdengar resonan, frekuensi napas 20 kali permenit.

* Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva tampak anemis, tidak aada peningkatan vena jagularis, suara perkusi jantung dulnes SI dan SII terdengar murni regular, palpasi denyut nadi denga frekuensi 78x/menit,irama nadi teratur, tekanan darah 110/90 mmHg.

* Sistem Pencernaan

Bibir Nampak lembab, fungsi menelan baik, tidak ada stomatitis,gigi kekuningan dan terdapat caries pada gigi, ada keluhan nyeri pada saat mengunyah, tidak ada pembesaran tonsil, lidah berwarna merah muda dan tampak bersih. Abdomen datar, bising usus 12 kali/menit, tidak ada nyeri tekan pada abdomen.

* Sistem Penginderaan

Bentuk dan ukuran mata klien simetris, lapang pandang klien normal, jarak pandang klien baik dan klien dapat membaca papan nama perawat dengan jarak 30cm.

* Sistem Perkemihan

Tidak ada pembesaran pada kedua ginjal, tidak ada distensipada kandung kemih, tidak ada nyeri tekan ppada palpasi ginjal, terpasang kateter tetap, urine warna kuning jernih.

* Sistem Muskuloskeletal

a) Ekstremitas atas

Bentuk dan ukuran pada ekstremitas atas simetris, pada tangan kiri tepasang infuse RL 28 tetes/menit, kuku klien nampak panjang dan kotor, tidak ada nyeri pada sendi, kekuatan otot 5|5.

b) Ekstremitas bawah

Bentuk dan ukuran pada ekstremitas bawahsimetris antrara kiri dan kanan, klien mengeluh terasa keram dan lemah pada kaki kanan dan kiri, kekuatan otot 5|5.

* Sistem Integumen

Warna rambut hitam, warna kulit sawomatang , kulit teraba hangat, klien mengatakan merasa gerah dan gatal.

* Sistem Persarafan

1. Nervus I (Olfactorius) : Klien dapat membedakan bau seperti: bau kopi dan bau minyak kayu putih.
2. Nervus II (Opticus) : Fungsi ketajaman penglihatan klien baik, klien masih bias membaca papan nama perawat pada jarak 30cm.
3. Nervus III (Okulomotorius), Nervus IV (Trochlearis) dan Nervus VI (Abdusen) : Klien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah yaitu kea rah bawah, atas, dan samping. Klien dapat membuka dan menutup mata, lapang pandang tidak mengalami penyempitan.
4. Nervus V ( Trigeminus) : fungsi mengunyah klien baik, klien dapat menggerakkan rahangnya ke arah belakang, depan, samping kanan, dan kiri.
5. Nervus VII (Fasialis) : Klien dapat tersenyumdengan kedua bibir tersenyum, klien dapat membedakan asamanis dan asin.
6. Nervus VIII (Auditorius) : Klien dapat meangkap suara-suara bisikan dibuktikan dengan klien dapat mendengar suara gesekan kertas.
7. Nervus XI (Aksesorius) : Klien dapatmenolehke kanan dan ke kiri dengan tangan pemeriksa, klien juga tidak dapatmengangkat bahu ketika tanganpemeriksa menahan bahu klien.
8. Nervus XII (Hipoglosus) : Pada saatklien disuruh membuka mulut dan menjulurkan lidah ke segala arah, klien dapat melakukannya.
9. Pola aktivitas sehari – hari

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kebutuhan** | **Sebelum Sakit** | **Setelah Sakit** |
| Pola nutrisi   * Makan   Frekuensi  Jenis  Porsi makan  Keluhan   * Minum   Frekuensi  Jenis minuman  Keluhan | 3 x / hari  Nasi + sayur + lauk –pauk  1 Porsi habis  Tidak ada  5-6 gelas  Air putih  Tidak ada | 3 x / hari  Diet DM lunak (1800 kkal)  1porsi tidak habis (1/2 porsi)  Nafsu makan berkurang  6-7 gelas  Air putih  Tidak ada |
| Pola Eliminasi   * BAB   Frekuensi  Warna  Konsistensi  Bau  Keluhan   * BAK   Frekuensi  Warna  Bau  Keluhan | 1 x/ hari  Kuning  Lembek  Khas  Tidak ada  4-6x/hari  Kuning  Amoniak  Tidak ada | 1 x /hari  Kuning  Lembek  Khas  Tidak ada  5-7 x / pada malam hari  Kuning  Amoniak  Terpasang kateter tetap |
| Pola istrahat tidur   * Malam   Kualitas  Kuantitas  Keluhan   * Siang   Kualitas  Kuantitas  Keluhan | Tidur nyenyak  7-8 jam  Tidak ada  Nyenyak  3-4 jam  Tidak ada | Tidur nyenyak  7-8 jam  Tidak ada  Jarang  Kurang lebih 2 jam  Tidak ada |
| Pola Hygiene   * Mandi   Frekuensi  Pakai sabun / tidak  Dibantu /sendiri   * Gosok gigi   Frekuensi  Pakai pasta gigi /tidak  Dibantu atau sendiri   * Keramas   Frekuensi  Pakai sampo / tidak  Dibantu / tidak | 2 – 3 x / hari  Pakai sabun  Sendiri  Setiap kali mandi  Pakai pasta gigi  Sendiri  3 – 4 x / minggu  Pakai sampo  Sendiri | Selama di RS klien belum pernah mandi, hanya dibersihkan menggunakan waslap.  Selama sakit klien mengatakan belum pernah menggosok gigi  Belum pernah keramas |

***Klasifikasi Data***

* Data Subyektif
* Klien menanyakan banyak makan dan minum, enuresis
* Klien mengatakan penglihatan kabur, sakit kepala
* Klien mengatakan adanya kelainan pada permukaan kulit
* Data Obyektif
* Hasil glukosa meningkat, hematokrit
* Ketidakmampuan untuk mengabsorbsi makanan
* Ketidakcukupan insulin
* Berat badan menurun, lemah, hiperglikemia
* Adanya kerusakan kulit

***Analisa data***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Problem** | **Etiologi** | **Symptom** |
| Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | Proses penyakit  ↓  Ketidakadekuatan kerja Insulin dalam tubuh  ↓  Metabolism zat makanan tidak sempurna  ↓  Absorbsi glukosa tidak efektif  ↓  Nutrias kurang dari kebutuhan tubuh | DS  DO :   * BB menurun , ketidak mampuan untuk mengabsosbsi makanan * Ketidak cukupan insulin dalam darah |
| Resiko cedera berhubungan dengan hiperglikemia | Proses penyakit  ↓  Metabolisme zat makanan tidak sempurna  ↓  Hiperglikemia  ↓  Penglihatan kabur  ↓  Resiko cedera | DS :   * Banyak makan & minum, enuresi, lelah, sakit kepala   DO :   * Hasil glukosa meningkat , hematokrit |
| Intoleransi aktivitas | Adanya penyakit  ↓  Penurunan penyakit insulin  ↓  Penurunan kemampuan memperoleh energy  ↓  Kehilangan berat badan  ↓  Kelemahan  ↓  Intoleransi aktivitas | DS :   * Klien mengatakan merasa cepat lelah   DO :   * Berat badan menurun, lemah |
|  | Adanya penyakit  ↓  Defsit insulin  ↓  Glukoneogenesis meningkat, glukosa hati lebih banyak tercurahkan ke dalam darah pemecahan asam amino & lemak  ↓  Kosentrasi glukosa melebihi ambang ginjal  ↓  Glukosuria  ↓  Dieresis osmotic  ↓  Pengeluaran urine ( poliuria )  ↓  Perubahan pola eliminasi | DS :   * Klien mengatakan pengeluaran urine meningkat   DO :   * Rasa haus yang terus merus |
| Kerusakan jaringan kulit | Adanya penyakit  ↓  Defisiensi hormon insulin  ↓  Peningkatan kadar glukosa darah ( hiperglikemia  ↓  Suplai nutrias kejaringan menurun  ↓  Iskemi  ↓  Neukrotik  ↓  Kerusakan jaringan kulit | DS :   * Klien mengatakan adanya perubahan/ kelainan pada permukaan kulit   DO :   * Adanya kerusakan jaringan kulit |

1. **Diagnosa keperawatan**
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kekurangan cairan aktif, banyak cairan
3. Perubahan pola eliminasi berhubungan dengan glukosuria
4. Kerusakan jaringan kulit brhubungan dengan iskemik
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan
6. **Perencanan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tujuan** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam akan didapatkan hasil :   * Nutrisi terpenuhi * Tidak terjadi penurunan 20% * Berat badan meningkat | 1. Beri makanan yang terpilih tinggi serat, rendah karbohidrat. 2. Monitor jumlah nutrisi. 3. Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana membuat jadwal makan sesuai dengan diet DM. 4. Kolaborasi dengan ahli untuk memberikan diet 5. Lakukan penimbangan berat badan tiap hari. 6. Rotasi area injeksi untuk absorbsi kadar. glukosa | 1. Dapat membantu untuk pengambilan berat badan tanpa karbohidrat. 2. Sebagai cara mengontrol nutrisi atau kebutuhan nutrisi klien 3. Agar klien mampu keluarga bias lebih mandiri dan tidak tergantung pada perawat. 4. Upaya untuk pemulihan kebutuhan nutrisi yang tepat pada klien. 5. Mengontrol asupan nutrisi klien. 6. Memastikan absorbsi kadar glukosa. |
| 2 | Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 2 minggu perubahan pola eliminasi kembali normal  Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 4 hari perubahan pola eliminasi berangsur-angsur membaik | 1. Pantau tingkat kelebihan eliminasi. 2. Batasi asupan cairan bila di indikasi. 3. Kolaborasi dalam pemberian obat. | 1. Untuk mendapatkan data dasar untuk intervensi selanjutnya 2. Meminimalkan kerja ginjal. 3. Mempercepat proses penyembuhan. |
| 3 | Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 5 hari gangguan integritas kulit klien berangsur-angsur membaik | 1. Kaji integritas kulit. 2. Anjurkan klien untuk tidak menggaruk bagian yang lecet 3. Berikan advise pada klien untuk menghindari pemakian crem kulit , minyak , bedak tanpa rekomendasi dokter 4. Kolaborasi dengan tim medis untuk perbaikan iskemik. | 1. Mengetahui tingkat keparahan gangguan integritas kulit. 2. Mencegah keparahan lebih lanjut. 3. Mencegah keparahan lebih lanjut. 4. Pengobatan terhadap iskemik. |
| 4 | Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 5 hari intoleransi aktivitas membaik.  Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 hari, klien menunjukan adanya kemajuan terhadap toleransi aktivitas | 1. Kaji tingkat aktivitas klien. 2. Pantau kemampuan klien dalam melaksanakan aktivitas 3. Bantu klien dalam melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan klien 4. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat. | 1. Untuk menentukan intervensi selanjutnya 2. Menentukan intervensi selanjutnya. 3. Membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan.      1. Mempercepat proses penyembuhan. |

***4. Implementasi dan Evaluasi***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **DX** | **Intervensi** | **Evaluasi** |
| 1 | Nutrisa kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kekurangan cairan aktif, banyak cairan | * Memberi makanan yang terpilih tinggi serat, rendah karbohidrat. * Mengobservasijumlah nutrisi. * Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana membuat jadwal makan sesuai dengan diet DM. * Berkolaborasi dengan ahli untuk memberikan diet * Melakukan penimbangan berat badan tiap hari. * Mengobservasi area injeksi untuk absorbsi kadar. glukosa | S :   * Klien mengatakan belum dapat menghabiskan porsi makanan yang disediakan   O :   * Porsi makan tidak dihabiskan   A :   * Masalah belum teratasi   P :   * Lanjutkan intervensi 2,3,5, dan 6 |
| 2 | Perubahan pola eliminasi berhubungan dengan glukosuria | * Memantau tingkat kelebihan eliminasi. * Membatasi asupan cairan bila di indikasi. * Berkolaborasi dalam pemberian obat. | S :   * Klien mengatakan dalam sehari lebih dari 1 x BAK   O :   * Tampak klien masih lemah akibat pengeluaran BAK yang berlebihan   A :   * Masalah belum teratasi   P :   * Lanjutkan intervensi 1,2, dan 3 |
| 3 | Kerusakan jaringan kulit brhubungan dengan iskemik | * Mengkaji integritas kulit. * Menganjurkan klien untuk tidak menggaruk bagian yang lecet * Memberikan advise pada klien untuk menghindari pemakian crem kulit , minyak , bedak tanpa rekomendasi dokter * Berkolaborasi dengan tim medis untuk perbaikan iskemik. | S :   * Klien mengatakan kulitnya mulai membaik   O :   * Tampak kuliat klien mulai membaik   A :   * Masalah teratasi sebagian   P :   * Lanjutkan intervensi1, 2, dan 3 |
| 4 | Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dan kelelahan | * Mengkaji tingkat aktivitas klien. * Memantau kemampuan klien dalam melaksanakan aktivitas * Membantu klien dalam melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan klien * Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat. | S :   * Klien masih mengeluh lemah   O :   * Tampak klien belum dapat melakukan aktivitas fisik secara mandisi   A :   * Masalah belum teratasi   P :   * Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, dan 4 |

BAB V

PENUTUP

**A. Kesimpulan**

Diabetes mellitus adalah gangguan endokrin yang paling banyak dijumpai. Gejala- gajala akut diabetes mellitus disebabkan oleh efek insulin yang tidak adekuat. Salah satu gambaran diabetes mellitus yang paling menonjol adalah peningkatan kadar glukosa didalam atau hiperglikemia.

Terdapat dua jenis diabetes mellitus yang paling sering terjadi. Diabetes mellitus tipe I ( tergantung insulin )yang mencakup sekitar 10-20% dari semua kasus diabetes , ditandai dengan tidak adanya sekresi insulin. Pada diabetes mellitus tipe II ( tidak tergantung insulin) sekresi insulin mungkin normal atau bahkan meningkat, tetapi sel- sel sasaran insulin mungkin normal atau bahkan meningkat , tetapi sel-sel sasaran insulin mungkin normal atau bahkan meningkat , tetapi sel-sel sasaran insulin mungkin kurang peka terhadap hormon ini dibandingkan dengan normal

**B. Saran**

Makalah asuhan keperawatan ini semoga menjadi bahan acuan yang memperkaya perbendaharaan pengetahuan dan keterampilan asuhan keperawatan khususnya pada klien dengan gangguan system endokrin sehingga dapat mendukung pengembangan profesi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Http://cermin kedokteran.com/2000/International\_diabetes\_federation/2000

<http://ilmukeperawatan.wordpress.com/2008>

<http://srisuparti.blogspot.com/2008>

[www.kuliahgizi.blog/diabetesmelitus\_2009html](http://www.kuliahgizi.blog/diabetesmelitus_2009html)

Basford & Slevin, 2006. Teori dan Praktek Keperawataan. EGC : Jakarta

Carpenito, L. J. 2000. Diagnosa Keperawatan, Edisi 6. EGC : Jakarta

**Tugas Kelompok**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN



**OLEH :**

|  |  |
| --- | --- |
| * **NOVI ANGGRIANI** * **WD. SITTI MUYANA** * **RITI ASKINO RAMADHAN** | * **SUTRYANI** * **SUHARDIN SYAMSAH** * **LD. ARMAN** |

AKPER PEMKAB MUNA

2013 / 2014

**KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur kami ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan tugas makalah ini. Kami juga bersyukur atas berkat rezeki dan kesehatan yang diberikan kepada kami sehingga kami dapat menyelesaikan makalah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN”

Kami sadar bahwa makalah yang kami buat ini masih jauh dari sempurna, karena itu kami mengharapkan saran dan kritik yang membangun untuk menyempurnakan makalah ini menjadi lebih baik lagi. Oleh karena itu kami mohon bantuan dari teman-teman sekalian.

Demikianlah makalah ini kami buat, apabila ada kesalahan dalam penulisan, kami mohon maaf yang sebesarnya dan sebelumnya kami mengucapkan terima kasih.

Raha, APRIL 2014

Penulis

**DAFTAR ISI**

|  |  |
| --- | --- |
| Halaman Sampul  Kata Pengantar  Daftar Isi  BAB I PENDAHULUAN   1. Latar Belakang 2. Tujuan Penulisan 3. Metode Penulisan 4. Ruang Lingkup   BAB II KONSEP DASAR MEDIK   1. Pengertian 2. Etiologi 3. Patafisiologi 4. Manifestasi Klinik 5. Komplikasi 6. Pemeriksaan Diagnostik   BAB III PRE DAN POST OPERASI   1. Pre Operasi 2. Post Operasi   BAB IV TINJAUAN KASUS   1. Pengkajian 2. Diagnosa Keperawatan 3. Intervensi 4. Implementasi dan Evaluasi   DAFTAR PUSTAKA |  |