

LAPORAN PRAKTIKUM KLINIK SEMESTER II
KOMUNIKASI KONSELING – SBAR
RSUD WATES KULON PROGO
YOGYAKARTA



DI SUSUN OLEH:
EVI NOFIANDARI
NIM. 2110101089

PROGRAM STUDI KEBIDANAN PROGRAM SARJANA DAN PROFESI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS 'AISYIYAH YOGYAKARTA
TAHUN 2021/2022

HALAMAN PENGESAHAN

**LAPORAN PRAKTIKUM KLINIK SEMESTER II
KOMUNIKASI KONSELING – SBAR
RSUD WATES KULON PROGO
YOGYAKARTA**

**DI SUSUN OLEH:
EVI NOFIANDARI
NIM. 2110101089**

**Pembimbing : Fayakun Nur Rohmah, S.ST., MPH
Tanggal : 16 Juli 2022
Tanda tangan :**



(.....)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, sehingga penyusun dapat menyelesaikan laporan Individu Praktikum Klinik di Rumah Sakit Umum Daerah Wates.

Penulisan laporan ini dalam rangka menerapkan praktek klinik Keterampilan Dasar Praktek Kebidanan dan Komunikasi Konseling yang merupakan salah satu mata kuliah yang harus dilalui dalam proses pendidikan.

Penyusun menyadari sepenuhnya bahwa laporan ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, untuk itu penyusun sangat mengharapkan kritik serta saran yang bersifat membangun guna kesempurnaan laporan ini.

Akhir kata penyusun mengucapkan terimakasih semoga laporan ini bermanfaat bagi penyusun khususnya serta pembaca pada umumnya. Dan semoga kebaikan semua pihak yang telah membantu penyusunan laporan ini mendapatkan imbalan yang setimpal dari Allah SWT.

Yogyakarta, 10 juli 2022

Evi Nofiandari

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI.....	4
BAB I PENDAHULUAN.....	5
A. <i>LATAR BELAKANG</i>	5
B. <i>RUMUSAN MASALAH</i>	5
C. <i>TUJUAN</i>	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. <i>DEFINISI DIAABETES MELLITUS</i>	6
B. <i>ETIOLOGI DIABETES MELLITUS</i>	6
C. <i>KLASIFIKASI DIABETES MELLITUS</i>	6
D. <i>PATOFISIOLOGIS DIABETES MELLITUS</i>	7
E. <i>GEJALA KLINIS DIABETES MELLITUS</i>	8
F. <i>DIAGNOSA DIABETES MELLITUS</i>	8
G. <i>PENCEGAHAN DIABETES MELLITUS</i>	8
H. <i>KOMPLIKASI DIABETES MELLITUS</i>	9
I. <i>PEMERIKSAAN GULA DARAH SEWAKTU</i>	10
BAB III HASIL OBSERVASI	11
BAB IV PEMBAHASAN.....	14
BAB V PENUTUP	14
A. <i>KESIMPULAN</i>	14
DAFTAR PUSTAKA	15
LAMPIRAN DOKUMENTASI SBAR.....	

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Diabetes Mellitus (DM) merupakan kategori penyakit tidak menular (PTM) yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, baik secara global, regional, nasional maupun lokal. Salah satu jenis penyakit metabolik yang selalu mengalami peningkatan penderita setiap tahun dinegara-negara seluruh dunia. Diabetes merupakan serangkaian gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin, sehingga menyebabkan kekurangan insulin baik absolut maupun relatif, akibatnya terjadi peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah (Infodatin, 2014; Sarwono, dkk, 2007). Diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit yang prevalensinya terus mengalami peningkatan. Diabetes mellitus (DM) merupakan penyakit kronis yang diakibatkan oleh pankreas yang tidak menghasilkan cukup insulin yang diproduksi secara efektif, dan dapat menyebabkan konsentrasi glukosa dalam darah meningkat (American Diabetes Association, 2009). Diabetes mellitus terjadi akibat kegagalan sel-sel beta pankreas untuk memproduksi insulin yang cukup pada diabetes mellitus tipe 1 atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif pada diabetes mellitus tipe 2 (Smeltzer & Bare, 2016). Menurut International Diabetes Federation (IDF), menyatakan ada sekitar 382 juta penderita DM dan diperkirakan akan meningkat menjadi 592 juta orang pada tahun 2035 dan Indonesia menempati urutan ke-7 di seluruh dunia. Dari 382 juta penderita tersebut ada 175 juta penderita yang belum terdiagnosis, sehingga terancam mengalami komplikasi tanpa disadari maupun tanpa ada pencegahan (IDF, 2014). Diabetes mellitus disebabkan oleh tidak cukupnya hormon insulin yang dihasilkan pankreas untuk menetralkan gula darah dalam tubuh. Akibatnya pankreas tidak dapat menghasilkan hormon insulin yang cukup untuk menetralkan gula darah (Pusat Data & Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2014). Tingginya jumlah penyandang diabetes mellitus antara lain disebabkan karena faktor perubahan gaya hidup masyarakat, tingkat pengetahuan, dan kesadaran untuk melakukan deteksi dini penyakit diabetes mellitus yang kurang, minimnya aktivitas fisik, pengaturan pola makan tradisional yang mengandung karbohidrat, serat dari sayuran dan makanan yang terlalu banyak protein, lemak, garam, dan gula (Departemen Kesehatan RI, 2011).

B. RUMUSAN MASALAH

- a. Apa definisi Diabetes Mellitus?
- b. Apa saja klasifikasi Diabetes Mellitus?
- c. Bagaimana Diagnosa Diabetes Mellitus?
- d. Bagaimana cara pencegahan diabetes Mellitus?
- e. Aapa gejala Diabetes Mellitus?

C. TUJUAN

- a. Untuk mengetahui definisi Diabetes Mellitus?
- b. Untuk megnetahui klasifikasi Diabetes Mellitus?
- c. Untuk mengetahui bagaimana Diagnosa Diabetes Mellitus?
- d. Untuk mengetahui cara pencegahan diabetes Mellitus?

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi Diabetes Mellitus

Diabetes melitus (DM) didefinisikan sebagai suatu penyakit atau gangguan metabolisme kronis dengan multi etiologi yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah disertai dengan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein sebagai akibat insufisiensi fungsi insulin. Insufisiensi fungsi insulin dapat disebabkan oleh gangguan atau defisiensi produksi insulin oleh sel-sel beta Langerhans kelenjar pankreas, atau disebabkan oleh kurang responsifnya sel-sel tubuh terhadap insulin (WHO, 1999). DM merupakan penyakit gangguan metabolisme yang ditandai dengan meningkatnya glukosa darah sebagai akibat dari gangguan produksi insulin atau gangguan kinerja insulin atau karena kedua-duanya. Penyakit ini bersifat kronik bahkan seumur hidup. Sampai sekarang belum ada obat yang dapat mengobati penyakitnya, yang ada saat ini hanyalah usaha untuk mengendalikan glukosa darah seperti glukosa darah pada orang normal (Suhartono, 2009).

B. Etiologi Diabetes Mellitus

Diabetes terjadi jika tubuh tidak menghasilkan insulin yang cukup untuk mempertahankan kadar gula darah yang normal atau jika sel tidak memberikan respon yang tepat terhadap insulin. Penderita diabetes mellitus tipe I (diabetes yang tergantung kepada insulin) menghasilkan sedikit insulin atau sama sekali tidak menghasilkan insulin. Sebagian besar diabetes mellitus tipe I terjadi sebelum usia 30 tahun (Purnamasari, 2009). Para ilmuwan percaya bahwa faktor lingkungan (mungkin berupa infeksi virus atau faktor gizi pada masa kanak-kanak atau dewasa awal) menyebabkan sistem kekebalan menghancurkan sel penghasil insulin di pankreas. Untuk terjadinya hal ini diperlukan kecenderungan genetik (Purnamasari, 2009).

Pada diabetes tipe I, 90% sel penghasil insulin (sel beta) mengalami kerusakan permanen. Terjadi kekurangan insulin yang berat dan penderita harus mendapatkan suntikan insulin secara teratur. Pada diabetes mellitus tipe II (diabetes yang tidak tergantung kepada insulin, NIDDM), pankreas tetap menghasilkan insulin, kadang kadarnya lebih tinggi dari normal. Tetapi tubuh membentuk kekebalan terhadap efeknya, sehingga terjadi kekurangan insulin relatif. Diabetes tipe II bisa terjadi pada anak-anak dan dewasa, tetapi biasanya terjadi setelah usia 30 tahun. Faktor resiko untuk diabetes tipe II adalah obesitas, 80-90% penderita mengalami obesitas. Diabetes tipe II juga cenderung diturunkan. Penyebab diabetes lainnya adalah kadar kortikosteroid yang tinggi, kehamilan (diabetes gestasional), obat-obatan, racun yang mempengaruhi pembentukan atau efek dari insulin (Purnamasari, 2009).

C. Klasifikasi Diabetes Mellitus

Menurut Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan DM tipe 2 di Indonesia (2006):

a. DM type-1

Diabetes tipe 1 disebabkan oleh kerusakan sel beta pankreas yang menyebabkan kurangnya hormon insulin. Berdasarkan International Diabetes Federation (2011) menyatakan bahwa dari semua Penderita diabetes mellitus 3-5% adalah diabetes tipe 1. International Diabetes

Federation. (2015) menyatakan bahwa gejala diabetes mellitus tipe 1 seperti rasa haus yang tidak normal dan mulut kering, sering kencing, berkurangnya energi dan mudah lelah, mudah lapar, penurunan berat badan secara tiba-tiba dan penglihatan kabur.

b. Diabetes Tipe 2

Berdasarkan International Diabetes Federation (2011) menyatakan bahwa diabetes tipe 2 kombinasi antara resistensi insulin dan kekurangan hormon insulin yang dipengaruhi oleh gaya hidup serta terjadi 95% dari semua penyakit diabetes mellitus dan banyak terjadi pada usia pertengahan dan lansia tapi meningkat pada DM type-1 ini disebabkan oleh karena adanya proses autoimun / idiopatik yang menyebabkan defisiensi insulin absolut. DM type-2 bervariasi, mulai dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai yang dominan defek sekresi insulin disertai resistensi insulin. gejala diabetes mellitus tipe 2 ini adalah sering buang air kecil, banyak minum, penurunan berat badan dan penglihatan kabur.

c. Tipe lain:

1. Defek genetik fungsi sel beta.
2. Defek genetik kerja insulin.
3. Penyakit eksokrin pancreas.
4. Endokrinopati.
5. Karena obat atau zat kimia.
6. Infeksi.
7. Sebab imunologi yang jarang.
8. Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM.

d. DM Gestasional

Diabetes gestasional yang tidak terdiagnosa dan tidak ditangani dengan benar dapat menyebabkan berat yang berlebih pada bayi, meningkatkan 12 angka kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir serta bayi yang tidak normal.

D. Patofisiologi

Semula resistensi insulin masih belum menyebabkan diabetes secara klinis. Pada saat tersebut sel beta pancreas masih dapat mengkompensasi keadaan tersebut dan terjadi suatu hiperinsulinemia dan glukosa darah masih normal atau sedikit meningkat. Setelah terjadi ketidaksanggupan sel beta pancreas, baru akan terjadi diabetes mellitus secara klinis, yang ditandai dengan terjadinya peningkatan kadar glukosa darah yang memenuhi kriteria diagnosis diabetes mellitus. Otot adalah pengguna glukosa yang paling banyak sehingga resistensi insulin mengakibatkan kegagalan ambilan glukosa oleh otot. Fenomena resistensi insulin ini terjadi beberapa decade sebelum onset DM dan telah dibuktikan pada saudara kandung DM tipe 2 yang normogenik. Selain genetic, factor lingkungan juga mempengaruhi kondisi resistensi insulin. Pada awalnya, kondisi resistensi insulin ini dikompensasi oleh peningkatan sekresi insulin oleh sel beta pancreas. Seiring dengan progresifitas penyakit maka produksi insulin ini berangsur menurun menimbulkan klinis hiperglikemia yang nyata. Hiperglikemia awalnya terjadi pada fase setelah makan saat otot gagal melakukan ambilan glukosa dengan optimal. Pada fase berikutnya dimana produksi insulin semakin menurun, maka terjadi produksi glukosa hati secara berlebihan dan

mengakibatkan meningkatnya kadar glukosa darah pada saat puasa. Hiperglikemia yang terjadi memperberat gangguan sekresi insulin yang sudah ada dan disebut dengan fenomena glukotoksisitas (Soegondo, 2009).

E. Gejala Klinis Diabetes Mellitus

Gejala DM dibedakan menjadi akut dan kronik:

1. Gejala akut DM yaitu: polifagia, polydipsia, poliuria, nafsu makan bertambah namun berat badan turun dengan cepat (5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu), mudah lelah.
2. Gejala kronik diabetes mellitus yaitu: Kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk tusuk jarum, rasa kebas di kulit, kram, kelelahan, mudah mengantuk, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyah dan mudah lepas, kemampuan seksual menurun bahkan pada pria bisa terjadi impotensi, pada ibu hamil sering terjadi keguguran atau kematian janin dalam kandungan atau dengan bayi berat lahir lebih dari 4kg (Bennet, 2008).

F. Diagnosis

Diagnosa diabetes mellitus ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah. Diagnosis tidak dapat ditegakkan atas dasar glukosuria. Guna menentukan diagnosis DM, pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa darah secara enzimatis dengan bahan darah plasma vena. Penggunaan bahan darah utuh (wholeblood), vena, ataupun angka criteria diagnostic yang berbeda sesuai pembakuan oleh WHO (Soewondo, 2011).

Kecurigaan DM perlu difikirkan apabila terdapat keluhan klasik:

- Keluhan klasik DM berupa: poliuria, polidipsia, polifagia, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
- Keluhan lain dapat berupa: lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulvae pada wanita.

Diagnosis DM dapat ditegakkan melalui tiga cara:

1. Jika keluhan klasik ditemukan, maka pemeriksaan glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM.
2. Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl dengan adanya keluhan klasik.
3. Tes toleransi glukosa oral (TTGO). (Soewondo, 2011)

G. Pencegahan Diabetes Mellitus

a. Pencegahan Primer

Faktor resiko yang dapat menyebabkan diabetes mellitus adalah umur, riwayat diabetes mellitus, aktifitas fisik, Indeks Massa Tubuh, tekanan darah, stress dan kadar kolesterol.

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder diabetes mellitus dapat dilakukan dengan memodifikasi gaya hidup yang tidak sehat menjadi sehat seperti berhenti merokok, latihan jasmani atau olahraga, pengaturan makanan atau diet makanan serta patuh mengkonsumsi obat.

c. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier diabetes mellitus merupakan upaya yang dilakukan untuk mencegah komplikasi lebih cepat akibat diabetes mellitus meliputi cara perawatan komplikasi lebih lanjut dan upaya rehabilitasi untuk mempertahankan kualitas hidup yang optimal pada penderita diabetes mellitus.

H. Komplikasi Diabetes Mellitus

1) Hipoglikemia

Hipoglikemia banyak terjadi pada diabetes mellitus tipe 1 yang dapat menyebabkan sel-sel otak tidak mendapatkan patokan makanan yang cukup sehingga sel-sel tersebut akan rusak. Saat kadar gula darah penderita diabetes mellitus < 60 mg/dl dapat mengkonsumsi karbohidrat kompleks atau saat hipoglikemia berat penderita diabetes dapat diberikan injeksi insulin untuk mengembalikan kadar gula darahnya.

2) Hiperglikemia

Hiperglikemisa adalah kondisi saat kadar gula darah >250 mg/dL dengan gejala poliuria, polidipsi, pernafasan bau keton, mual muntah sampai koma. Hiperglikemia kronik diabetes akan mengakibatkan kerusakan jangka panjang atau tidak berfungsinya beberapa organ terutama mata, ginjal, saraf, jantung dan pembuluh darah.

3) Penyakit Ginjal (Nefropati)

Sebanyak 67,1% penderita diabetes mellitus mengalami nefropati diabetik. Menurut Padila (2012) rusaknya ginjal disebabkan akibat ginjal harus bekerja secara ekstra untuk menyaring gula yang berkadar tinggi di peredaran darah.

4) Retinopati

Retinopati disebabkan akibat rusaknya pembuluh darah yang memberi makan retina. Rusaknya pembuluh darah pada retina disebabkan karena kadar gula darah yang tinggi akan menyebabkan viskositas darah meningkat yang nantinya akan menghambat aliran darah ke daerah mata.

5) Penyakit Jantung

Penyakit jantung yang diakibat diabetes mellitus sebesar 23,3%. Menurut Departemen Kesehatan (2013) faktor resiko ketiga 21 terjadinya penyakit jantung adalah diabetes mellitus. Penyakit jantung atau kardiopati diabetik terjadi akibat aterosklerosis atau penyempitan pembuluh darah karena kenaikan kadar kolesterol yang disebabkan oleh hiperglikemia yang terjadi dalam jangka waktu yang lama.

6) Neuropati

Neuropati yang terjadi pada penderita diabetes mellitus dapat terjadi akibat hiperglikemia yang terjadi berkepanjangan dan menyebabkan aliran darah menjadi terhambat karena hemokonsentrasi darah meningkat.

Neuropati perifer dapat mempengaruhi ekstremitas bawah dan kaki akibat hiperglikemia yang meracuni saraf akan menyebabkan keracunan saraf dan apoptosis sehingga rusaknya pembuluh darah mikro dan terhambatnya sirkulasi darah ke ekstremitas bawah.

I. Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu

Pada orang yang memiliki resiko diabetes salah satu pemeriksaan darah rutin yang dapat dilakukan untuk melakukan skrining diabetes adalah pemeriksaan kadar gula darah. Kadar gula darah sewaktu (GDS) yang normal adalah < 200 mg/dl. Kadar gula darah di atas rentang tersebut mengindikasikan prediabetes atau diabetes.

Bagi penderita diabetes, pemeriksaan kadar gula darah sangat diperlukan secara rutin untuk mengetahui tingkatan kadar gula darah dalam tubuh. Kadar gula darah sendiri akan selalu berubah sesuai dengan gaya hidup dan pola makan yang dijalani. Secara alami, tubuh akan menyesuaikan kadar gula dalam darah agar selalu berada di batas normal. Akan tetapi hal tersebut tidak berlaku pada penderita diabetes di mana tubuh tidak dapat melakukan tugas tersebut dengan baik. Oleh karena itu, pasien diabetes harus melakukan cek kadar gula darah secara teratur dan menyesuaikannya dengan pengobatan diabetes yang sedang dilakukan. Cek kadar gula darah penting untuk mengelola kadar gula darah dan mencegah terjadinya komplikasi akibat diabetes itu sendiri.

BAB III

HASIL OBSERVASI

Kasus : Pasien Ny. S usia 56 tahun dengan diagnosa Hiperglikemia, Assidosis, Ulkus DM. Pasien memiliki resiko infeksi dan ketidakstabilan kadar gula darah. Pasien merasa lemas dan mengeluh nyeri kaki kiri.

A. Identitas Pasien

Nama : Ny. S

Umur : 56 th

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Status Perkawinan : Kawin

Pendidikan : SLTA/ sederajat

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Suku/bangsa : Jawa/Indonesia

Alamat : Sorogenen, Nomporejo, Galur, Kab. Kulon Progo

Diagnosa Medis : Hiperglikemia, Assidosis, Ulkus DM

Tanggal Masuk : 6 juli 2022

No RM : 7480**

B. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama : Nyeri pada kaki kiri

b. Riwayat Kesehatan Dahulu : Pasien

c. Riwayat Kesehatan Sekarang : Pasien tampak cemas dengan TD :89/66 N :89 S:36,5 Rr :20 Spo2: 98

d. Alasan Masuk Rumah Sakit : Pasien rujukan RS Pura Raharja, dengan NIDDM with Ketoasidosis. Pasien mengeluh badan lemas, luka ulkus di Jempol kaki kiri sudah 1 minggu.

C. Pola Kebiasaan Pasien

a. Aspek Fisik dan Biologis

1. Pola Nutrisi

a) Sebelum Sakit : Selama dirumah pasien makan 3x sehari ,nafsu makan baik,dan porsi makan yang dihabiskan 1 porsi

b) Selama Sakit : nafsu makan kurang baik,tidak ada keluhan mual dan muntah

2. Pola Eliminasi

a) Sebelum Sakit : Selama dirumah pasien BAB 1X / hari,BAK 3-4X/hari ,tidak ada keluhan

b) Selama Sakit : Selama dirumah sakit pasien BAB 1x/hari ,BAK 3-4x/hari

c) terpasang kateter

3. Pola Aktifitas Istirahat – Tidur

a) Sebelum Sakit :Sebelum sakit pasien mengatakan tidur normal 8 jam dari jam 20.00 ,tidak ada gangguan tidur

b) Selama Sakit : Selama dirumah sakit pasien mengatakan tidur terganggu karena merasa nyeri dan hanya bisa tidur 3-4jam

4. Aspek Mental, Spiritual, Sosial Dan Intelektual
 - 1) Konsep Diri : Pasien menerima saat mengetahui penyakitnya tetapi cemas Ketika akan dilakukan operasi
 - 2) Intelektual : Pasien menjalankan saran dokter untuk dilakukan operasi
 - 3) Mekanisme Koping : Pasien menyadari bahwa musibah yang terjadi tidak lain adalah dari Allah SWT agar bisa lebih berhati hati dalam berkendara
 - 4) Spiritual : Pasien beragama islam, pasien menjalankan ibadah yang dianutnya
 - 5) Sosial : Menurut pengakuan keluarga pasien dapat bersosialisasi dengan orang lain
5. Pemeriksaan Fisik
 - a. Keadaan Umum
 - 1) Kesadaran : compos mentis
 - 2) Status Gizi : tb : 155 bb: 55 kg
 - 3) Pemeriksaan Tanda -Tanda Vital didapatkan Hsil :
TD : 134/74, N : 122 x/menit, S : 36,2 °C, RR : 24 x/menit, SPO2 : 100%
 - b. Pemeriksaan Cepalo Caudal
 1. Kepala : Bentuk wajah simetris, bentuk kepala mespcephal
 2. Mata : Tidak ada anemia
 3. Hidung : simetris
 4. Telinga : simetris
 5. Mulut : tidak ada stomatis
 6. Leher : keterbatasan gerak, kaku kuduk
 7. Dada : simetris
 8. Abdomen : peristaltik usus 1x/menit
 9. Genital : Tidak ada secret
 10. Ekstermitas : akral hangat, tidak ada edema
 - c. Pemeriksaan Penunjang
 - a) Pemeriksaan laboratorium : Hb : 12,3/dl, hematokrit 36,3 vol%, AL : 12,58, AT : 558, Eritrosit : 4,29.
 - b) Terapi Yang Diberikan: Advice dr. Zumroti Sp. PD, lanjut cotri, pastikan diet Bs masuk, obat yang diberikan: ceftriaxone 1 gr/12 jam, Metronidazole 500 gr/8 jam, ranitidine 50 gr/ 8 jam, PCT 1 gr/ 8 jam. Cek GDS 2 jam post meal. Novorapid 3x4 unit.

- OBSERVASI tanggal 6/7/2022

Pasien tampak lemas, kondisi compos mentis. Pasien mengeluh nyeri kaki kiri post amputasi dengan skala 3.

TD: 144/ 85

RR: 24

N: 83 x/menit

SPO2: 100%

S: 37,2 °C

Dengan terapi Terpasang infus 2 jalur, tangan kanan clinimix 20 ml/jam dan tangan kiri Assering 30 ml/jam, injeksi metronidazole 500 mg/8 jam, omeprazole 40 ml/24 jam, ranitidine 50 mg/12 jam, Nebu V:F /8 Jam, Lavemir 0-0-18 unit, ceftriaxone 1 gr/ 12 jam, Novorapid 3x4 unit.

- **OBSERVASI tanggal 7/7/2022**
 Pasien mengeluh nyeri kaki kiri post operasi, nyeri perut, terdapat luka dipantat, kondisi pasien compos mentis.
 TD: 160/95 RR: 20
 N: 90 SPO2: 100%
 S: 36 °C
 Pasien terpasang infus 2 jalur, tangan kanan infus asering dan tangan kiri infus NaCl.
 Cek GDS 2 jam post meal, GV/hari. Transfusi Prc 2 kolf, Tx UFH stop
 Dengan terapi Novorapid 4 unit,
- **OBSERVASI tanggal 8/7/2022**
 Pasien mengatakan ada luka dipantat, nyeri kaki kiri, lemas dan. Terpasang Infus, DC dan O2.
 TD: 158/92 RR: 21
 N: 76 SPO2: 100%
 S: 36⁰C
 Cek GDS 2 jam post meal, GV lutut/hari, GV pantat/ hari.
 Dengan terapi injeksi Novorapid 3x4 unit, lavemir 0-0-18 unit, Cotriaoxc ol 2x960.
- **OBSERVASI tanggal 9/7/2022**
 Pasien Mengeluh nyeri kaki kiri, ku sedang compos mentis
 TD: 126/80 RR: 21
 N: 80 SPO2: 100%
 S: 36C
 Dengan terapi commoxazol 2x 960, levemir 0-0-18 unit, Novorapid 3x4 unit.
 Lepas infus, DC, rencana pulang.

BAB IV PEMBAHASAN

Kasus: Pasien Ny. S usia 56 tahun dengan diagnosa Hiperglikemia, Assidosis, Ulkus DM. Pasien memiliki resiko infeksi dan ketidakstabilan kadar gula darah. Pasien merasa lemas dan mengeluh nyeri pada kaki kiri.

Pasien post amputasi mengeluh nyeri pada kaki kirinya. Selama perawatan, pasien mengeluh nyeri kaki kiri. Pada tanggal 6 juli 2022 pasien terpasang DC, NGT,O2. Pasien menjalani pemeriksaan GDS/8jam 2 jam post meal. Terpasang infus 2 jalur, tangan kanan clinimix 20 ml/jam dan tangan kiri terpasang Assering 30 ml/jam. Hasil pemeriksaan GDS: 230. Pada tanggal 7 juli pasien sudah dapat menelan sehingga Aff NGT. GV/2 hari dan cek GDS/24 jam. Infus Assering diganti dengan infus Ns. Hasil pemeriksaan GDS jam 21.00 adalah 304 diberikan injeksi novorapid 6 unit. Pasien mengatakan nyeri kaki kiri masih terasa. Pada tanggal 8 juli pasien mengeluh lemas dan ada luka dipantat. Hasil pemeriksaan GDS: 218 dan diberikan injeksi Novoraapid 4 unit. Dilakukan pelaporan hasil darah rutin kepada Dr. Zumroti Sp.PD dengan hasil Hb: 12,3, Eritrosit: 4,29, Hmt: 36,3, Al: 12,58, At: 558. Rekomendasi dari Dr. Zumroti Sp.PD lanjut cotri 2x960, pastikan diet Bs masuk. Rencana tgl 9 dilakukan Aff infus dan DC. Tanggal 9 juli 2022 dilakukan pelepasan infus dan DC. Pasien diberikan terapi insulin. Hasil pemeriksaan TD: 138/88, N: 118x/menit, S: 36⁰C, RR: 20, SPO2: 100%.

PENATALAKSANAAN

1. Bed rest

2. Diet DM

TB : 155 cm

BB : 55 kg

3. Medikamentosa

- Infus 2 jalur. Tangan kanan terpasang clinimix 20 ml/jam dan tangan kiri terpasang Aassering 30 ml/jam
- KSR 1X1
- PCT 1 gr/8jam
- injeksi Metronidazole 500 mg/8jam
- injeksi Ranitidine 50 mg/12 jam
- UFH 5000 Unit/12 jam
- Nebu V:F/8Jam
- Lavemir 0-0-18 unit
- Novorapid 3x4 unit
- Injeksi Ceftriaxone 1 gr/12 jam
- Cek GDS per 8 jam, pada 2 jam post meal

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Diabetes adalah penyakit ketika kadar gula darah (glukosa) tubuh terlalu tinggi. Terjadi akibat ketidakmampuan tubuh dalam memproduksi insulin secara maksimal. Insulin yang seharusnya bertugas untuk mengendalikan kadar glukosa. Pada penderita diabetes melitus, hormon insulin yang ada di dalam tubuh mengalami abnormalitas. sel-sel tubuh dan jaringan tidak memanfaatkan glukosa dari darah sehingga menghasilkan peningkatan glukosa dalam darah. Kondisi tersebut diperburuk oleh peningkatan produksi glukosa oleh hati yaitu glikogenolisis dan glukoneogenesis yang terjadi secara terus menerus karena tidak adanya hormon insulin. Dalam kasus Ny. S, untuk memenuhi kebutuhan insulin dilakukan injeksi Novorapid 3x4 unit serta dilakukan pengecekan GDS/8 jam 2 jam post meal.

DAFTAR PUSTAKA

R. A. Nugroho, T. Tarno, and A. Prahutama, "KLASIFIKASI PASIEN DIABETES MELLITUS MENGGUNAKAN METODE SMOOTH SUPPORT VECTOR MACHINE (SSVM)," Jurnal Gaussian, vol. 6, no. 3, pp. 439-448, Aug. 2017.

<https://eprints.umm.ac.id/41604/3/jiptummpp-gdl-achmadhani-50719-3-bab2.pdf>

<https://dikahayu.blogspot.com/2012/07/diabetes-melitus-dan-ulkus-diabetikum.html>

<https://doktersehat.com/informasi/pengobatan/jenis-obat-untuk-penyakit-diabetes>

<https://eprints.umm.ac.id/41479/3/BAB%20II.pdf>

LAMPIRAN

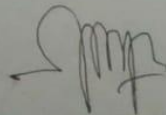
DOKUMENTASI SBAR

Nama : Evi Nofiandari
NIM : 2110101089
Lahan Praktik : RSUD WATES
Tema Kasus : Diabetes Mellitus

No	Komponen	Pembahasan
1	<i>Situation</i>	: Melaporkan Hasil darah rutin a.n Ny. S usia 56 tahun kepada Dr. Zumroti Sp.PD. Pasien merupakan pindahan dari ICU ke bangsal Edelweis pada 6 juli 2022. Pasien Post amputasi below knee mengeluh badan lemas, dan nyeri kaki kiri.
2	<i>Background</i>	: Pasien a.n Ny. S dengan diagnosa Hiperglikemia, Assidosis, Ulkus DM. pasien tidak ada alergi, terpasang infus 2 jalur tangan kanan clinimix 20 ml/jam dan tangan kiri terpasang Aasering 30 ml/jam. Mengeluh nyeri kaki kiri post amputasi.
3	<i>Assesment</i>	: Kesadaran compos mentis dengan hasil Tanda-tanda Vital; TD: 158/92, N: 80, S: 36 ⁰ C, RR: 21, SPO2: 100% . Pasien dengan nyeri kaki kiri dan resiko infeksi. Hasil pemeriksaan darah rutin: Hb: 12,3 g/dl, Hmt: 36,3, Al: 12,58, At: 558, eritrosit: 4,29.
4	<i>Recomendation</i>	: Advice dari Dr. Zumroti Sp.PD: Lanjut cotri 2x960 dan pastikan diet bs masuk.

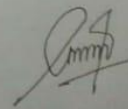
Yogyakarta, 16 Juni, 2022

Pembimbing Lahan



(.....
AMIN, S:ST
STR: 15.01.6.1.1.16-1283702

Mahasiswa



(.....
Evi Nofiandari
.....)



