

RENCANA KEPERAWATAN

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Kekurangan Volume cairan berhubungan dengan : ○ Diuresis osmotik. ○ Kehilangan gastrik berlebihan; diare, muntah. ○ Masukan dibatasi; mual, kacau mental. Ditandai dengan ; ○ Peningkatan haluaran urine, urine encer. ○ Kelemahan; haus,; penurunan berat badan tiba-tiba. ○ Kulit/membran kering, turgor kulit buruk. ○ Hipotensi, takikardi, pelambatan pengisian kapiler.	Menunjukkan status hidrasi adekuat dibuktikan oleh: 1. tanda vital stabil, TD : 120/80 2. nadi perifer dapat diraba 80 – 96 x/menit 3. turgor kulit baik 4. pengisian kapiler < 3 detik 5. haluaran urine tepat secara individu 20 – 40 cc/jam 6. kadar elektrolit dalam batas normal. Na 135 -145, K 3,5 - 5,5. Cl : 100 – 106.	○ Dapatkan riwayat pasien/orang terdekat sehubungan dengan lamanya gejala seperti mual, pengeluaran urine yang berlebih. ○ Pantau tanda vital, catat adanya perubahan tekanan darah ortostatik. ○ Pola napas seperti adanya pernapasan kussmaul atau pernapasan yang berbau keton. ○ Frekuensi dan kualitas pernapasan, penggunaan otot bantu pernapasan dan adanya periode apnea dan munculnya sianosis. ○ Suhu, warna kulit atau kelembabannya. ○ Kaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor	Tanda gejala mungkin sudah ada pada beberapa waktu sebelumnya. Membantu memperkirakan kekurangan volume. Hipovolemi dapat dimanifestasikan oleh hipotensi dan takikardi. Perkiraan berat ringannya hipovolemi dapat dibuat ketika tekanan darah sistolik pasien turun lebih dari 10 mmHg dari posisi berbaring ke posisi duduk/berdiri. Paru mengeluarkan asam karbonat melalui pernapasan yang menghasilkan kompensasi alkalosis respiratori terhadap keadaan ketoasidosis. Pernapasan berbau aseton berhubungan dengan pemecahan asam asetoasetat. Koreksi hiperglikemi dan asidosis akan menyebabkan pola dan frekuensi napas mendekati normal, tetapi peningkatan kerja pernapasan, napas dangkal, cepat dan munculnya sianosis mungkin merupakan indikasi dari kelelahan atau pasien kehilangan kemampuan untuk melakukan kompensasi pada asidosis. Demam dengan kulit kemerahan, kering mungkin sebagai cerminan dari dehidrasi. Merupakan indikator dari tingkat dehidrasi atau volume sirkulasi yang adekuat.

			kulit dan membran mukosa. ○ Pantau masukan dan pengeluaran , catat BJ urine. ○ Kaji adanya perubahan mental/sensori. ○ Catat hal yang dilaporkan seperti mual,nyeri abdomen,muntah dan distensi abdomen. ○ Observasi adanya perasaan kelelahan yang meningkat. Edema, peningkatan berat badan, nadi tidak teratur dan adanya distensi pada vaskuler. Kolaborasi ○ Berikan terapi cairan sesuai dengan indikasi ○ Normal salin atau setengah normal salin dengan atau tanpa dekstroza. ○ Albumin, plasma atau dekstran	Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti. Fungsi ginjal dan keefektifan dari terapi yang diberikan. Perubahan mental dapat berhubungan dengan glukosa yang tinggi atau rendah,elektrolit abnormal,asidosis,penurunan perfusi serebral dan berkembang hipoksia dapat menjadi predisposisi aspirasi pasien. Kekurangan cairan dan elektrolit mengubah motilitas lambung, yang sering menimbulkan muntah yang berakibat kekurangan cairan atau elektrolit. Pemberian cairan untuk perbaikan yang cepat mungkin sangat berpotensi menimbulkan kelebihan beban cairan dan GJK. Tipe dan jumlah dari cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan dan respon pasien secara individu. Plasma pengganti kadang dibutuhkan jika kekurangan tersebut mengancam kehidupan atau tekanan darah sudah tidak dapat kembali normal dengan usaha rehidrasi.
--	--	--	--	--

			○ Pasang /pertahankan kateter urine u tetap terpasang. ○ Pantau pemeriksaan laboratorium. ○ Ht ○ BUN/Kreatinin ○ Osmolaritas darah. ○ Na ○ Kalium ○ Berikan Kalium atau elektrolit yang lain melalui IV dan melalui oral sesuai indikasi. ○ Berikan bikarbonat jika pH kurang dari 7.0	Memberikan pengukuran yang tepat terhadap haluaran urine terutama jika neuropati otonom menimbulkan gangguan kantung kemih. Mengkaji tingkat hidrasi dan sering kali meningkat akibat hemokonsentrasi yang terjadi setelah diuresis osmotik. Peningkatan nilai dapat mencerminkan kerusakan sel karena dehidrasi atau tanda awitan kegagalan ginjal. Meningkat sehubungan dengan adanya hiperglikemia dan dehidrasi.. Mungkin menurun yang dapat mencerminkan perpindahan cairan dari intrasel (deurisis osmotik). Natrium yang tinggi mencerminkan kehilangan cairan/dehidrasi berat atau reabsorpsi natrium dalam respon terhadap sekresi aldosteron. Awalnya akan terjadi hiperkalemia dalam berespon pada aidosis, namun selanjutnya kalium akan hilang melalui urine.. Kalium harus ditambahkan pada IV untuk mencegah hipokalemia. Diberikan dengan hati-hati untuk membantu memperbaiki asidosis pada adanya hipotensi atau syok.
--	--	--	--	---

			o Pasang selang NG dan lakukan penghisapan sesuai indikasi	Mendekompresi lambung dan dapat menghilangkan muntah.
2	Perubahan nutrisi ;kurang dari kebutuhan berhubungan dengan; - o Ketidakcukupan insulin. - o Penurunan masukan oral;anoreksia,mual, lambung penuh,nyeri abdomen,perubahan kesadaran. - o Status hipermetabolisme; pelepasan hormon stres, perubahn infeksius. Ditandai dengan : - o Melaporkan masukan makanan takadekuat, kurang minat makan. - o Perubahan berat badan;kelemahan, kelelahan, tonus otot buruk. - o Diare.	Tujuan : Kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan sesuai dengan kebutuhan jumlah kalori Kriteria hasil : 1. Berat badan stabil / mencapai ideal 2. Kadar gula darah < 126 mg/dl. 3. Keluhan haus dan lapar terus, berkurang. 4. Jumlah output urine 1 cc/KgBB/hari.	- o Timbang BB sesuai dengan indikasi. - o Tentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien. - o Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna, pertahankan keadaan puasa sesuai indikasi. - o Identifikasi makanan yang disukai pasien. - o Libatkan keluarga pasien pada perencanaan makanan sesuai indikasi. - o Observasi tanda hipoglikemi seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab, dingin denyut nadi cepat, lapar, peka	Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat. Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan terapeutik. Hiperglikemi dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat menurunkan motilitas/fungsi lambung yang akan mempengaruhi pilihan intervensi. Jika makanan yang disukai pasien dapat dimasukkan dalam perencanaan makanan, kerjasama ini dapat diupayakan setelah pulang. Meningkatkan rasa keterlibatannya; memberikan informasi pada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien. Karena metabolisme karbohidrat mulai terjadi (gula darah akan berkurang dan sementara tetap diberi insulin maka hipoglikemi dapat terjadi).

			rangsang, cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan. Kolaborasi ; ○ Lakukan pemeriksaan gula darah dengan “finger stick” ○ Pantau pemeriksaan lab; GD, aseton, pH, HCO₃. ○ Berikan pengobatan insulin secara teratur. ○ Lakukan konsultasi dengan ahli gizi.	Lebih akurat dalam mendeteksi fluktuasi kadar gula darah. Gula darah akan turun perlahan dengan pemberian insulin dan cairan. Insulin reguler memiliki awitan yang cepat dan karenanya dengan cepat pula memindahkan glukosa kedalam sel. Bermanfaat dalam penghitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi klien.
3.	Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan : ○ Kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi. ○ Infeksi pernapasan yang ada sebelumnya atau ISK.	Tujuan : Resiko penyebaran infeksi tidak menjadi aktual. Kriteria hasil : 1. Gula darah < 126 mg/dl. 2. Luka bersih dari pus. 3. Kapiler refil < 3 detik. 4. tidak ada rasa baal pada ekstremitas	○ Observasi tanda infeksi dan peradangan.spt : demam,kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulent,urine keruh. ○ Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri.	Pasien mungkin masuk dengan infeksi yang telah mencetuskan keadaan ketoasidosis atau dapat mengalami infeksi nosokomial. Mencegah timbulnya infeksi silang.

			○ Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif (infus, kateter foley dsb), pemberian obat intravena dan memberikan perawatan pemeliharaan. ○ Pasang kateter lakukan perawatan perineal dengan baik. Ajarkan pasien wanita untuk membersihkan daerah perinealnya dari depan ke arah belakang setelah eliminasi. ○ Berikan perawatan kulit dengan teratur, masase daerah tulang yang tertekan. Jaga kulit tetap kering, linen kering dan tetap kencang (tidak berkerut). ○ Auskultasi bunyi napas. ○ Posisikan pasien pada posisi semi fowler. ○ Bantu pasien untuk melakukan higiene oral	Kadar glukosa yang tinggi dalam darah akan menjadi media yang baik bagi pertumbuhan kuman. Mengurangi resiko terjadinya infeksi saluran kemih. Pasien koma memiliki resiko yang khusus jika terjadi retensi urine pada saat awal dirawat. Sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan risiko terjadinya kerusakan pada kulit/iritasi kulit dan infeksi. Ronki mengindikasikan adanya akumulasi sekret yang mungkin berhubungan dengan pneumonia/bronkitis. Edema paru mungkin sebagai akibat dari pemberian cairan yang terlalu cepat. Memberikan kemudahan bagi paru untuk berkembang; menurunkan resiko terjadinya aspirasi. Menurunkan resiko terjadinya penyakit mulut/gusi.
--	--	--	---	--

			○ Anjurkan untuk makan dan minum adekuat. Kolaborasi ○ Lakukan pemeriksaan kultur dengan sensitivitas sesuai dengan indikasi. ○ Berikan obat antibiotik yang sesuai.	Menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi, meningkatkan lairan urine untuk mencegah urine statis dan membantu mempertahankan pH urine, yang menurunkan pertumbuhan bakteri. Untuk mengidentifikasi organisme sehingga dapat memilih/memberikan terapi antibiotik yang terbaik. Penanganan awal dapat membantu mencegah terjadinya sepsis.
--	--	--	--	--