**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

**A. Pengkajian**

**1. Identitas Diri Klien**

Nama : Ny. B

Umur :

Alamat : Helvetia, Medan

Status perkawinan : Kawin

Agama : Islam

Suku : Batak

Pendidikan : Sma

Pekerjaan : Wirasuasta

Tangagal Masuk RS : 29 Oktober 2018

Tanggal Pengkajian : 30 November s/d 02 Desember

**Penanggung Jawab :**

Nama : Tn. A

Alamat : Helvetia, Medan

Hubungan dengan px : Anak Klien

**2. Status Kesehatan Saat Ini**

* 1. Alasan Kunjungan/keluhan utama:

Pusing, lemah, tidak ada nafsu makan, mual dan muntah.

* 1. Faktor pencetus : *-*
	2. Lamanya keluhan :DM mulai dialami klien sejak 4 tahun yang lalu
	3. Timbulnya keluhan : bertahap
	4. Faktor yang memperberat : usia klien 60 tahun (lansia) dan bila beraktifitas berat
	5. Upaya yang dilakukan mengatasinya

Sendiri : *-*

Oleh orang lain : membawa klien ke RS untuk berobat

* + 1. Diagnosa Medis: Diabetes Melitus

**3. Riwayat Keluarga**

*Genogram:*

*Keterangan:*

|  |  |
| --- | --- |
|  | = laki-laki |
|  | = perempuan |
|  | = laki-laki yang meninggal |
|  | = perempuan yang meninggal |
|  | = klien |
|  | = tinggal satu rumah |

**4. Riwayat Lingkungan**

* + Kebersihan : lingkungan tempat tinggal klien terurus dengan baik
	+ Bahaya : tidak ada bahaya
	+ Polusi : polusi hanya dari kendaraan bermotor

**5. Aspek Psikososial**

1. Pola pikir dan persepsi
	* Alat bantu yang digunakan : tidak ada
	* Kesulitan yang dialami : pembatasan jenis makanan
2. Persepsi harga diri :
* Hal yang sangat dipikirkan saat ini : masalah kesehatan klien
* Harapan setelah menjalani perawatan : klien mengharapkan masalah kesehatan klien segera teratasi setelah dirawat di RS
* Perubahan yang terasa setelah sakit :kelemahan fisik
1. Suasana hati : klien merasa lebih baik setelah dirawat di RS

Rentang perhatian : klien merasa tetap diperhatikan keluarganya

1. Hubungan/komunikasi
* Bicara :jelas
* Bahasa utama : bahasa Indonesia
* Tempat tinggal : bersama ibu mertua klien
* Kehidupan keluarga

Adat istiadat yang dianut : adat Jawa

Pembuatan keputusan dalam kelurga : dimusyawarahkan

Pola komunikasi : komunikasi dua arah

Keuangan : cukup

* Kesulitan dalam keluarga : tidak ada
1. Kebiasaan seksual
	* + - Gangguan hubungan seksual :-
			- Pemahaman terhadap fungsi seksual :tidak dikaji
2. Pertahanan koping
* Pengambilan keputusan: dimusyawarahkan dengan keluarga
* Yang disukai tentang diri sendiri : *-*
* Yang ingin dirubah dalam kehidupan : *-*
* Yang dilakukan jika stres : mengungkapkannya kepada keluarga
* Apa yang dilakukan perawat agar anda nyaman dan aman: bila ada keluhan klien, segera di perhatikan
1. Sistem nilai kepercayaan *:*
	* Siapa atau apa sumber kekuatan? Tuhan
	* Apakah Tuhan,agama,kepercayaan penting?sangat penting
	* Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekwensi) : berdoa kepada Tuhan
	* Kegiatan agama yang ingin dilakukan selama di RS : ingin melakukan sholat
2. Tingkat perkembangan : *-*

**6. Pengkajian Fisik**

 **Vital Sign:**

Tekanan Darah : 130/80 mmHg

 Heart Rate : 70 x / menit

 Respirasi : 26 x / menit

 Temperature : 36’ Celcius

1. Kepala

Bentuk : Bulat Simetris

Keluhan yang berhubungan : *-*

Pusing/sakit kepala : *-*

1. Mata

Ukuran pupil : ± 2 mm

Reaksi terhadap cahaya *:*tidak ada kelainan

Akomodasi *:* kurang (klien menggunakan kaca mata bila membaca dan menulis

Bentuk : normal simetris

Konjungtiva : anemis

Fungsi penglihatan : normal

Rasa sakit : *-*

Tanda-tanda radang : tidak ada

Pemeriksaan mata terakhir : tidak ada

Operasi : tidak ada

Kaca mata : ada

Lensa kontak : tidak ada

1. Hidung

Reaksi alergi : tak ada keluhan

Cara mengatasi : -

Pernah mengalami flu : pernah

Bagaimana frekwensi dalam setahun : 2 -3 kali setahun

Sinus : tidak ada keluhan

Perdarahan : tidak ada keluhan

1. Mulut dan Tenggorok

Gigi geligi : tidak lengkap, ada yang tanggal

Kesulitan/gangguan bicara *:* klien bisa bicara

Kesulitan menelan : klien bisa menelan

Pemeriksaan gigi terakhir : tidak ada

Bibir : mukosa bibir kering

1. Pernapasan

Suara paru : adanya suara ronkhi

Pola napas : 26 x/mnt

Sputum : ada

Nyeri dada : tidak ada

Kemampuan melakukan aktifitas*:*klien merasa lemah untuk beraktifitas

Bentuk dada : tidak ada kelainan (simetris)

Foto terakhir : foto toraks

f. Sirkulasi

Nadi primer : frekwensi 60-100x/menit

Disvensi vena jugularis : 1-2 cm (normal)

Suara jantung : Lub-Dub

Suara jantung tambahan: tidak ada

Nama jantung(monitor) : *-*

Nyeri : -

Oedema : *-*

Palpitasi : *-*

Parubahan warna : *-*

Clubing : *-*

Keadaan ektremitas : -

* + 1. Nutrisi

Jenis diet : Diet DM 1900 kkal

Nafsu makan: kurang (porsi yang disajikan hanya habis ½ porsi)

Rasa mual : *+*

Muntah : *+*

Intake cairan : klien minum 5-6 gelas/ hari dan terpasang IVRL 20 gtt/i

* + 1. Eliminasi

Pola rutin : klien BAB 1x/ hari

 Klien BAK 6-10 x/hari

Penggunaan laxan: *-*

Colonstomi : tidak ada

Konstipasi : tidak ada

Diare : tidak ada

Inkontinesia : tidak ada

Infeksi : tidak ada

Nerbani : tidak ada

Cateter : tidak ada

Fregine : tidak ada

* + 1. Reproduksi :(tidak dikaji)

Kehamilan : *-*

Buah dada : *-*

Hasil : *-*

Keputihan : *-*

Pemeriksaan sendiri : *-*

Prostat : *-*

j. Neurologis

Kesadaran : Compos Mentis

Disorientasi : *-*

Tingkah laku : kooperatif

Riwayat epilepsi,*kejang dan parkinson*: tidak ada

Reflek : normal

Kekuatan menggenggam : baik

Pergerakan ektremitas : baik

Muskulo skeletal : baik

Kekuatan : selama sakit klien merasa lemah

Pola latihan gerak : selama sakit latihan gerak berkurang

k. Kulit

Warna : sawo matang

*Integritas :* Jelek

*Turgor :* Jelek

***8. Data Laboratorium*** *( tanggal 30 November 2018)*

|  |  |
| --- | --- |
| *Jenis pemeriksaan* | *Hasil pemeriksaan* |
| Hb | 9,7 gr % |
| LED | 12,5 mm/jam |
| Leukosit | 12,6 103/mm3 |
| Hematokrit | 29% |
| KGD puasa | 304 mg/dl |
| Faal ginjal : |  |
| - Ureum | 24 mg% |
| - Creatinin | 1,26 mg% |
| - Asam urat | 6 mg% |

**8. Pengobatan** ( tanggal 30 November 2018)

|  |  |
| --- | --- |
| IVDD RL 20 qtt/i | Ciprofloxacine 3x10 mg |
| Injeksi Ecotrixont 1 amp s/12 jam | Antipek 1x5 mg |
| Injeksi Cantio 10 U/ hr | Aminofellin 1x5 mg |
| Diet DM 1900 kkal |  |

**B. ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **DATA** | **ETIOLOGI** | **MASALAH** |
| 1 | *Data Subjektif:*Klien mengatakan tidak nafsu makan*Data Objektif:** BB 41 kg; TB 160 cm
* Porsi yang disajikan hanya dihabiskan ½ porsi
* Konjungtiva anemis
 | Mual dan Muntah | Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  |
| 2 | *Data Subjektif:*Klien mengatakan sering pusing bila beraktifitas*Data Objektif*:* Klien tampak pucat
* Aktivitas dibantu perawat dan keluarga
* Hb 9,7 gr %
 | Penurunan produksi energi metabolik | Kelelahan  |
| 3 | *Data Subjektif:*Klien mengatakan sering batuk*Data Objektif:** Adanya suara ronkhi pada paru
* Sputum berwarna kuning dan kental
 | Perubahan pada sirkulasi paru, infeksi pernapasan | Resiko tinggi penularan infeksi |

**C. Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Masalah**

1. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan b/d mual dan muntah d/d BB 41 kg; TB 160 cm, Porsi yang disajikan hanya dihabiskan ½ porsi, Konjungtiva anemis.

2. Kelelahan b/d Penurunan produksi energi metabolik d/d Klien tampak pucat, aktivitas dibantu perawat dan keluarga.

3. Resiko tinggi terhadap infeksi b/d perubahan pada sirkulasi paru, infeksi pernapasan d/d adanya suara ronkhi pada paru, sputum berwarna kuning dan kental

**D. PERENCANAAN**

**NAMA PASIEN : Ny. B RUANGAN :**

**UMUR : 60 Tahun DX MEDIS : DM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **DIAGNOSA KEPERAWATAN** | **TUJUAN DAN KRITERIA HASIL** | **INTERVENSI** | **RASIONALISASI** |
| 1 | Dx 1 | *Tujuan:*Kebutuhan nutrisi terpenuhi*Kriteria Hasil:** Porsi yang disajikan dapat dihabiskan
* BB kembali normal
 | * Timbang berat badan setiap hari atau sesuai dengan indikasi.
* Tentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien.
* Berikan makanan cair yang mengandung zat makanan (nutrient) dan elektrolit dengan segera jika pasien sudah dapat mentoleransinya melalui oral.
* Observasi tanda – tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, denyut nadi cepat, lapar, peka rangsang, cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan.

**Kolaborasi*** Pantau pemeriksaan laboratorium, seperti glukosa darah, aseton, pH dan HCO3.
* Berikan pengobatan insulin secara teratur dengan metode IV secara intermitten atau secara kontinu.
 | * Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat
* Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan terapeutik.
* Pemberian makanan melalui oral lebih baik jika pasien sadar dan fungsi gastrointestinal baik.
* Karena metabolisme karbohidrat mulai terjadi gula darah akan berkurang, dan sementara tetap diberikan insulin maka hipoglikemi dapat terjadi.Ini secara potensial dapat mengancam kehidupan yang harus dikaji dan ditangani secara cepat melalui tindakan protocol yang direncanakan.
* Gula darah akan menurun perlahan dengan penggantian cairan dan terapi insulin terkontrol. Dengan pemberian insulin dosis optimal, glukosa kemudian dapat masuk ke dalam sel dan digunakan untuk sumber kalori. Ketika hal ini terjadi, kadar aseton akan menurun dan asidosis dapat dikoreksi.
* Insulin regular memiliki awitan cepat dan karenanya dengan cepat pula dapat membantu memindahkan glukosa ke dalam sel.
 |
| 2 | Dx 2 | *Tujuan:*Produksi energi metabolik stabil*Kriteria Hasil:** K/u stabil
* Klien mampu untuk mempertahankan rutinitas biasanya
* Penurunan kinerja tidak ada
 | * Diskusikan dengan pasien kebutuhan akan aktivitas. Buat jadwal perencanaan dengan pasien dan identifikasi aktivitas yang menimbulkan kelelahan.
* Berikan aktivitas alternative dengan periode istirahat yang cukup/tanpa diganggu.
* Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum/sesudah melakukan aktivitas.
* Diskusikan cara menghemat kalori selama mandi, berpindah tempat dan sebagainya
* Tingkatkan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari – hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi.
 | * + Pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun pasien mungkin sangat lemah.
	+ Mencegah kelelahan yang berlebihan
	+ Mengindikasikan tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis
	+ Pasien akan dapat melakukan lebih banyak kegiatan dengan penurunan kebutuhan akan energi pada setiap kegiatan.
	+ Meningkatkan kepercayaan diri/harga diri yang positif sesuai tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi pasien.
 |
| 3 | Dx 3 | *Tujuan:*Penularan infeksi tidak terjadi*Kriteria Hasil:** Tanda infeksi tidak ada
* Batuk berkurang
 | * Observasi tanda – tanda infeksi dan peradangan saluran napas
* Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri.
* Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh – sungguh, masase daerah tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, linen kering dan tetap kencang (tidak berkerut).

Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik | * Pasien mungkin masuk dengan infeksi atau dapat mengalami infeksi nosokomial
* Mencegah timbulnya infeksi silang.
* Sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan resiko terjadinya kerusakan pada kulit/iritasi kulit dan infeksi.

Penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis |

**E. CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **TANGGAL** | **No. DX** | **Implementasi** | **Evaluasi** |
| 01 | 30 November 2018 | DX I | Jam 09.00 wib* Menimbang BB:41 kg

Jam 10.00 wib* Melaksanakan program diet pasien: Diet DM 1900 kkal

Jam 11.00 wib* Mengobservasi tanda – tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, denyut nadi cepat, lapar, peka rangsang, cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan

Jam 12.00* Memantau pemeriksaan laboratorium,seperti glukosa darah: 304 mg/dl

Jam 13.00 wib* Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter yaitu pengobatan insulin:10 i.u/hari
 | S:Klien masih tampak lemahO:Diet yang disajikan habis ½ porsiA:Masalah belum teratasiP:Perawatan diteruskan |
| DX II | Jam 09.45 wib* Memberikan aktivitas alternative dengan periode istirahat yang cukup/tanpa diganggu: menonton TV

Jam 10.45 wib* Memantau vital sign: TD: 130/80 mmHg, HR: 70 x / menit,RR: 26 x/menit, T:36’C

Jam 11.45 wib* Meningkatkan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari – hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi: makan tanpa disuapin
 | S:klien menyatakan lemas bila beraktifitasO:Klien bed restA:Masalah belum teratasiP:Perawatan diteruskan |
| DX III | Jam 08.30 wib* Mengobservasi tanda – tanda infeksi dan peradangan saluran pernapasan

Jam 09.30 wib* Menganjurkan untuk melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri.

Jam 10.30 wib* Memberikan masase daerah tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, dan menganti linen kering dan tetap kencang

Jam 11.30 wib* Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotic: Ceftriaxone 1 gr/12 jam
 | S:tanda infeksi tidak adaO: Batuk masih adaA:Masalah mulai teratasiP:Perawatan diteruskan |
| 02 | 01 Desember 2018 | Dx I | Jam 09.00 wib* Menimbang BB:41 kg

Jam 10.00 wib* Melaksanakan program diet pasien: Diet DM 1900 kkal

Jam 11.00 wib* Mengobservasi tanda – tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, denyut nadi cepat, lapar, peka rangsang, cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan

Jam 13.00 wib* Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter yaitu pengobatan insulin:10 i.u/hari
 | S:Klien masih tampak lemahO:Diet yang disajikan habis ½ porsiA:Masalah belum teratasiP:Perawatan diteruskan |
| DX II | Jam 09.45 wib* Memberikan aktivitas alternative dengan periode istirahat yang cukup/tanpa diganggu: menonton TV

Jam 10.45 wib* Memantau vital sign: TD: 130/80 mmHg, HR: 70 x / menit,RR: 24 x/menit, T:36,1’C

Jam 11.45 wib* Meningkatkan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari – hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi: makan tanpa disuapin
 | S:klien menyatakan lemas bila beraktifitasO:Klien bed restA:Masalah belum teratasiP:Perawatan diteruskan |
| Dx III | Jam 08.30 wib* Mengobservasi tanda – tanda infeksi dan peradangan pada saluran pernapasan

Jam 09.30 wib* Menganjurkan untuk melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri.

Jam 10.30 wib* Memberikan masase daerah tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, dan menganti linen kering dan tetap kencang

Jam 11.30 wib* Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotic: Ecotrixon 1 amp/12 jam
 | S:tanda infeksi tidak adaO:Batuk berkurangA:Masalah teratasiP:Perawatan diteruskan |
| 03 | 02 Desember 2018 | Dx I | Jam 09.00 wib* Menimbang BB:41,2 kg

Jam 10.00 wib* Melaksanakan program diet pasien: Diet DM 1900 kkal

Jam 11.00 wib* Mengobservasi tanda – tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, denyut nadi cepat, lapar, peka rangsang, cemas, sakit kepala, pusing, sempoyongan

Jam 12.00* Memantau pemeriksaan laboratorium,seperti glukosa darah:205

Jam 13.00 wib* Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter yaitu pengobatan insulin:10 i.u/hari
 | S:Klien masih tampak lemahO:Porsi makanan yang disajikan habis 3/4 porsiA:Masalah belum teratasiP:Perawatan diteruskan |
| DII | Jam 09.45 wib* Memberikan aktivitas alternative dengan periode istirahat yang cukup/tanpa diganggu: menonton TV

Jam 10.45 wib* Memantau vital sign: TD: 120/80 mmHg, HR: 70 x / menit,RR: 22 x/menit, T:36,5’C

Jam 11.45 wib* Meningkatkan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari – hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi: makan tanpa disuapin
 | S:klien menyatakan lemas bila beraktifitasO:Klien bed restA:Masalah belum teratasiP:Perawatan diteruskan |