

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengumpulan Data

3.1.1 Identitas Klien.

Nama : Ny. M
Umur : 52 tahun
Pendidikan : Madarasah
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
No. Reg : 907651
MRS : 25 Juli 2012 pukul 01.00 WIB
Diagnosa Medis : Diabetes Mellitus

3.1.2 Riwayat Kesehatan.

1) Keluhan Utama.

Klien mengatakan 3 hari terakhir makan hanya habis 4 sendok setiap porsi yang disediakan rumah sakit.

2) Riwayat Penyakit Sekarang.

Klien mengatakan badannya lemas sejak 1 bulan yang lalu, tidak nafsu makan selama 2 hari. Rasa lemas yang di alami klien tidak sampai membuatnya berhenti beraktifitas. Klien mengatakan rasa lemas yang dialami di seluruh tubuhnya sehingga membuat nafsu makan menurun. Lemas yang dialami klien

dalam kondisi sedang karena klien masih bisa beraktifitas. Saat lemas dirasakan setiap saat sejak 1 bulan sebelum masuk rumah sakit.

3) Riwayat Penyakit Dahulu.

Klien menderita penyakit DM sudah 10 tahun, berobat pada dokter tidak teratur. Bila badan terasa lemah dan nafsu makan menurun, klien baru control ke dokter dan dianjurkan untuk periksa gula darah tetapi klien tidak mentaati diet yang ditetapkan.

4) Riwayat Penyakit Keluarga.

Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit DM dikeluarganya.

3.1.3 Pola- pola Fungsi Kesehatan.

1) Pola Tatalaksana Hidup Sehat.

Dirumah klien mandi 2 kali sehari, pagi dan sore hari, begitu juga dengan gosok gigi juga 2 kali sehari, mencuci rambut dan memotong kuku 2x seminggu, sedang di rumah sakit klien hanya mandi seka 2 kali sehari dibantu oleh suaminya, tidak gosok gigi, selama masuk rumah sakit klien belum mencuci rambutnya.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme.

Di rumah klien makan teratur 3 kali sehari dengan komposisi nasi, sayur, ikan dan klien sangat suka makanan yang manis- manis, tetapi 5 hari sebelum masuk rumah sakit klien tidak nafsu makan, klien hanya makan buah itu pun terkadang muntah. Klien sering minum teh manis dan sirup lebih kurang 600 cc perhari. Sedangkan minum air putih dalam sehari klien minum 9 gelas. Berat badan sebelum masuk rumah sakit tanggal 24 juli 2012 48 kilo gram, di rumah sakit klien makan diet 1900 kalori disertai makanan ringan 3 kali

sehari. Porsi hanya habis 1-2 sendok dari porsi yang disediakan rumah sakit. Berat badan ketika masuk rumah sakit 45 kilo gram.

3) Pola Aktifitas.

Di rumah klien melakukan aktifitas rutin sebagai ibu rumah tangga seperti membersihkan rumah, mencuci baju, dan lain-lain mulai pukul 05.00 sampai dengan 12.00. Jika ada waktu luang digunakan klien bersama keluarga di rumah. Di rumah sakit klien lebih sering menghabiskan waktunya ditempat tidur. Semua kebutuhan sehari-hari dibantu oleh keluarga (BAB, BAK, makan dan minum).

4) Pola Eliminasi.

Di rumah klien buang air kecil lebih kurang 4-5 kali sehari dan buang air besar 1 kali sehari, konsistensi lunak, tapi klien mengeluh lebih kurang 5 hari sebelum masuk rumah sakit klien sering kencing terutama pada malam hari lebih kurang 4 kali sekitar 800 cc. Di rumah sakit klien buang air kecil lebih kurang 10 kali sehari semalam lebih kurang 1000 cc. selama di rumah sakit klien buang air besar 1 kali sehari, konsistensi keras, bentuk bulat.

5) Pola Tidur dan Istirahat.

Di rumah klien tidur siang lebih kurang 2 jam sedangkan tidur malam klien lebih kurang 7 jam mulai pukul 10.00 sampai jam 05.00. Di rumah sakit klien tidur siang lebih kurang 1 jam, tidur malam 3 jam dan klien mengatakan tidurnya sering terbangun.

6) Pola Sensorik dan Kognitif.

Kelima panca indera tidak mengalami gangguan.

Ny. M seorang yang ramah, tapi klien merasa khawatir apabila penyakit yang dideritanya tidak bisa disembuhkan. Klien sering bertanya perihal hubungan antara penyakit dan makanan yang harus dikonsumsi.

7) Pola Persepsi Diri.

Ny. M merasa khawatir karena bila sakit tidak bisa mengurus kebutuhan rumah tangga sesuai kewajiban seorang istri.

8) Pola Hubungan dan Peran.

Klien seorang ibu rumah tangga yang tidak mempunyai penghasilan sendiri. Hubungan klien dengan keluarga ataupun masyarakat sekitar sangat baik. Dimana didalam keluarga klien sebagai seorang istri. Dalam masyarakat klien aktif mengikuti kegiatan seperti pengajian dan kumpulan RT/RW. Selama di Rumah Sakit klien tidak bisa berkumpul dengan masyarakat dan hanya bisa berbaring ditempat tidur karena penyakit yang diderita.

9) Pola Reproduksi dan Seksual.

Klien mempunyai 5 anak dan 8 cucu yang sudah berkeluarga semua. Hubungan suami istri sudah jarang dilakukan karena klien sakit.

10) Pola Penanggulngn Stress

Klien selalu berbicara dengan suaminya bila memecahkan masalah. Setiap hari bertanya kepada perawat tentang penyakitnya.

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan.

Klien beragama islam dan rajin menjalankan ibadah shalatnya. Di rumah sakit klien tidak menjalankan shalat, tetapi klien rajin berdoa mendekatkan diri kepada tuhan YME.

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik penulis menemukan data sebagai berikut :

- 1) Keadaan umum klien : lemah, kesadaran : compos mentis, GCS 4-5-6.

Keadaan fisik : tinggi badan 145 cm dan berat badan 45 kg.

Tanda – tanda vital :

Tekanan darah 130 / 80 mmHg.

Nadi 90 kali permenit.

Pernafasan 22 kali permenit.

Suhu tubuh 38°C.

- 2) Pemeriksaan system Integumen.

Turgor kulit turun, tidak ada sianosis, tidak ditemukan ikterik, tekstur kulit lembab.

- 3) Pemeriksaan kepala dan leher.

Bentuk kepala : simetris, rambut bersih tidak berketombe.

Mata : sclera tidak icterus, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, reflek cahaya positif, mata cowong

Hidung tidak ada pergerakan cuping hidung, fungsi dan struktur normal, tidak ada gangguan penciuman.

Mulut : bibir kering.

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

- 4) Pemeriksaan system respirasi.

Suara nafas vesicular, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing, tidak ada reaksi intercostals.

- 5) Pemeriksaan system kardiovaskular

Suara jantung sonor.

6) Pemeriksaan gastro intestinal.

Tidak ditemukan nyeri tekan, Meteorismus, Bising usus 5 kali permenit.

7) Pemeriksaan system genitor urinaria.

Kebersihan cukup, tidak ditemukan adanya kelainan.

8) Pemeriksaan system musculoskeletal.

Atas : terpasang infuse ditangan kiri, tidak didapatkan adanya kelemahan atau kelumpuhan, anggota gerak di kedua ekstremitas atas tidak ada oedema.

Bawah : tidak ada oedema, tidak ada luka, tidak ada kelemahan anggota gerak dikedua ekstremitas bawah (pergerakan normal).

9) Pemeriksaan system endokrin.

Tidak terdapat pembesaran hepar serta lien.

10) Pemeriksaan system persyarafan.

Nervus I-XII tidak mengalami gangguan.

3.1.5 Pemeriksaan Penunjang (Diagnostik)

Tanggal: 28-07-2012

1) Pemeriksaan kimia darah.

Gula darah puasa	:	389 mg/dl	(normal □ 140 mg/dl)
Gula darah 2 jam pp	:	324 mg/dl	(normal 140 – 200 mg/dl)
BUN	:	16,2	(normal 10 – 50 mg/dl)
Kreatin	:	0,8	(normal 0,7 – 1,3 mg/dl)
Bilirubin direk	:	0,30	(normal 0,1 – 0,5 mg/dl)
Bilirubin total	:	0,85	(normal 0,2 – 1,0 mg/dl)
SGOT	:	26	(normal □ 31 U/L)
SGPT	:	34	(normal □ 32 U/L)

2) Pemeriksaan hematologi.

Hemoglobin	: 12.0	(normal 13,5 – 18,0 gr%)
LED	: 25/46	(normal 0 -15 / jam)
Leukosit	: 16.700	(normal 4000 – 9000)
Hitung jenis	: 18	

3) Urine.

Albumin	: positif (+)	(normal negative)
Reduksi	: positif (+)	(normal negative)
Urobilin	: negative (-)	(normal negative)
Billirubin	: negative (-)	(normal negative)
Sedimen	: eritrosit 1 -2	
	leukosit 1 – 2	
	epitel 0 – 1	

3.2 Penatalaksanaan / Terapi.

Tanggal 29 juli 2012

Infus RL / PZ : 14 tetes permenit.

Injeksi Ceftazidine 3 x 1 gram / IV.

Injeksi Ranitidin 3 X1 / IV

Paracetamol 3 x 1 tab.

Diet DM 1900 kalori.

3.3 Analisa Data.

Setelah dilakukan pengkajian maka data yang terkumpul kemudian dikelompokkan menjadi sebagai berikut :

1) Data subyektif.

Klien mengatakan nafsu makan menurun dan hanya makan 1- 2 sendok dari porsi yang disediakan rumah sakit.

Data obyektif.

Keadaan umum lemah.

Porsi yang disediakan rumah sakit diet 1900 kalori habis 1 – 2 sendok dari porsi yang disediakan rumah sakit, klien kurus dan lemas.

Berat badan awal 48 kg, berat badan sekarang 45 kg.

Pemeriksaan laboratorium tanggal 28 juli 2012

GDA : 324 mg/dl

Hb : 12 gr%

Turgor kulit: dalam kondisi normal (kembali < 2 detik),

Masalah : Pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan.

Kemungkinan penyebab : Input in adekuat.

2) Data subyektif.

Klien mengatakan badan terasa lemah.

Data obyektif.

Klien lemah dan lelah.

Kebutuhan sehari – hari dibantu perawat dan keluarga.

Tensi 130/80 mm/Hg.

Nadi 90 kali permenit.

Suhu tubuh 38°C.

Masalah : Intoleransi aktifitas

Kemungkinan penyebab : penurunan produksi energi metabolis.

3) Data subyektif.

Klien mengatakan badannya panas.

Data obyektif.

Suhu 38°C.

Kadar glukosa tinggi, GDA 324 (tanggal 28 juli 2012).

Leukosit 16.700

Akral: Panas

Masalah : Resiko infeksi.

Kemungkinan penyebab : daya tahan tubuh menurun.

3.4 Diagnosa Keperawatan.

1. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan adanya defisit insulin ditandai dengan klien mengatakan nafsu makannya menurun dan makan hanya 1- 2 sendok, keadaan umum lemah, porsi makan yang disediakan rumah sakit 1900 kalori habis 1 -2 sendok dari porsi yang disediakan rumah sakit, berat badan awal 48 kg, berat badan sekarang 45 kg.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan pemenuhan produksi energi metabolik ditandai dengan klien mengatakan badannya tersa lemas, keadaan umum lemah, kebutuhan sehari – hari dibantu perawat dan keluarga.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan daya tahan tubuh menurun.
Klien mengatakan badannya tersa panas, suhu tubuh 38°C,
leukosit 16.700.

3.5 Perencanaan.

Tanggal 27 juli 2012.

3.5.1 Diagnosa I.

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan adanya penurunan nafsu makan, ditandai dengan berat badan sebelum sakit 48 kg, berat badan sakit 45 kg.

1) Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi klien terpenuhi.

2) Kriteria :

Porsi makan yang disajikan diet 1900 kalori habis.

Berat badan klien ideal lebih kurang 50 kilogram.

Diet sesuai kebutuhan klien.

Laboratorium : GDP dan GDA dalam batas normal. GDA : ≥ 200 , GDP: ≥ 126

3) Intervensi :

(1) Lakukan pendekatan pada klien sesering mungkin.

(2) Jelaskan pada klien tentang pentingnya nutrisi bagi kesehatan.

(3) Timbang berat badan setiap hari.

(4) Tentukan program diet dan pola makan klien serta bandingkan dengan makanan yang dihabiskan klien.

(5) Libatkan keluarga klien dalam perencanaan makan sesuai indikasi

(6) Observasi adanya tanda – tanda hipoglikemia.

(7) Lakukan kolaborasi dengan ahli gizi dalam menentukan diet yang sesuai.

(8) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian therapy actrapid 3 x 20 unit SC 15 menit sebelum makan.

4) Rasional :

(1) Melakukan pendekatan pada klien diharapkan lebih percaya dan lebih kooperatif dalam pemberian tindakan keperawatan.

(2) Informasi yang adekuat akan menumbuhkan sikap yang kooperatif.

(3) Mengkaji pemasukan yang adekuat.

(4) Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan terapeutik.

(5) Meningkatkan rasa keterlibatan keluarga yang membantu keberhasilan pengobatan.

(6) Pemasukan makanan yang kurang adekuat dan pemberian insulin tetap diberikan, maka dimungkinkan terjadi hiperglikemi

(7) Dengan melakukan kolaborasi dengan ahli gizi diharapkan klien mendapatkan diet yang sesuai dengan penyakitnya klien terutama dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi nutrisi klien.

(8) Mempercepat penyembuhan klien dan actrapid untuk menurunkan kadar glukosa darah klien.

3.5.2 Diagnosa II.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolic ditandai dengan badan terasa lemah.

1) Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam diharapkan kelelahan dapat diatasi.

2) Kriteria :

Klien menunjukkan perbaikan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktifitas yang diinginkan.

3) Intervensi :

(1) Diskusikan dengan klien kebutuhan akan aktifitas. Buat jadwal perencanaan dengan klien dan identifikasi aktifitas yang menimbulkan kelelahan.

(2) Berikan aktifitas alternative dengan periode istirahat yang cukup / tanpa diganggu

(3) Pantau nadi, frekuensi pernafasan dan tekanan darah sebelum / sesudah aktifitas.

(4) Diskusikan cara menghemat kalori selama mandi, berpindah tempat
Dan lain sebagainya.

(5) Tingkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktifitas sehari – hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi.

4) Rasional :

(1) Pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktifitas meskipun mungkin klien sangat lemah.

(2) Mencegah kelelahan yang berlebihan.

(3) Mengidentifikasi tingkat aktifitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis..

(4) Klien akan dapat melakukan lebih banyak kegiatan dengan penurunan kebutuhan akan energi pada setiap kegiatan.

(5) Meningkatkan kepercayaan diri / harga diri yang positif sesuai tingkat aktifitas yang dapat ditoleransi klien.

3.5.3 Diagnosa III.

Resiko infeksi berhubungan dengan daya tahan tubuh menurun.

1) Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan dalam jangka waktu 1 x 24 jam infeksi sekunder tidak terjadi.

2) Kriteria :

Tidak adanya proses infeksi lebih lanjut.

Suhu tubuh normal 36°C - 37°C.

3) Intervensi :

(1) Observasi adanya tanda – tanda infeksi.

(2) Cuci tangan sebelum melakukan kontak dengan klien.

(3) Anjurkan untuk makan dan minum yang adekuat. (3000 CC / hari)

(4) Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi antibiotika yang sesuai.

4) Rasional :

(1) Deteksi dini infeksi memungkinkan penanganan yang cepat untuk meminimalkan keseriusan infeksi.

(2) Mencuci tangan dapat mencegah terjadi infeksi nosokomial.

(3) Menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi.

(4) Penanganan awal dapat membantu mencegah terjadinya infeksi lebih lanjut / dapat mencegah terjadinya sepsis.

3.6 Pelaksanaan.

Tanggal 28 juli 2012

3.6.1 Diagnosa I.

Jam 08.00 WIB

- 1) Melakukan pendekatan pada klien dengan cara menanyakan kondisi setiap kali bertatap muka.

Klien merespon positif tindakan petugas.

- 2) Menjelaskan pada klien tentang pentingnya nutrisi bagi kesehatan klien.

Klien mengerti tentang penjelasan yang yang diberikan serta melakukan umpan balik.

- 3) Menimbang berat badan klien setiap hari.

Berat badan klien terakhir 45 kg.

- 4) Menentukan program diet dan pola makan klien serta membandingkan makanan yang dihabiskan.

Klien makan 3 x sehari, habis 1 -2 sendok dari porsi yang disediakan rumah sakit.

- 5) Melibatkan keluarga dalam perencanaan dengan cara memberi motivasi keluarga untuk tidak memberi makan dari luar rumah sakit pada klien.

Keluarga mengerti untuk tidak memberi makan dari luar rumah sakit.

Jam 10.00 WIB

- 6) Mengobservasi adanya tanda – tanda hipoglikemi.

Tanda hipoglikemi tidak ditemukan pada klien.

- 7) Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi dalam menentukan diet yang sesuai meliputi pergantian menu dan perhitungan kalori.

Klien makan 3 x sehari diet 1900 kalori.

- 8) Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapy.

Advis dokter dalam pemberian therapy injeksi actrapid 4 unit SC sebelum makan.

3.6.2 Diagnosa II.

Tanggal 29 Juli 2012

Jam 09.00 WIB

- 1) Mendiskusikan dengan klien kebutuhan akan aktifitas dan membuat jadwal perencanaan dengan klien dan mengidentifikasi aktifitas yang menimbulkan kelelahan.

Klien melaksanakan apa yang di anjurkan petugas.

- 2) Menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup.

Klien mengerti dan melakukan apa yang di anjurkan petugas.

- 3) Memantau nadi, respirasi, suhu dan tekanan darah sebelum dan sesudah melakukan aktifitas.

Keadaan tanda-tanda vital klien yaitu nadi 90x/menit, respirasi 18x/menit, suhu 38°C, tekanan darah 130/80 mmHg.

- 4) Mendiskusikan cara menghemat kalori dengan mengurangi aktifitas yang membutuhkan banyak gerak seperti berpindah tempat dan lain sebagainya.

Klien merespon dengan baik dan melakukan anjuran yang diberikan petugas.

- 5) Meningkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktifitas sehari – hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi.

Klien melaksanakan apa yang dianjurkan petugas.

3.6.3 Diagnosa III.

Tanggal 29 Juli 2012

Jam 12.00 WIB

- 1) Mengobservasi adanya tanda – tanda infeksi, adanya peningkatan suhu tubuh.

Suhu 38°C, GDA : 324 mg/dl, Leukosit : 16.700

- 2) Melakukan cuci tangan setiap sebelum kontak dengan klien.

Klien dan petugas terhindar dari infeksi nosokomial.

- 3) Menganjurkan makan dan minum secara adekuat, minum 3000 ml / hari.

Klien minum \pm 2000 ml / hari.

- 4) Melakukan kolaborasi dengan dokter dan memberikan therapy sesuai advis dokter.

Klien diberikan Injeksi Ceftazidine 3x1 gram / IV, Injeksi Ranitidin 3x1 / IV, Paracetamol 3x1 tab

3.7 Evaluasi.

- 3.7.1 Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan adanya penurunan nafsu makan ditandai dengan berat badan sebelum sakit 48 kg, berat badan waktu sakit 45 kg.

Tanggal 27 juli 2012 jam 12.00

S : Klien mengatakan tidak nafsu makan.

O : Keadaan umum lemah.

Diet 1900 kalori habis 1 – 2 sendok dari porsi makan yang disediakan rumah sakit, minum lebih kurang 400 cc setiap habis makan. Berat badan 45 kg.

A : Masalah belum teratasi.

P : Rencana tindakan dilanjutkan 3,4,6

Tanggal 28 juli 2012 jam 10.00.

S : Klien mengatakan sudah mau makan.

O : Keadaan umum klien masih lemah.

Diet 1900 kalori dari rumah sakit habis 4 – 5 sendok, minum lebih kurang 450 cc setiap habis makan, makanan kecil dari rumah sakit habis. Berat badan 45 kg.

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Rencana tindakan no 3, 4 dan 6 dilanjutkan.

Tanggal 29 juli 2012.

S : Klien mengatakan nafsu makan meningkat.

O : Keadaan umum cukup.

Diet 1900 kalori dari rumah sakit habis ½ lebih dengan diet makanan ringan dari rumah sakit.

A : Masalah teratasi.

P : Rencana tindakan dihentikan.

3.7.2 Kelelahan berhubungan penurunan produksi energi metabolic, ditandai dengan badan terasa lemah.

Tanggal 27 juli 2012.

S : Klien mengatakan badannya lemah.

O : Keadaan umum lemah.

Tensi 130 / 80 mm/Hg.

Nadi 90x/menit.

Pernafasan 22x/menit.

Suhu tubuh 38°C.

A : Masalah belum teratasi.

P : Rencana tindakan dilanjutkan.

Tanggal 28 juli 2012.

S : Klien mengatakan badannya sedikit segar.

O : Klien dapat melakukan aktifitas sehari – hari sesuai dengan kemampuan
Keadaan umum cukup (Turgor baik, CRT kembali dalam 2 detik)

A : Masalah belum teratasi sepenuhnya.

P : Rencana tindakan 3, 4 dilanjutkan.

Tanggal 29 juli 2012.

S : Klien mengatakan badannya terasa segar.

O : Klien dapat melakukan aktifitas sehari – hari dengan kemampuan. Keadaan
umum cukup.

A : Masalah belum teratasi sebagian.

P : Rencana tindakan dilanjutkan.

3.7.3 Potensial infeksi berhubungan dengan daya tahan tubuh menurun.

Tanggal 29 juli 2012.

S : Klien mengatakan badannya sudah tidak terasa panas.

O : Suhu tubuh 36,9°C.

GDA 250 mg/ dl

Injeksi Cefotaxim 1 gr. Masuk pukul 15.00.

A : Masalah teratasi.

P : intervensi dihentikan.