

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Asuhan keperawatan pada Tn. S dengan Diabetes Mellitus yang dilaksanakan pada tanggal 25-29 April 2013 di ruang Rosella I RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan ( tanggal 25 Juli 2012 pukul 08.00 WIB )**

##### **3.1.1 Pengumpulan Data**

Ruangan : Rosella I.

No. Register : 12.16.20.

Tanggal MRS : 22 April 2013 pukul 16.14 WIB.

#### **1. Identitas Klien**

Tn. S, umur 55 tahun suku Jawa, bangsa Indonesia, status kawin, agama islam, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan wiraswasta, alamat Jl. Kauman Bulujowo Bancar. Identitas istri Ny. E, umur 50 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, agama islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat JL Kauman Bulujowo Bancar.

#### **2. Keluhan Utama :**

Luka gangren.

#### **3. Riwayat Kesehatan/Penyakit sekarang :**

Klien datang ke IRD RSUD DR. Soetomo Surabaya pada tanggal 22 April 2013 pukul 16.14 WIB dengan mengeluh badan lemes semenjak 3 hari, berkeringat, kadang-kadang demam,

berat badan menurun. Kemudian pukul 19.00 WIB dipindahkan ke ruang pandan I. Karena di ruang pandan I penuh, klien dipindahkan sementara ke ruang rosella I pada tanggal 23 April 2013 pukul 13.30 WIB terpasang infus PZ 14 tetes/menit.

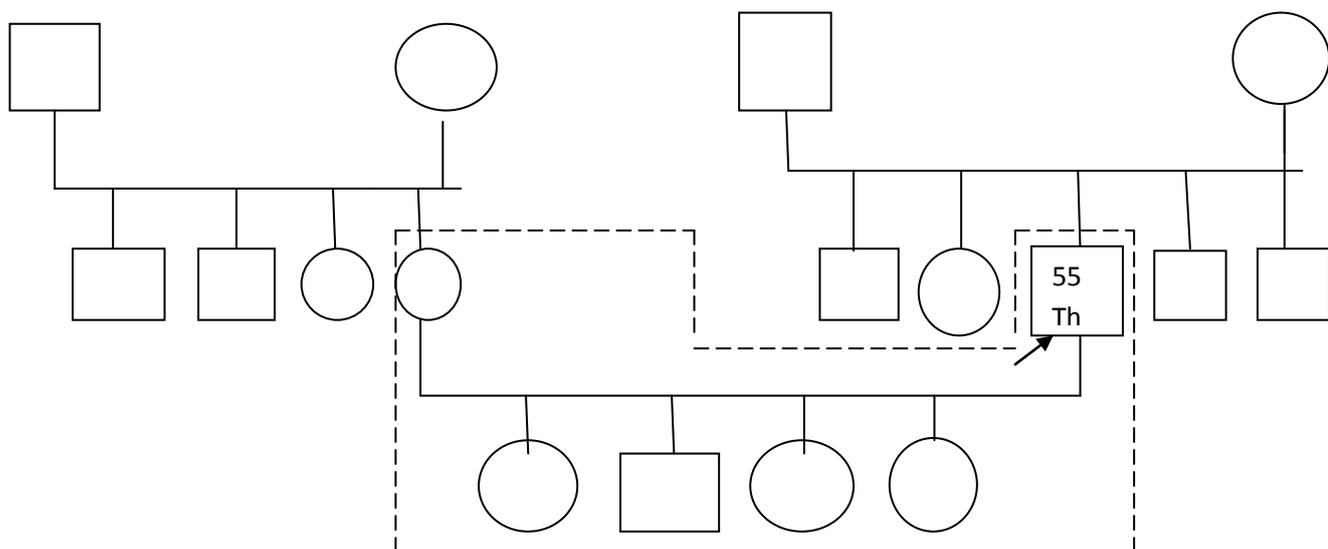
#### 4. Riwayat Kesehatan/Penyakit dahulu :

Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit dahulu Diabetes Mellitus 10 tahun dan stroke 5 tahun.

#### 5. Riwayat Kesehatan/Penyakit keluarga :

Klien mengatakan dikeluarganya mempunyai riwayat penyakit Diabetes Mellitus 9 tahun yaitu istri klien.

#### 6. Genogram



Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↗ : Klien

----- : Tinggal 1 rumah

## 7. Pola Fungsi Kesehatan

### 1). Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Kesehatan

Sebelum masuk RS klien mengatakan menjaga kebersihannya dengan mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 2X seminggu. Dan ketika masuk RS klien mengatakan semenjak dirawat diRS klien hanya bisa diseka oleh anggota keluarganya.

### 2). Pola Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum masuk RS klien mengatakan selama di rumah makan 3 kali sehari secara teratur porsi sedang dengan nasi, sayur, lauk pauk, minum air putih  $\pm$  6-8 gelas kecil/hari. Dan ketika masuk RS klien mengatakan selama diRS makanannya sesuai diet yang ditetapkan oleh RS dengan Diit G 2100 kalori 3 kali sehari dan minum air putih  $\pm$  5 gelas kecil/hari.

### 3). Pola Eliminasi

Sebelum masuk RS klien mengatakan selama di rumah buang air besar 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, warna coklat kekuning-kuningan dan buang air kecil 4-5 kali berwarna kuning jernih, berbau khas. Dan ketika masuk RS klien mengatakan selama diRS buang air besar 1 kali dengan konsistensi keras, warna coklat dan klien terpasang kateter untuk kencingnya dengan warna kuning pekat, berbau khas.

### 4). Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum masuk RS klien mengatakan selama di rumah tidur siang  $\pm$  2 jam dari jam 13.00 – 15.00 WIB dan tidur malam  $\pm$  7 jam dari jam 22.00 – 05.00 WIB. Dan ketika masuk RS klien mengatakan selama di RS klien sering tidur dan kadang juga terbangun.

#### 5). Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum masuk RS klien mengatakan aktifitas sehari-harinya sebagai petani dan latihan yang dilakukan klien adalah berolahraga dipagi hari. Dan setelah masuk RS klien mengatakan hanya bisa tiduran saja karena kaki sebelah kiri terdapat luka gangren dan latihan yang dilakukan klien adalah dengan cara mobilisasi miring kiri dan kanan.

#### 6). Pola Persepsi dan Konsep diri

Pada gambaran diri klien merasa cemas terhadap penyakit yang dideritanya sekarang. Pada harga diri klien mengatakan tidak malu dengan kondisi penyakitnya sekarang. Pada ideal diri klien berharap agar dapat sembuh dan dapat melakukan aktifitas kembali seperti biasa. Pada peran klien mengatakan perannya sebagai kepala rumah tangga tidak maksimal karena harus dirawat diRS. Pada identitas diri klien berjenis kelamin laki-laki, berumur 55 tahun, pekerjaan sehari-hari sebagai petani.

#### 7). Pola Sensori dan Kognitif

Pada pola sensori klien mengatakan keempat panca indra berfungsi dengan baik meliputi : ( indra penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap ), kecuali pada indra perabaan mengalami gangguan yaitu pada tangan sebelah kanan. Dan pada pola kognitif klien mengatakan tidak seberapa mengerti tentang penyakitnya.

#### 8). Pola Reproduksi Seksual

Klien berjenis kelamin laki-laki, sudah menikah dan mempunyai 4 orang anak.

#### 9). Pola Hubungan Peran

Klien mengatakan hubungan dengan istri dan anaknya berjalan dengan harmonis (terbukti bahwa klien selalu didampingi istri dan anaknya ketika dirawat diRS).

#### 10). Pola Penanggulangan Stres

Klien mengatakan apabila ada masalah selalu membicarakannya dengan istri dan anak-anaknya.

#### 11). Pola Tata nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam. Selama klien di RS klien menjalankan ibadahnya dengan cara berdoa agar bisa cepat sembuh.

### **8. Pemeriksaan Fisik**

#### 1). Status kesehatan umum

Kesadaran : Kompos mentis

Suara bicara : Jelas

Pernafasan : Frekuensi : 22x/menit

Suhu tubuh : 38°C

Nadi : 110x/menit

Tekanan Darah : 120/80 mmHg

GCS : 4-5-6

BB : 55 kg

TB : 170 cm

2). Kepala

Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, rambut bersih, berwarna hitam, tidak ada nyeri tekan pada kepala.

3). Muka

Bentuk muka simetris, tidak ada odema pada wajah.

4). Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan nadi carotis teraba.

5). Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera warna putih dan tidak terdapat benjolan pada palpebra.

6). Telinga

Bentuk telinga simetris, telinga bersih tidak ada kotoran, tidak ada gangguan pada telinga.

7). Hidung

Bentuk hidung simetris, lubang hidung bersih, tidak terdapat polip, tidak terdapat pernafasan cuping hidung.

8). Mulut dan Faring

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering.

9). Dada

Bentuk dada simetris, tidak terdapat nyeri tekan pada dada.

## 10). Abdomen

Bentuk abdomen simetris, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka.

## 11). Genetalia

Terpasang kateter.

## 12). Ekstermitas

- Ekstermitas atas terpasang infus PZ 14 tetes/menit ditangan bagian kiri dan ditangan bagian kanan melemah.

- Ekstermitas bawah dibagian kiri pada kaki terdapat luka gangren.

## 13). Integumen

Warna kulit sawo matang, tidak didapatkan sianosis, akral hangat, dan CRT < 2 detik.

## 9. Pemeriksaan Penunjang

## (1). Pemeriksaan laboratorium

Hasil pemeriksaan tanggal 25 April 2013

- Glukosa Darah Puasa = 477 mg/dL (nilai normal <100 mg/dL).
- SGOT = 24 u/L (nilai normal 15-37 u/L).
- SGPT = 21 u/L (nilai normal 12-78 u/L).
- Albumin = 1.6 g/dL (nilai normal 3,4-5,0 g/dL).
- BUN = 27 mg/dL (nilai normal 7-18 mg/dL).
- Kreatinin Serum = 1.3 mg/dL (nilai normal 0,6-1,3 mg/dL).

- Kalium = 5.7 mmol/l (nilai normal 3,5-5,1 mmol/l).
- Natrium = 125 mmol/l (nilai normal 136-145 mmol/l).
- Klorida = 92 mmol/l (nilai normal 98-107 mmol/l).
- Kolesterol Total = 194 mg/dL (nilai normal 00-200 mg/dL).
- Trigliserida = 209 mg/dL (nilai normal 30-150 mg/dL).
- KDL-Kolesterol = 15 mg/dL (nilai normal 40-60 mg/dL).
- LDL-Kolesterol = 128 mg/dL (nilai normal 00-99 mg/dL).
- White Blood Cell (WBC) =  $19.5 \times 10^3/\mu\text{L}$  (nilai normal  $4.50-10.50 \times 10^3/\mu\text{L}$ ).
- Red Blood Cell (RBC) =  $3.09 \times 10^6/\mu\text{L}$  (nilai normal  $4,00-6,00 \times 10^6/\mu\text{L}$ ).
- Hemoglobin (HGB) = 7.97 g/dL (nilai normal 11,00-18.00 g/dL).
- Hematokrit (HCT) = 24.8% (nilai normal 35,00-60.00%).
- Trombosit (PLT) =  $553 \times 10^3/\mu\text{L}$  (nilai normal  $150.000-450.000 \times 10^3/\mu\text{L}$ ).

## (2). Pemeriksaan radiologi

Hasil pemeriksaan tanggal 22 April 2013.

Klinis : Diabetes Mellitus + gangren.

Foto pedis kiri AP/oblique :

Tampak destruksi pada aspek inferior os calcaneus kiri disertai soft tissue swelling dan gambaran gas forming trabekulasi tulang diluar lesi normal. Tampak penyempitan distal

dan proximal interphalangeal joint digiti II, III disertai sclerotic area celah dan permukaan sendi diluar lesi normal. Tampak os sesaoid pada sisi lateral metatarsal I pedis kiri.

Kesan :

Mengesankan osteomyelitis pedis kiri disertai gas gangren osteoarthritis pedis kiri.

(3). Terapi

- a). Infus PZ 14 tetes per menit.
- b). Inj Novorapid 3x80 (sc).
- c). Inj Metronidazole 3x500 mg.
- d). Inj Anoxdelav 3x1 gr.
- e). Diit G 2100 kalori.

### 3.1.2 Analisa Data

Dari data yang telah dikumpulkan dapat dilakukan pengelompokan data sebagai berikut :

1. Kelompok data pertama (tanggal 25 April 2013).

a). Data subjektif

Klien mengatakan luka pada kaki sebelah kiri belum sembuh, padahal sudah diobati.

b). Data objektif

- Terdapat luka ulkus di kaki sebelah kiri  $\pm$ 10 cm.
- Luka menembus sampai pada subkutan dan berbau.

- Tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 38°C, nadi 110x/menit, RR 22x/menit.

c). Masalah

Resiko tinggi infeksi.

d). Kemungkinan penyebab

Luka gangren.

2. Kelompok data kedua (tanggal 25 April 2013).

a). Data subjektif

Klien mengatakan selalu merasakan lemah dan kelelahan walaupun tidak melakukan aktifitas berat.

b). Data objektif

- Klien terlihat lemas.
- Hasil pemeriksaan laboratorium, didapatkan peningkatan GDA 477 mg/dL.

c). Masalah

Kelelahan fisik.

d). Kemungkinan penyebab

Penurunan produksi energi metabolik atau perubahan kimia darah.

3. Kelompok data ketiga (pada tanggal 25 April 2013).

a). Data subjektif

Klien mengatakan kurang mengerti tentang proses penyakitnya.

b). Data objektif

Klien terlihat bingung ketika ditanya tentang penyakitnya.

c). Masalah

Kurang pengetahuan.

d). Kemungkinan penyebab

Ketidakhahaman tentang proses penyakit yang terjadi.

### **3.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Untuk menentukan diagnosa keperawatan maka penulis mengurutkan diagnosa keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

- 1). Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka gangren.
- 2). Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik.
- 3). Kurang pengetahuan mengenai penyakit berhubungan dengan kurangnya mengenal sumber informasi.

### 3.1.3 Perencanaan

Setelah diagnosa keperawatan di susun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan pada tanggal 25 April 2013.

#### 1. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka gangren.

##### 1). Tujuan

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan luka klien dapat membaik.

##### 2). Kriteria hasil

- Mengidentifikasi intervensi untuk mencegah atau menurunkan resiko infeksi.
- Mendemonstrasikan teknik, perubahan gaya hidup untuk mencegah terjadinya infeksi.

##### 3). Rencana tindakan

- a). Lakukan observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti kemerahan dan adanya pus pada luka.

Rasional : Klien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoasidosis.

- b). Memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya cuci tangan untuk mencegah terjadinya infeksi.

Rasional : Mencegah timbulnya infeksi silang ( infeksi nosokomial).

- c). Memberikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh, menjaga kulit tetap kering, linen kering, dan tidak berkerut.

Rasional : Sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan klien pada peningkatan resiko terjadinya kerusakan pada kulit atau iritasi kulit dan infeksi.

- d). Melakukan cek gula darah (GDA).

Rasional : Untuk mengetahui keadaan gula darah klien.

- e). Lakukan observasi tanda-tanda vital.

Rasional : Untuk mengetahui perkembangan keadaan klien.

- f). Kolaborasi dengan Dokter dan perawat dalam pemberian terapi.

Rasional : Untuk mengetahui terapi apa saja yang diberikan pada klien.

## 2. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik.

### 1). Tujuan

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kondisi fisik klien dapat membaik.

### 2). Kriteria hasil

- Mengungkapkan peningkatan kondisi fisik.
- Menunjukkan perbaikan kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang diinginkan.

3). Rencana tindakan

- a). Memberikan aktivitas alternatif dengan periode istirahat yang cukup atau tanpa diganggu.

Rasional : Mencegah kelelahan yang berlebihan.

- b). Tingkatkan partisipasi klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi.

Rasional : Meningkatkan kepercayaan diri atau harga diri yang positif sesuai tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi klien.

- c). Berikan posisi yang nyaman bagi klien

Rasional : Agar klien dapat beristirahat dengan tenang dan nyaman.

- d). Berikan informasi aktivitas yang dapat menimbulkan kelelahan.

Rasional : Mencegah kelelahan yang berlebihan.

- e). Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet.

Rasional : Menentukan diet apa yang cocok untuk klien.

3. Kurang pengetahuan mengenai penyakit berhubungan dengan kurangnya mengenal sumber informasi.

1). Tujuan

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2 jam diharapkan klien dapat paham tentang penyakit yang dideritanya.

2). Kriteria hasil

- Mengungkapkan pemahaman tentang penyakit.
- Melakukan perubahan gaya hidup dan berpartisipasi dalam program pengobatan.

3). Rencana tindakan

a). Bina hubungan saling percaya (BHSP).

Rasional : Agar menjalin hubungan baik antara klien, keluarga, dan perawat.

b). Memberikan penjelasan kepada klien tentang keadaan penyakitnya.

Rasional : Meningkatkan pengetahuan klien tentang keadaan penyakit yang dideritanya.

c). Berikan informasi tentang pentingnya mempertahankan pemeriksaan gula darah setiap hari, waktu dan dosis obat serta diet.

Rasional : Membantu dalam menciptakan gambaran nyata dari keadaan klien untuk melakukan control penyakitnya dengan lebih baik dan meningkatkan perawatan dirinya.

d). Berikan informasi tentang pengaruh rokok pada penggunaan insulin.

Rasional : Nikotin mengkonstriksi pembuluh darah kecil dan absorpsi insulin diperlambat selama pembuluh darah ini yang mengalami konstriksi.

- e). Berikan informasi untuk tidak menggunakan obat-obatan yang dijual bebas tanpa konsultasi dengan tenaga kesehatan atau tidak boleh memakai obat tanpa resep.

Rasional : Produktivitas mungkin mengandung gula atau berinteraksi dengan obat-obatan yang diresepkan.

### **3.1.4 Pelaksanaan**

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelaksanaan dimulai tanggal 25 April 2013.

#### **Tanggal 25 April 2013**

- 1). Pukul 07.00 WIB

Terpasang infus PZ 14 tetes/menit.

Respon : Infus menetes lancar.

- 2). Pukul 08.00 WIB

Melakukan inj ceftriaxone 1 gr, inj metronidazole 500 mg, inj ranitidin 1 ampul.

Respon : Klien tenang, tidak kesakitan.

- 3). Pukul 09.00 WIB

Melakukan cek darah lengkap (DL) dan GDA

Respon : Hasil GDA 371.

4). Pukul 10.00 WIB

Memberikan penjelasan ke klien tentang penyakitnya.

Respon : Klien mendengarkan dan kooperatif.

5). Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : Tekanan darah 120/80 mmHg, Suhu 38°C, Nadi 110x/menit, RR 22x/menit.

6). Pukul 12.30 WIB

Melakukan cek GDA

Respon : Hasil GDA 406.

7). Pukul 13.00 WIB

Membantu memberikan posisi yang nyaman.

Respon : Klien terlihat tenang.

### **Tanggal 26 April 2013**

1). Pukul 07.00 WIB

Terpasang infus PZ 14 tetes/menit.

Respon : Infus menetes lancar.

2). Pukul 08.00 WIB

Melakukan inj ceftriaxone 1 gr, inj metronidazole 500 mg, inj ranitidin 1 ampul.

Rasional : Klien tenang, tidak kesakitan.

3). Pukul 09.00 WIB

Melakukan cek GDA

Respon : Hasil GDA 347.

4). Pukul 10.00 WIB

Melakukan tindakan rawat luka

Respon : Pada luka terdapat pus, darah, dan berbau.

5). Pukul 11.00 WIB

Memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya cuci tangan untuk mencegah terjadinya infeksi.

Respon : Klien dan keluarga kooperatif.

6). Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : Tekanan darah 120/80 mmHg, Suhu 37,6°C, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit.

### **Tanggal 27 April 2013**

1). Pukul 07.00 WIB

Terpasang infus PZ 14 tetes/menit.

Respon : Infus menetes lancar.

2). Pukul 08.00 WIB

Melakukan inj ceftriaxone 1 gr, drip metronidazole 500 mg, inj ranitidin 1 ampul.

Respon : Klien tenang, tidak kesakitan.

3). Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : Tekanan darah 100/60 mmHg, Suhu 36,8°C, Nadi 100x/menit, RR 20x/menit.

### **Tanggal 28 April 2013**

1). Pukul 20.00 WIB

Terpasang infus PZ 14 tetes/menit

Respon : Infus menetes lancar.

2). Pukul 23.30 WIB

Melakukan cek GDA

Respon : Hasil GDA 268.

3). Pukul 24.00 WIB

Melakukan inj metronidazole 500 mg

Respon : Klien tenang, tidak kesakitan.

4). Pukul 05.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : Tekanan darah 120/70 mmHg, Suhu 37,5°C, Nadi 114x/menit, RR 22x/menit.

5). Pukul 06.00 WIB

Melakukan cek GDA

Respon : Hasil GDA 286.

### **Tanggal 29 April 2013**

1). Pukul 20.00 WIB

Terpasang infus PZ 14 tetes/menit.

Respon : Infus menetes lancar.

2). Pukul 21.00 WIB

Melakukan cek GDA

Respon : Hasil GDA 331

3). Pukul 24.00 WIB

Melakukan inj metronidazole 500 mg dan inj metamizol.

Respon : Klien menyeringai kesakitan.

4). Pukul 05.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : Tekanan darah 110/70 mmHg, Suhu 37,4°C, Nadi 112x/menit, RR 22x/menit.

### 3.1.5 Evaluasi

Evaluasi ini merupakan hasil akhir pada Tn. S dengan Diabetes Mellitus yang didapatkan sebagai berikut :

1. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya luka gangren.

Tanggal 27 April 2013, pukul : 10.00 WIB.

Subjektif : Klien mengatakan kakinya masih belum sembuh-sembuh juga.

Objektif : Terlihat pus dan darah pada luka klien, luka berbau.

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Rencana tindakan dilanjutkan.

2. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik.

Tanggal 27 April 2013, pukul : 10.00 WIB.

Subjektif : Klien mengatakan badannya masih terasa lemas.

Objektif : Klien tampak lemas.

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Rencana tindakan dilanjutkan.

3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya mengenal sumber informasi.

Tanggal 25 April 2013, pukul : 10.00 WIB

Subjektif : Klien mengatakan sudah paham tentang penyakitnya.

Objektif : Klien tenang, tidak merasa bingung lagi.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan dihentikan.