

BAB 3
TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian Kegawat Daruratan

3.1.1 Identitas Pasien

Nama Pasien	: Tn. U	Pendidikan	: SMK
Umur	: 34 tahun	Penanggung Jawab	: Ny. S
Alamat	: Western Village	No. Reg Med	: 21-xx-xx
Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia	Tanggal MRS	: 27 Juni 2015
Diagnosa Medis	: KAD	Jam MRS	: 18.00 WIB
Ruang	: ICU	Tanggal Pengkajian	: 28 juni 2015
Pekerjaan	: Swasta	Jam pengkajian	: 08.00 WIB

3.1.2 Keluhan Utama :

Sesak nafas

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang :

Pasien datang ke IGD RSI. Darus Syifa' pada tanggal 27 juni 2015, diantar oleh keluarganya setelah mengalami kelemahan tubuh yang disertai badan panas selama 4 hari dan sesak nafas. Di IGD mendapatkan terapi infus Nacl 0,9% 14 tpm, inj.ceftriaxone 3x 1gr, inj.lantus 10 ui, O2 8 lpm, dan inf.Paracetamol. Kemudian pasien di pindahkan ke ruang Sensivero dan terapi tetap di lanjutkan di ruangan. Pada tanggal 28 juni 2015 pasien di pindahkan ke ruang icu karena terjadi penurunan kesadaran.

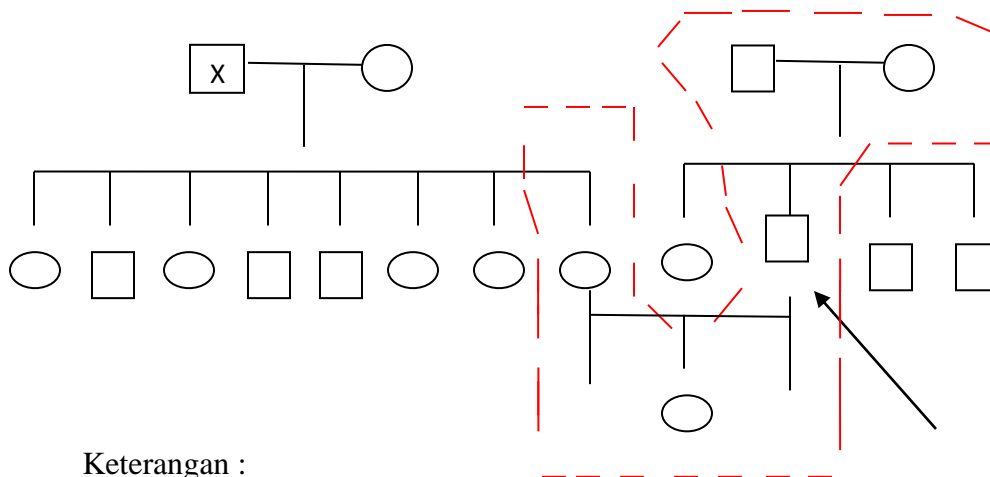
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu :

Keluarga Pasien mengatakan pasien menderita sakit kencing manis dan diketahui sejak umur 23 tahun, biasa berobat (kontrol) di Rumah sakit dan mengkonsumsi obat glimepiride 2x1.

3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga :

Keluarga pasien mengatakan dari keluarga ibunya ada yang menderita penyakit diabetes militus dan Hipertensi.

3.1.6 Genogram



Keterangan :



:Laki – Laki



: Perempuan



: Pasien



: Tinggal Bersama



: Meninggal

3.1.7 Pemeriksaan Fisik (Review of System)

a. B 1 : Breath (pernafasan)

Pasien tampak Sesak, hidung bersih, retraksi intercosta (+), nafas cuping hidung (+), RR 34x/mnt, tipe pernapasan kussmaul, Perfusi dingin, perkusi sonor, terdengar suara napas tambahan wheezing, terpasang O2 masker 8 Lpm, spo2 98 %.

b. B 2 : Blood (Kardiovaskuler)

Bentuk dada simetris, Nadi 130 x/mnt, TD : 110/60 mmHg, S : 39,°C, Suara Jantung S1 S2 tunggal.

c. B 3 : Brain (Pensyarafan)

Keadaan umum pasien lemah, GCS : 3-4-5 , tidak ada sianosis perifer, pasien gelisah, reflek pupil isokor 2/2, tidak ada kaku kuduk, tidak ada kejang.

d. B 4 : Bladder (Perkemihan)

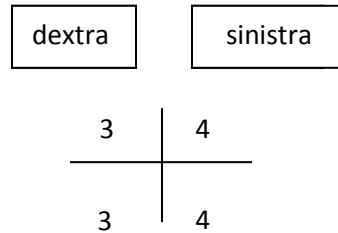
Terpasang dower cateter uk.16 terfiksasi sejak tanggal 28 juni 2015, produksi urin (+), urin tampung 1500 cc/4 jam, warna kuning jernih, bau khas urin.

e. B 5 : Bowel (Pencernaan)

Mulut kotor, bibir kering, tampak lidah tidak tremor, pharing tidak hiperemis, nafas bau aseton, pembesaran kel leher (-). Abdomen supel simetris, flat tidak distended, tidak ada bekas luka jahitan, tidak ada nyeri tekan, tidak kembung, terdengar tympani, peristaltik usus 11x/mnt, klien memakai pempers. Belum BAB sejak 2 hari yang lalu, terpasang NGT no.16 sejak tanggal 28 juni 2015, diet diabetasol 6 x 100 cc + air 6 x 50 cc/24 jam.

f. B 6 : Bone (Muskuloskeletal)

Tonus otot



Integument : Turgor kulit menurun, S: 39°C , pucat, tidak sianosis, CRT 3 dtk, akral hangat , GDA: 445 mg/dl , ADL dibantu perawat dan keluarga.

3.1.8 Data Laboratorium

Tanggal 27 juni 2015

Pukul : 17.00 wib

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hb	15,6 g/dl	13,5 – 18,0 g/dl (L) 11,5 – 16,0 g/dl (P)
PVC	14,8 %	35-50 %
Leukosit	17.000 / cmm	4.000 – 10.000 / cmm
Trombosit	105.000 /cmm	150.000 – 400.000 /cmm
Glukosa	High	70 – 200 mg/dl
SGOT	31 u/L	<37 u/L
SGPT	40 u/L	<40 u/L
Kreatinin	1,90 mg/dl	0,6-1,0 mg/dl

Bun	28,5	4,7- 23,3 mg/dl
Analisa Darah		
Ph	7,3 mmol	7,35 – 7,56 mmol
PCO2	18,9 mmol	25 – 45 mmol
pO2	10,8 mmol	80 – 104 mmol
HCO3	12,2 mmol	21 – 25 mmol
O2	98 mmol	98 – 100 %
Elektrolit		
K	3,35 m Eq/ l	4-5 m Eq/ l
Na	120 m Eq/ l	136 – 144 m Eq/ l
Cl	105 m Eq/ l	98- 107 m Mol/ l

Tabel 3.1 : Pemeriksaan Laboratorium tanggal 27 Juni 2015

Laboratorium Tanggal 28 Juni 2015

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Hb	15,0 g/dl	14 – 18 g/dl (L) 12 – 16 g/dl (P)
PVC	28,3 %	40,7 – 50,3 % (L) 36,1 – 44,3 % (P)
Leukosit	17.000 / cmm	4.000 – 10.000 / cmm
Trombosit	205.000 /cmm	150.000 – 400.000 /cmm
GDA jam 03.00	High	70 – 200 mg/dl

GDA jam 10.00	445 mg/dl	70 – 200 mg/dl
GDA jam 14.00	441 mg/dl	70 – 200 mg/dl
GDA jam 18.00	350 mg/dl	70-200 mg/dl
Kreatinin	1,90 mg/dl	0,6-1,0 mg/dl
Bun	28,5	4,7- 23,3 mg/dl
Keton	5,8	
Analisa Darah		
Ph	7,3 mmol	7,35 – 7,56 mmol
PCO2	20,9 mmol	25 – 45 mmol
pO2	56,8 mmol	80 – 104 mmol
HCO3	17,2 mmol	21 – 25 mmol
O2	98 mmol	98 – 100 %

Tabel 3.2 : Pemeriksaan Laboratorium tanggal 28 Juni 2015

3.1.9 Terapi

Infus Nacl 0,9% 1500 cc/24 jam, drip Neurobion 1 amp

RCI Insulin 4 x 4 ui/iv

Inj. Ceftriaxone 2 x 1 gr/iv

Inj. Pantoprazole 1 x 30 mg/iv

Inj, Ketorolac 2 x 30 mg/iv

Inj. Novorapid 3 x 6 ui /iv

Inj. Lantus 0-0-10 ui/iv

Inf.paracetamol 1x 1 gr

Diet Diabetasol 6x 100 cc + air 6x 50 cc/24 jam.

3.2 Analisa Sintesa Data

Data	Etiologi	Masalah
DO : Pernafasan cuping hidung, kusmaull, Terdengar Suara nafas tambahan wheezing, vesikuler pada lapang paru, terpasang O2 masker 8 L/mnt, RR 34x/mnt, SPO2 98%,pH 7,3mmol.	Penurunan insulin/reseptor insulin ↓ Peningkatan katabolisme tubuh (glukolisis, glukoneolisis) ↓ Peningkatan produk keton dan peningkatan keasaman darah ↓ Kompensasi melalui pernafasan dengan peningkatan RR dan pola	Pola Pernafasan
DO : Bibir kering, kulit pucat,	Peningkatan kadar glukosa darah	Defisit Volume Cairan

<p>CRT 3 dtk, Na 15 mEq, input : diabetasol cair 6x100 cc / 24 jam, air 6x50 cc / 24 jam, infus NaCl 0,9% 1500cc / 24 jam. Output : urine 1500cc/4 jam, Nadi 134 x/mnt, TD : 110/90 mmHg,S : 39°C. DO :</p> <p>Integument : Turgor kulit menurun, S: 39°C , pucat, tidak sianosis, CRT 3 dtk, akral hangat , GDA: High , ADL dibantu perawat dan keluarga. Tonus otot</p> <table border="1" data-bbox="316 1386 617 1575"> <tr> <td>dextra</td> <td>sinistra</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	dextra	sinistra	3	4	3	4	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hiperosmolaritas organ</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dehidrasi jaringan (sel)</p> <p>Peningkatan kadar Glukosa darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terjadinya perubahan metabolisme</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Energi tidak sampai ke jaringan otot</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan tonus otot</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Intoleransi aktivitas</p>	<p style="text-align: center;">Intoleransi aktivitas</p>
dextra	sinistra							
3	4							
3	4							

Tabel 3.3 : Analisa Sintesa Data

3.3 Diagnosa Keperawatan

- a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kompensasi asidosis metabolik.
- b. Defisit Volume Cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih (diuresis osmotic) akibat hiperglikemia.
- c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan proses metabolisme yang terganggu.

3.4 Rencana Keperawatan

- a. **Diagnosa 1** : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kompensasi asidosis metabolik

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam pola nafas klien kembali efektif.

Kriteria Hasil :

- a) Tidak ada pernafasan cuping hidung
- b) Tidak ada suara nafas tambahan Wheezing,Ronchi.
- c) Frekwensi dan kedalaman pernafasan normal
- d) Pola napas efektif, RR dalam batas normal (16-24x/menit)

Intervensi :

1. Kaji frekwensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada catat upaya pernafasan termasuk penggunaan otot bantu pernafasan.

Rasional : Manifestasi distress pernafasan tergantung pada derajat gagal nafas,ekspansi dada terbatas yang berhubungan dengan atelektasis dan atau nyeri dada.

2. Auskultasi bunyi nafas dan catat adanya bunyi nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing.

Rasional : Suara nafas tambahan menyertai obstruksi jalan nafas / kegagalan pernafasan

3. Atur posisi pasien tinggikan kepala 35° untuk mengoptimalkan ventilasi

Rasional : Posisi duduk menentukan ekspansi paru dan kemudahan dan pernafasan.

4. Observasi warna kulit, membran mukosa dan kuku, catat adanya sianosis perifer atau sianosis sentral.

Rasional : Sianosis merupakan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam, membran mukosa kulit sekitar mulut menunjukkan hiposekemia sistemik.

5. Dorong pasien dan bantu latihan pernafasan normal

Rasional : Dapat meningkatkan ke efektifan pernafasan pada pasien

6. Monitor tanda-tanda vital (Tensi, Suhu, Nadi, Respirasi) dan saturasi kebutuhan oksigen pasien

Rasional : Ketidak nyamanan dapar menyebabkan tanda-tanda vital abnormal / tidak dalam batas normal.

7. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi oksigen masker sesuai kebutuhan

Rasional : Memaksimalkan pernafasan dan kebutuhan oksigen pasien.

- b. Diagnosa 2** : Defisit Volume Cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih (diuresis osmotic) akibat hiperglikemia.

Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam menunjukkan peningkatan keseimbangan cairan.

Kriteria Hasil :

- a) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan Berat Badan, Berat Jenis urine normal.
- b) Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal.
- c) Tidak ada tanda – tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Intervensi :

1. Pantau tanda-tanda vital tiap jam (Tensi,Suhu,Nadi,Respirasi)

Rasional :

Kekurangan cairan dapat menyebabkan tanda-tanda vital abnormal.

2. Observasi turgor kulit (CRT) yang menurun,membran mukosa dan adanya oedem

Rasional :

Memberi informasi tentang volume sirkulasi umum dan tingkat hidrasi

3. Pasang NGT untuk pemberian masukan

Rasional :

Membantu masukan cairan melalui dalam lambung

4. Pantau masukan dan pengeluaran urin, berat jenis. Kalkulasi keseimbangan intake dan output dalam 24 jam.

Rasional :

Indikator langsung dari hidrasi/perfusi organ dan fungsi. Memberikan pedoman untuk penggantian cairan.

5. Observasi/catat kuantitas, jumlah dan karakter drainase NGT. tes pH sesuai indikasi. Anjurkan dan bantu dengan perubahan posisi sering.

Rasional :

Pengeluaran cairan berlebihan dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit dan alkalosis metabolik dengan kehilangan lanjut kalium oleh ginjal yang berupaya untuk mengkompensasi. Hiperasiditas, ditunjukkan oleh pH kurang dari 7 menunjukkan pasien beresiko ulkus stres. Pengubahan posisi mencegah pembentukan magenstrase di lambung, yang dapat menyalurkan cairan gastrik dan udara melalui selang NGT kedalam duodenum.

6. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi cairan intra vena.

Rasional :

Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak, dan kalori yang tidak dapat dipertahankan secara adekuat melalui oral.

- c. **Diagnosa 3** : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan proses metabolisme yang terganggu

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam pasien bisa beraktifitas kembali.

Kriteria Hasil :

a) Tanda tanda vital dalam batas normal

Tekanan darah : (sistole : 100 – 140 mmhg) (diastole 90 – 60 mmhg)

Suhu : 36,5°C – 37,5°C

RR : 16 – 24 x/mnt

b) Tonus otot meningkat (nilai 5)

c) GDA dalam batas normal (80 – 125 mg/dl)

d) ADL terpenuhi secara mandiri

Intervensi :

1. Observasi tanda tanda vital tiap 1 jam

Rasional :

Dengan monitor tanda tanda vital akan segera diketahui dengan cepat bila terjadi gangguan cardiac output maupun aritmia

2. Kaji kekuatan otot tiap 6 jam

Rasional :

Mengetahui seberapa kelemahan yang terjadi pada pasien

3. Ubah posisi tiap 2 jam

Rasional :

Bedrest meningkatkan resiko terjadinya dekubitus

4. Lakukan latihan ROM (range of motion) tiap 6 jam

Rasional :

Sendi-sendi yang tidak dilatih akan mengalami penurunan fungsi yang menjadikan atrofi maupun kontraktur

3.5 Implementasi & Catatan Perkembangan

1) Tanggal 28 Juni 2015

Diagnosa 1 : Pola Nafas tidak efektif berhubungan dengan kompensasi asidosis metabolik

Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan
08.00	1. Mengenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan	Jam : 14.00 WIB S : Pasien tidak menjawab
08.10	2. Meminta izin pada pasien dan keluarga untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan	O : RR 34 x/mnt, Pernafasan Kusmaull, Wheezing (+),Ronchi (-).
09.00	3. Melakukan Observasi TTV Suhu : 39°C RR : 34 x/menit Nadi : 130x/menit TD : 110/60 mmHg GCS : 3-4-5 (stupor)	O ₂ saturasi 98,3% Pernafasan cuping hidung (+), kulit pucat, sianosis (-), membran mukosa bibir kering. A : Masalah belum teratasi pada diagnosa 1 : Pola nafas tidak

09.30	<p>4. Memberikan pasien oksigen masker 8 Lpm</p> <p>RR : 34 x/menit</p> <p>SpO2 : 98 %</p>	<p>efektif berhubungan dengan Kompensasi asidosis metabolik.</p> <p>P : Intervensi 1 – 6 tetap dilanjutkan.</p>
10.00	<p>5. Mengatur posisi pasien 30° Head Up dengan meletakkan bantal di kepala</p> <p>RR : 34x/menit</p> <p>SpO2 : 98 %</p>	
11.00	<p>6. Observasi warna kulit, membran mukosa dan kuku.</p> <p>Kulit pucat, sianosis (-), membran mukosa bibir kering, acral panas, spider nevi/perdarahan kulit (-) lesi (-) oedema (-),</p>	
12.00	<p>7. Kaji frekwensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada.</p> <p>Pasien nampak Sesak, hidung bersih, retraksi</p>	

13.00	<p>intercosta (+), nafas cuping hidung (+), tipe pernafasan Kussmaul.</p> <p>8. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi oksigen masker sesuai kebutuhan.</p> <p>Respirasi rate : 30x/menit</p> <p>O2 saturasi 98,3%</p>	
14.00	<p>9. Memonitor kepatenan sistem oksigen dan status O2.</p> <p>Terpasang O2 masker 8 lpm.</p>	

Tabel 3.4 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 1 tgl.28-06-2015

2) Tanggal 28 Juni 2015

Diagnosa 2 : Defisit Volume Cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih (diuresis osmotic) akibat hiperglikemia.

Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan
08.30	<p>1. Observasi tanda-tanda vital</p> <p>Suhu : 39° C</p>	<p>Jam : 14.00 WIB</p> <p>S : Pasien hanya mengerang</p>

09.00	<p>RR : 34 x/menit</p> <p>Nadi : 130x/menit</p> <p>TD : 110/60 mmHg</p> <p>GCS : 3-4-5 (stupor)</p> <p>2. Observasi turgor kulit (CRT) yang menurun, membran mukosa dan ada tidaknya oedem.</p> <p>CRT 3 detik, Kulit Pucat, mukosa bibir kering, acral hangat.</p>	<p>O : K/U pasien lemah, terpasang catheter, GCS : 3-4-5, leukosit :17.000/cmm, Tensi : 120/90 mmHg, Nadi : 128 x/mnt, Suhu : 38 °C, CRT 3 detik, Kulit Pucat,mukosa bibir kering,acral hangat.</p> <p>A : Masalah belum teratasi pada diagnosa 2 : Defisit voume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih (diuresis osmotic) akibat hiperglikemi.</p>
10.00	<p>3. Memberikan diet diabetasol 600 cc + air 300 cc/24 jam melalui selang NGT.</p>	<p>P : Intervensi 1 – 6 tetap dilanjutkan.</p>
11.00	<p>4. Pantau masukan dan pengeluaran urin, berat jenis. Kalkulasi keseimbangan intake dan output dalam 24 jam.</p> <p>Input :</p> <p>infus 1500 cc/24 jam + sonde 900 cc/24 jam</p>	

12.00	<p>Output :</p> <p>urine tampung 3000 cc/24 jam</p> <p>Balance cairan = input – output (1500cc + 900 cc) – 3000 cc</p> <p>= 2400 cc – 3000 cc = -600 cc</p> <p>5. Observasi/catat kuantitas, jumlah dan karakter drainase NGT dan membantu perubahan posisi (miring kanan/miring kiri) pasien.</p> <p>Aspirasi (-), klien mampu (miring kanan /miring kiri) dengan bantuan perawat.</p>	
13.00	<p>6. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi cairan intra vena.</p> <p>Terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri.</p>	
14.00	<p>7. Memonitor kepatenan dan kelancaran infus 1500 cc/24</p>	

	jam. Infus Nacl 0,9% menetes lancer	
--	---	--

Tabel 3.5 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 2 tgl.28-06-2015

3) Tanggal 29 Juni 2015

Diagnosa 1 : Pola Nafas tidak efektif berhubungan dengan kompensasi asidosis metabolik

Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan
08.00	1. Mengenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan	Jam : 14.00 WIB S : Pasien hanya mengerang
08.10	2. Meminta izin pada pasien dan keluarga untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan	O : RR 34 x/mnt, Pernafasan Kusmaull, Wheezing (+),Ronchi (-).
09.00	3. Melakukan Observasi TTV Suhu : 39° C RR : 34 x/menit Nadi : 130x/menit TD : 110/60 mmHg GCS : 3-4-5 (stupor)	O2 saturasi 98,3% Pernafasan cuping hidung (+), kulit pucat, sianosis (-), membran mukosa bibir kering. A : Masalah belum teratasi pada

09.30	<p>4. Memberikan pasien oksigen masker 8 Lpm</p> <p>RR : 34 x/menit</p> <p>SpO2 : 98 %</p>	<p>diagnosa 1 : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Kompensasi asidosis metabolik.</p> <p>P : Intervensi 1 – 6 tetap dilanjutkan.</p>
10.00	<p>5. Mengatur posisi pasien 30° Head Up dengan meletakkan bantal di kepala</p> <p>RR : 34 x/menit</p> <p>SpO2 : 98 %</p>	
11.00	<p>6. Observasi warna kulit, membran mukosa dan kuku.</p> <p>Kulit pucat, sianosis (-), membran mukosa bibir kering, acral panas, spider nevi/perdarahan kulit (-) lesi (-) oedema (-),</p>	
12.00	<p>7. Kaji frekwensi kedalaman pernafasan dan ekspansi dada.</p> <p>Pasien nampak Sesak, hidung bersih, retraksi</p>	

13.00	<p>intercosta (+), nafas cuping hidung (+), tipe pernafasan Kussmaul.</p> <p>8. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi oksigen masker sesuai kebutuhan.</p> <p>Respirasi rate : 34 x/menit</p> <p>O2 saturasi 98,3%</p>	
14.00	<p>9. Memonitor kepatenan sistem oksigen dan status O2.</p> <p>Terpasang O2 masker 8 lpm.</p>	

Tabel 3.6 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 1 tgl.29-06-2015

4) Tanggal 29 Juni 2015

Diagnosa 2 : Defisit Volume Cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih (diuresis osmotic) akibat hiperglikemia.

Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan

08.30	<p>1. Observasi tanda-tanda vital</p> <p>Suhu : 39 °C</p> <p>RR : 34 x/menit</p> <p>Nadi : 130x/menit</p> <p>TD : 110/60 mmHg</p> <p>GCS : 3-4-5 (stupor)</p>	<p>Jam : 14.00 WIB</p> <p>S : Pasien hanya mengerang</p> <p>O : K/U pasien lemah, terpasang catheter, leukosit :17.000/cmm, Tensi : 120/90 mmHg, Nadi : 128 x/mnt, Suhu : 38 °C, CRT 3 detik,</p>
09.00	<p>2. Observasi turgor kulit (CRT) yang menurun, membran mukosa dan ada tidaknya oedem.</p> <p>CRT 3 detik, Kulit Pucat, mukosa bibir kering, acral hangat.</p>	<p>Kulit Pucat,mukosa bibir kering,acral hangat.</p> <p>A : Masalah belum teratasi pada diagnosa 2 : Defisit voume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih (diuresis osmotic) akibat hiperglikemi.</p>
10.00	<p>3. Memberikan diet diabetasol 600 cc + air 300 cc/24 jam melalui selang NGT.</p>	<p>P : Intervensi 1 – 6 tetap dilanjutkan.</p>
11.00	<p>4. Pantau masukan dan pengeluaran urin, berat jenis. Kalkulasi keseimbangan intake dan output dalam 24 jam.</p>	

	<p>Input :</p> <p>infus 1500 cc/24 jam + sonde 900 cc/24 jam</p> <p>Output :</p> <p>urine tampung 3000 cc/24 jam</p> <p>Balance cairan = input – output (1500cc + 900 cc) – 3000 cc</p> <p>= 2400 cc – 3000 cc = -600 cc</p>	
12.00	<p>5. Observasi/catat kuantitas, jumlah dan karakter drainase NGT dan membantu perubahan posisi (miring kanan/miring kiri) pasien.</p> <p>Aspirasi (-), klien mampu (miring kanan /miring kiri) dengan bantuan perawat.</p>	
13.00	<p>6. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi cairan intra vena.</p> <p>Terpasang infus Nacl 0,9%</p>	

14.00	<p>di tangan kiri.</p> <p>7. Memonitor kepatenan dan kelancaran infus 1500 cc/24 jam.</p> <p>Infus Nacl 0,9% menetes lancar</p>	
-------	---	--

Tabel 3.7 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 2 tgl.29-06-2015

5) Tanggal 30 Juni 2015

Diagnosa 1 : Pola Nafas tidak efektif berhubungan dengan kompensasi asidosis metabolik

Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan
08.00	1. Mengenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan	Jam : 14.00 WIB
08.10	2. Meminta izin pada pasien dan keluarga untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan	S : Pasien hanya mengerang O : RR 34 x/mnt, Pernafasan Kusmaull, Wheezing (+),Ronchi (-).
09.00	3. Melakukan Observasi TTV Suhu : 39°C RR : 34 x/menit	O2 saturasi 98,3% Pernafasan cuping hidung (+), kulit pucat, sianosis (-), membran

09.30	<p>Nadi : 130x/menit</p> <p>TD : 110/60 mmHg</p> <p>GCS : 3-4-5 (stupor)</p> <p>4. Memberikan pasien oksigen masker 8 Lpm</p> <p>RR : 34 x/menit</p> <p>SpO2 : 98 %</p>	<p>mukosa bibir kering.</p> <p>A : Masalah belum teratasi pada diagnosa 1 : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Kompensasi asidosis metabolik.</p> <p>P : Intervensi 1 – 6 tetap dilanjutkan.</p>
10.00	<p>5. Mengatur posisi pasien 30° Head Up dengan meletakkan bantal di kepala</p> <p>RR : 34 x/menit</p> <p>SpO2 : 98 %</p>	
11.00	<p>6. Observasi warna kulit, membran mukosa dan kuku.</p> <p>Kulit pucat, sianosis (-), membran mukosa bibir kering, acral panas, spider nevi/perdarahan kulit (-) lesi (-) oedema (-),</p> <p>7. Kaji frekwensi kedalaman pernafasan dan ekspansi</p>	

12.00	<p>dada.</p> <p>Pasien nampak Sesak, hidung bersih, retraksi intercosta (+), nafas cuping hidung (+), tipe pernafasan Kussmaul.</p>	
13.00	<p>8. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi oksigen masker sesuai kebutuhan.</p> <p>Respirasi rate : 34 x/menit</p> <p>O2 saturasi 98,3%</p>	
14.00	<p>9. Memonitor kepatenan sistem oksigen dan status O2.</p> <p>Terpasang O2 masker 8 lpm.</p>	

Tabel 3.8 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 1 tgl.30-06-2015

6) Tanggal 30 Juni 2015

Diagnosa 2 : Defisit Volume Cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan
berlebih (diuresis osmotic) akibat hiperglikemia.

Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan
08.30	1. Observasi tanda-tanda vital Suhu : 39° C RR : 34 x/menit Nadi : 130x/menit TD : 110/60 mmHg GCS : 3-4-5 (stupor)	Jam : 14.00 WIB S : Pasien hanya mengerang O : K/U pasien lemah, terpasang catheter, GCS : 3-4-5, leukosit :17.000/cmm, Tensi : 120/90 mmHg, Nadi : 128 x/mnt, Suhu :
09.00	2. Observasi turgor kulit (CRT) yang menurun, membran mukosa dan ada tidaknya oedem. CRT 3 detik, Kulit Pucat, mukosa bibir kering, acral hangat.	38 °C, CRT 3 detik, Kulit Pucat,mukosa bibir kering,acral hangat. A : Masalah belum teratasi pada diagnosa 2 : Defisit voume cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih (diuresis osmotic)
10.00	3. Memberikan diet diabetasol 600 cc + air 300 cc/24 jam melalui selang NGT.	akibat hiperglikemi. P : Intervensi 1 – 6 tetap
11.00	4. Pantau masukan dan pengeluaran urin, berat jenis. Kalkulasi keseimbangan intake dan output dalam 24	dilanjutkan.

	<p>jam.</p> <p>Input :</p> <p>infus 1500 cc/24 jam + sonde 900 cc/24 jam</p> <p>Output :</p> <p>urine tampung 2800 cc/24 jam</p> <p>Balance cairan = input – output (1500cc + 900 cc) – 3000 cc</p> <p>= 2400 cc – 2800 cc = -400 ccnm</p>	
12.00	<p>5. Observasi/catat kuantitas, jumlah dan karakter drainase NGT dan membantu perubahan posisi (miring kanan/miring kiri) pasien.</p> <p>Aspirasi (-), klien mampu (miring kanan /miring kiri) dengan bantuan perawat.</p>	
13.00	<p>6. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi cairan intra vena.</p>	

14.00	<p>Terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri.</p> <p>7. Memonitor kepatenan dan kelancaran infus 1500 cc/24 jam.</p> <p>Infus Nacl 0,9% menetes lancar</p>	
-------	---	--

Tabel 3.9 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 2 tgl.30-06-2015

7) Tanggal 01 Juli 2015

Diagnosa 1 : Pola Nafas tidak efektif berhubungan dengan kompensasi asidosis metabolik

Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan
08.00	1. Mengenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan	Jam : 14.00 WIB S : Pasien mengatakan tidak sesak
08.10	2. Meminta izin pada pasien dan keluarga untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan	O : RR 25 x/mnt, Klien tampak rileks, Wheezing (-), Ronchi (-).
09.00	3. Melakukan Observasi TTV Suhu : 37,5°C	O2 saturasi 98,3% Pernafasan cuping hidung (-), kulit

09.30	<p>RR : 25 x/menit</p> <p>Nadi : 98 x/menit</p> <p>TD : 110/60 mmHg</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>4. Memberikan pasien oksigen masker 8 Lpm</p>	<p>pucat, sianosis (-), membran mukosa bibir kering.</p> <p>A : Masalah belum teratasi pada diagnosa 1 : Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Kompensasi asidosis metabolik.</p>
10.00	<p>RR : 25 x/menit</p> <p>SpO2 : 98 %</p> <p>5. Mengatur posisi pasien 30° Head Up dengan meletakkan bantal di kepala</p>	<p>P : Intervensi 1 – 6 tetap dilanjutkan.</p>
11.00	<p>RR : 25 x/menit</p> <p>SpO2 : 98 %</p> <p>6. Observasi warna kulit, membran mukosa dan kuku.</p> <p>Kulit pucat, sianosis (-), membran mukosa bibir kering, acral hangat, spider nevi/perdarahan kulit (-) lesi (-) oedema (-),</p>	
12.00	<p>7. Kaji frekwensi kedalaman pernafasan dan ekspansi</p>	

13.00	<p>dada.</p> <p>Pasien nampak Sesak, hidung bersih, retraksi intercosta (+), nafas cuping hidung (+), tipe pernafasan Kussmaul.</p> <p>8. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi oksigen masker sesuai kebutuhan.</p> <p>Respirasi rate : 25 x/menit</p> <p>O2 saturasi 98,3%</p>	
14.00	<p>9. Memonitor kepatenan sistem oksigen dan status O2.</p> <p>Terpasang O2 masker 8 lpm.</p>	

Tabel 3.10 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 1 tgl.01-07-2015

8) Tanggal 01 Juli 2015

Diagnosa 2 : Defisit Volume Cairan berhubungan dengan pengeluaran cairan berlebih (diuresis osmotic) akibat hiperglikemia.

	<p>jam.</p> <p>Input :</p> <p>infus 1500 cc/24 jam + sonde 900 cc/24 jam</p> <p>Output :</p> <p>urine tampung 3000 cc/24 jam</p> <p>Balance cairan = input – output (1500cc + 900 cc) – 3000 cc</p> <p>= 2400 cc – 2400 cc</p>	
12.00	<p>5. Observasi/catat kuantitas, jumlah dan karakter drainase NGT dan membantu perubahan posisi (miring kanan/miring kiri) pasien.</p> <p>Aspirasi (-), klien mampu (miring kanan /miring kiri) dengan bantuan perawat.</p>	
13.00	<p>6. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi cairan intra vena.</p> <p>Terpasang infus Nacl 0,9%</p>	

10.00	Melakukan latihan ROM (range of motion) Tidak ada kekakuan sendi	A : Masalah belum teratasi pada diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan proses metabolisme yang terganggu P : Intervensi 1 – 5 tetap dilanjutkan.
11.00	Mengubah posisi pasien Miring kanan kiri secara bergantian tiap 2 jam dan Tidak terdapat dekubitus daerah punggung	
12.00	Memberikan Regulasi cepat insulin 4 u/iv, hasil GDA : 445 mg /dl	

Tabel 3.12 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 3 tgl.28-06-2015

Tanggal 29 juni 2015

Diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Gangguan metabolisme yang terganggu

Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan								
08.00	Melakukan observasi tanda tanda vital : TD : 110/60 mmhg , RR : 32x/mnt , N : 130 x/mnt , spo2 : 98% , S : 39 °C, GDA : 398 mg/dl	Jam : 14.00 WIB S : - O : pasien tampak lemah, GCS : 345, ADL di bantu perawat,								
09.00	Mengkaji kekuatan tonus otot <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">dextra</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">sinistra</div> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table>	3	5	3	5	Mengkaji kekuatan tonus otot <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">dextra</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">sinistra</div> </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table>	3	5	3	5
3	5									
3	5									
3	5									
3	5									

10.00	Melakukan latihan ROM (range of motion) Tidak ada kekakuan sendi	A : Masalah belum teratasi pada diagnosa 3 : : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Gangguan metabolisme yang terganggu P : Intervensi 1 – 5 tetap dilanjutkan.
11.00	Mengubah posisi pasien Miring kanan kiri secara bergantian tiap 2 jam dan Tidak terdapat dekubitus daerah punggung	
12.00	Memberikan Regulasi cepat insulin 4 u/iv, hasil GDA : 369 mg /dl	

Tabel 3.13 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 3 tgl.29-06 -2015

Tanggal 30 juni 2015

Diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Gangguan metabolisme yang terganggu.

Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan								
08.00	Melakukan observasi tanda tanda vital : TD : 110/60 mmhg , RR : 34 x/mnt , N : 130 x/mnt , spo2 : 98%, S : 39 °C, GDA : 318 mg/dl	Jam : 14.00 WIB S : - O : pasien tampak lemah,GCS : 345,ADL di bantu perawat								
09.00	Mengkaji kekuatan tonus otot <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">dextra</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">sinistra</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> </div>	4	5	3	5	Mengkaji kekuatan tonus otot <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">dextra</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">sinistra</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> </div>	4	5	4	5
4	5									
3	5									
4	5									
4	5									

10.00	Melakukan latihan ROM (range of motion) Tidak ada kekakuan sendi	A : Masalah teratasi sebagian pada diagnosa 3 : : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Gangguan metabolisme yang terganggu P : Intervensi 1 – 5 tetap dilanjutkan.
11.00	Mengubah posisi pasien Miring kanan kiri secara bergantian tiap 2 jam dan Tidak terdapat dekubitus daerah punggung	
12.00	Memberikan Regulasi cepat insulin 4 u/iv, hasil GDA : 269 mg /dl	

Tabel 3.14 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 3 tgl.30-06 -2015

Tanggal 01 juli 2015

Diagnosa 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Gangguan metabolisme yang terganggu.

Jam	Implementasi	Catatan Perkembangan								
08.00	Melakukan observasi tanda tanda vital : TD : 110/60 mmhg , RR : 25 x/mnt , N : 88 x/mnt , spo2 : 98% , S : 37 °C, GDA : 228 mg/dl	Jam : 14.00 WIB								
09.00	Mengkaji kekuatan tonus otot <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">dextra</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">sinistra</div> </div> <div style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> </div>	4	5	4	5	S : pasien mengatakan ingin jalan O : pasien tampak cukup, GCS : 456, ADL masih di bantu perawat Mengkaji kekuatan tonus otot <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">dextra</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">sinistra</div> </div> <div style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> </div>	5	5	5	5
4	5									
4	5									
5	5									
5	5									
10.00	Melakukan latihan ROM (range of									

11.00	<p>motion) Tidak ada kekakuan sendi</p> <p>Mengubah posisi pasien Miring kanan kiri secara bergantian tiap 2 jam dan Tidak terdapat dekubitus daerah punggung</p>	<p>A : Masalah teratasi sebagian pada diagnosa 3 : : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Gangguan metabolisme yang terganggu</p>
12.00	<p>Memberikan Regulasi cepat insulin 4 u/iv, hasil GDA : 189 mg /dl</p>	<p>P : Intervensi 1 – 5 tetap dilanjutkan.</p>

Tabel 3.15 : Implementasi & Catatan Perkembangan Diagnosa 3 tgl.01-07 -2015