BAB 3

TINJAUAN KASUS

Guna mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn. S dengan Diabetes Melitus (DM) type 2 di ruang Interna Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 21 Agustus 2015 sampai dengan 23 Agustus 2015. Pasien Masuk Rumah Sakit tanggal 20 Agustus 2015 jam 21.15 WIB. Anamnese diperoleh dari pasien dan rekam medis NO. Register 08-40-XX sebagai berikut :

3.1 Pengkajian Keperawatan (Tanggal 21 Agustus 2015, Pukul : 10.00)

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas Klien :

Klien adalah seorang laki-laki bernama Tn. S, umur 50 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, status sudah menikah, agama Islam, Pendidikan terakhir SMA, Pekerjaan Swasta, alamat Jl. XXXXX Surabaya

2. Keluhan Utama :

Klien mengatakan kaki kesemutan, pusing.

3. Riwayat Kesehatan / Penyakit Sekarang :

Klien mengatakan sebelum MRS, klien merasakan pusing sejak 2 hari yang lalu. mual muntah bila kemasukan makanan, dan kakinya terasa kesemutan. pada tanggal 20 Agustus 2015 pukul 21.15 WIB. Klien datang ke UGD dengan diantar Istrinya. dengan keluhan pusing, kaki kesemutan, mual-muntah, dan badan terasa lemah tekanan darah 140/90 mmHg, N : 92x/menit, S : 36,6 C, pemasangan tes Gula darah acak 381 mg, dokkter menyarankan untuk Rawat Inap jam 22.15 WIB. Klien masuk ruang rawat inap kamar Roudho Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya.

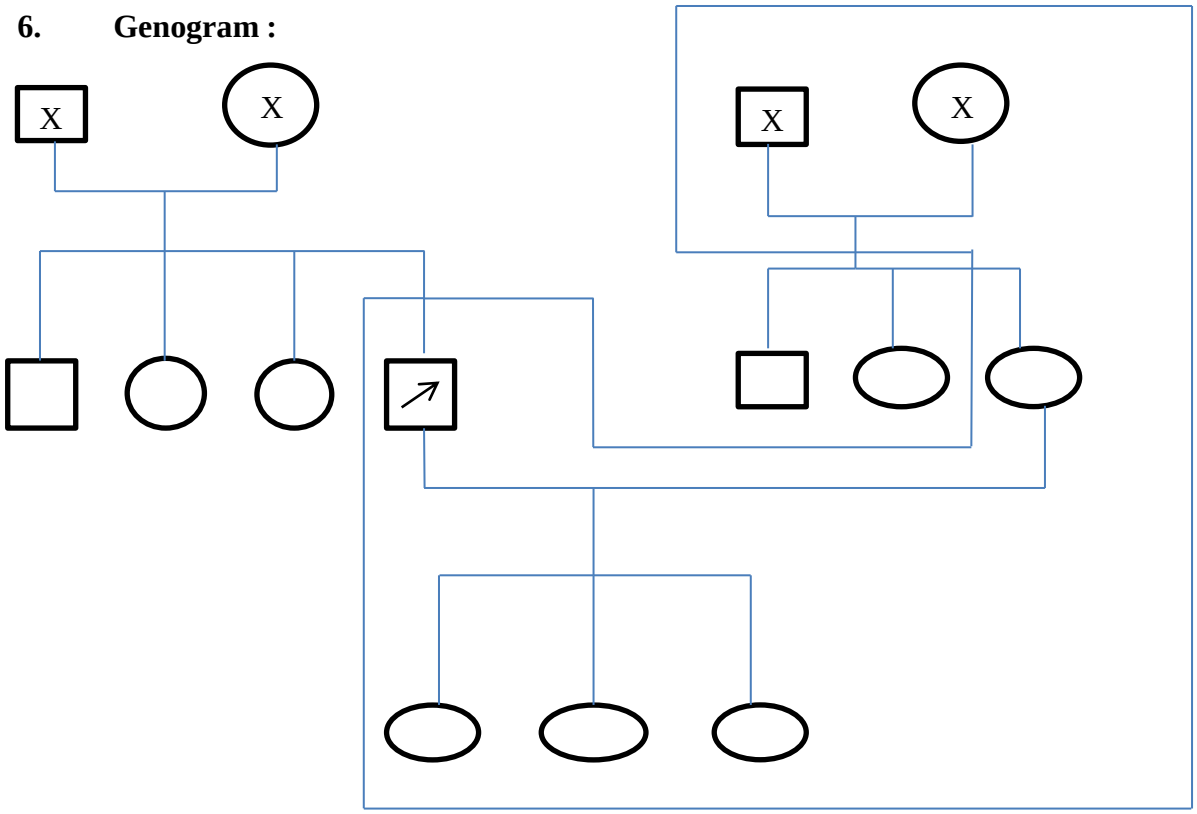
4. Riwayat Penyakit Dahulu :

Klien mengatakan ±10 tahun pernah mempunya penyakit TBC, pada tahun 2008, dokter mengatakan sudah sembuh. Dan klien tidak pernah mempunyai riwayat kencing manis (DM), setiap klien merasa tidak enak badan, klien membeli obat-oabat yang dijual di toko. Klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan tertentu seperti suplemen, atau antibiotik.

5. Riwayat Penyakit Keluarga :

Tn. S mengatakan bahwa ayahnya pernah menderita Diabetes Melitus (DM). Sebelumnya sudah meninggal 2 tahun yang lalu.

6. Genogram :



Keterangan :

: laki – laki hidup

: perempuan hidup

: pasien umur 50 tahun

: hubungan

X : meninggal

: tinggal dalam satu rumah

Pola Fungsi Kesehatan :

1. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Klien mengatakan sebelum masuk RS mandi 2x sehari dengan menggunakan sabun, dan menggosok giginya dengan melakukan sendiri. Sesudah masuk RS mandi 2x sehari dengan menggunakan air seka dari RS, dan dibantu oleh istri dan keluarganya.

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Klien mengatakan sebelum masuk RS makan 3x sehari dengan menu nasi sayur, lauk pauk, dan buah-buahan, minum ± 600 ml, BB 74 kg. Sesudah masuk RS klien mengatakan makan 3x sehari (2-3 sendok), dan dapat diet dari RS BK (1700 kalori). Dan kadang tidak dimaka sama sekali, bila kemasukan makanan selalu mual-muntah ± 3x, lidah terasa pahit, minum ± 6-7 gelas (1500 ml), BB 72 kg.

3. Pola Eleminasi

1) Eleminasi Alvi

Klien mengatakan sebelum masuk RS buang air besar 2 hari sekali, dan kadang-kadang buang air besar tiap pagi. Dengan konsistensi lembek dan berwana kuning. Sesudah masuk RS klien mengatakan belum buang air besar dari tadi malam dan sampai sekarang.

2) Eleminasi Uri

Sebelum masuk RS klien mengatakan sering BAK dalam satu hari ± 7-8 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih dan berbau khas. Sesudah masuk RS klien mengatakan BAK ± 9-10 kalai dalam sehari dengan

volume ± 2000 cc/24 jam, dengan konsistensi berwarna kuning jernih dan berbau khas.

4. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum masuk RS klien mengatakan tidur dengan pulas, siang 3 jam (12.00 14.00 WIB). Sesudah masuk RS klien mengatakan tidur siang 2 jam, malam 5-6 jam (23.00-04.00 WIB) sering terbangun.

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum masuk RS klien mengatakan klien mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan sendiri, misalnya makan, dan lain-lain. Sesudah masuk RS klien mengatakan badannya lemah, pasien hanya berbaring di tempat tidur, dan aktifitas seperti makan, ganti baju, dll, dibantu oleh keluarga.

6. Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Gambaran Diri :

   Klien mengatakan penyakit yang dideritanya adalah ujian dari Allah SWT.

2) Harga Diri :

   Klien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya.

3) Ideal Diri :

   Klien mengatakan ingin cepat sembuh dari penyakitnya.

4) Peran :

   Klien berperan sebagai kepala rumah tangga dan mempunyai istri dengan 3 orang anak laki-laki.

5) Identitas Diri :

   Klien mengatakan bahwa dirinya berumur 50 tahun.

7. Pola Sensori dan Kognitif

a. Sensori :

Klien mengatakan bahwa indra penglihatannya sudah agak kabur, bila melihat orang dari kejahuan. Yang lainnya seperti perabaan, pendengaran, penciuman, masih normal dan tidak ada kelainan.

b. Kognitif :

Klien tidak tahu dengan penyakitnya.

8. Pola Reproduksi Seksual

Klien mengatakan bahwa dirinya seorang laki-laki berusia 50 tahun dan sudah menikah.

9. Pola Hubungan Peran

Klien berperan sebagai kepala rumah tangga, hubungan dengan keluarganya sangat baik, dan mempunyai 3 orang anak.

10. Pola Penanggulangan Stress

Klien mengatakan jika ada masalah, selalu dibicarakan dengan istri, anak, dan keluarganya.

11. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam, sholat 5 waktu dalam sehari, selama di RS klien juga melakukan sholat 5 waktu dengan cara berbaring di tempat tidur, dan bertayamum.

Pemeriksaan Fisik

1. Status kesehatan umum

Keadaan Penyakit : Sedang

Kesadaran : Kompos Mentis

Suara Bicara : Jelas

Pernafasan : 20x/menit

Suhu Tubuh : 36°C

Nadi : 88x/menit

Tekanan Darah : 140/90 MmHg.

2. **Kepala**

Bentuk simetris, rambut warna hitam ada uban, keadaan kulit kepala bersih, tidak ada ketombe, tidak ada benjolan di kepala, tidak ada nyeri tekan.

3. **Muka**

Wajah simetris, tidak ada odema, tidak ada nyeri tekan/lesi, wajah tampak cemas.

4. **Mata**

Mata simetris, tidak ada perdarahan, reflek pupil terhadap cahaya bagus, konjungtiva merah muda, sklera putih, pergerakan bola mata simetris, dan tidak ada nyeri tekan.

5. **Telinga**

Bentuk simetris, tidak ada lesi atau massa, tidak ada benjolan, tidak ada serum, tidak ada gangguan pendengaran.

6. **Hidung**

Hidung simetris, lubang hidung bersih, tidak ada secret, tidak ada polip, mukosa hidung lembab, tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik.

7. **Mulut dan Faring**

Bentuk simetris, bibir dan mukosa mulut kering, tidak ada sariawan, warna gigi agak kekuningan, mulut terasa pahit, gusi tidak bengkak.

8. Leher

Tidak ada massa/benjolan, tidak da pembesaran kelenjar tiroid.

9. Thorax

Inpeksi : Pergerakan dada simetris, tidak ada bekas luka.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : Suara sonor pada Paru, Suara redup pada Jantung.

Auskultasi : Tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi, dan wheezing.

10. Abdomen

Inpeksi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada asites.

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : Terdengar timpani

Auskultasi : Bising usus 10-12x/menit.

11. Inguinal,Genita, dan Anus

Genetalia bersih, Anus bersih, tidak ada Hemoroid.

12. Integumen

Warna kulit sawo matang, Turgor kulit menurun, Akral hangat, CRT 1 detik, tidak ada peningkatan suhu tubuh.

13. Ekstermitas dan Neurologis

Pada tulang ekstremitas bawah tidak ada fraktur, edema. Dan pada ektremitas atas tidak ada edema, sebelah kiri terpasang infus RL 14x/menit. Tingkat kesadaran kompos mentis, GCS 4 5 6, tidak ada kaku kuduk.

14. Pemeriksaan Penunjang Medik

Tangal 21 agustus 2015

1. Laboratorium

   Pemeriksaan Darah Lengkap

   Tanggal 20 Agustus 2015

   1. *HBS Ag* : Negatif (Negatif)
   2. *SGOT* : 8 (Normal : <35 u/L)
   3. *Natrium Serum* : 139 (Normal : 135-145 mmol/L)
   4. *BUN* : 15 (Normal : 7-18 mg/dl)
   5. *GDA* : 266 mg/dl
   6. *2 JPP* : 233 mg/dl (Normal : 100-150 mg/dl)

   Tanggal 22 Agustus 2015

   Kadar gula darah

   1. *Gula Darah Acak* : 163 (Normal : 100-150 mg/dl)

   Tanggal 23 Agustus 2015

   Kadar gula darah

   1. *Gula Darah Acak* : 143 (Normal : 100-150 mg/dl)

2. Penatalaksanaan/Terapi

   Tanggal 21 Agustus 2015

   Terapi Injeksi : Infus PZ 20 Tetes/Menit

   Pepzol 1X1 (iv)

   RCL Novorapin 3X4 unit (sc)

Terapi Oral : Cefila Tab 2X1

Diet : BK (1700 kalori).

Tanggal 22 Agustus 2015

Terapi Injeksi : Infus PZ 20 Tetes/Menit

Pepzol 1X1 (iv)

Santagesik 3X1 (iv)

Terapi Oral : Glimepirin 2mg

Cefila Tab 2X1

Diet : BK (1700 kalori).

Tanggal 23 Agustus 2015

Terapi Injeksi : Infus PZ 20 Tetes/Menit

Pepzol 1X1 (iv)

Santagesik 3X1 (iv)

Novorapin 3X8 unit (sc)

Oral : Glimepirin 2mg

Cefila Tab 2X1

Tofedex 2X½

3.1.2 Analisa Data

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

1. Kelompok data pertama (tanggal 21 agustus 2015)
   1) Data Subjektif :

Klien mengatakan tidak nafsu makan, mual, badan lemah.

2) Data Objektif :

Keadaan umum lemah, BB sebelum masuk RS 74 kg, setelah masuk RS 72 kg, porsi makan 2-3 sendok. Dapat diet BK (1700 kalori), minum ± 1500 ml.

A = Tn. S umur 50 tahun, BB 72 kg, aebelum masuk RS 74 kg.

B = SGOT = 8	Natrium Serum = 139
SGPT = 11	Kalium Serum = 3,6
BUN = 15	Clorida Serum = 90
Kreatinin = 0,8	GDA : 266 mg/dl, 2 JPP : 233 mg/dl.

C = Ttv = TD = 120/80

N = 92

S = 36,5

D = BK 1700 kalori dari RS.

3) Masalah Keperawatan :

Ketidak seimbangan nutrisi.

4) Kemungkinan Penyebab :

Nafsu makan menurun.

2. Kelompok data kedua (Tanggal 21 Agustus 2015)

1) Data Subjektif :

Klien mengatakan tidak nafsu makan, minum ± 1500 ml.

2) Data Objektif :

BAK ± 9-10 kali per hari dengan volume ± 2000 cc/24 jam, turgor kulit menurun.

3) Masalah Keperawatan :

Resiko ketidak seimbangan cairan.

4) Kemungkinan Penyebab :

Output lebih besar dari pada intake.

3. Kelompok Data ke Tiga (Tanggal 21 Agustus 2015)

1) Data Subjektif :

Klien mengatakan badan lemah, kaki kesemutan.

2) Data Objektif :

Klien hanya berbaring di tempat tidur, aktivitas dibantu oleh keluarga, Gula Darah Acak (GDA) = 266 mg/dl, 2JPP = 233 mg/dl.

3) Masalah Keperawatan :

Keterbatasan aktivitas.

4) Kemungkinan Penyebab :

Kelelahan.

3.2 Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan keperawatan maka penulis mengacu pada urutan sebagai berikut yaitu mengancam jiwa, mengganggu fungsi organ, mengganggu fungsi kesehatan, dengan tetap mendahulukan kejadianyang lebih awal terjadi, sehingga urutan diagnose keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

1.) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Tidak adekuatnya produksi insulin.

2.) Resoki ketidak seimbangan cairan b/d hiperglikemia dan poliuria.

3.) Keterbatasan aktivitas b/d kelelahan.

4.) Ansietas b/d Kurangnya mengenal sumber informasi.

3.3 Rencana Keperawatan

Setelah diagnose keperawatan disusun sesuai prioritas masalah, maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 21 Agustus 2015.

1.) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Tidak adekuatnya produksi insulin.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam, kebutuhan nutrisi klien terpenuhi.

Kriteria Hasil :

1. Pasien mengungkapkan tidak ada mual, dan nafsu makan membaik.
2. BB pasien dalam rentang ideal.
3. Intake makanan sesuai dengan kebutuhan, Indeks Massa Tubuh (BMI).
4. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.
5. Nilai Hb dalam batas normal.
6. Kadar glukosa tubuh dalam rentang toleransi.

Intervensi :

1. BHSP

   Rasional : Hubungan baik dan saling percaya antara perawat, pasien, dan keluara pasien merupakan mendasar dalam pemberian Asuhan Keperawatan agar pasien dan keluarga lebih terbuka dan kooperatif.

2. Kaji status nutrisi pasien

   Rasional : Menentukan kebutuhan nutrisi pasien.

3. Timbang BB pasien dan lakukan secara berkala 2 hari sekali atau sesuai indikasi.

   Rasional : BB indikator status nutrisi pasien, dapat menentukan Basal Masa Indeks dan merencanakan terapi insulin.

4. Identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi status nutrisi pasien.

   Rasional : Banyak faktor yang mempengaruhi status nutrisi, sehingga perlu diketahui penyebab kurang nutrisi dan merencanakan pemenuhan nutrisi.

5. Monitoring gula darah pasien secara periodik sesuai indikasi.

   Rasional : BB indikator status nutrisi pasien, dapat menentukan Basal Massa Indeks dan merencanakan terapi nutrisi.

6. Kaji pola makan dan aktivitas pasien.

   Rasional : Aktivitas latihan yang rutin membantu menurunkan komplikasi penyakit jantung dan menurunkan kadar gula darah.

7. Kolaborasi dengan tim gizi untuk mengidentifikasi dan merencanakan kebutuhan nutrisi pasien.

   Rasional : Tim gizi lebih kompeten dalam menentukan dan merencanakan kebutuhan nutrisipasien.

8. Laksanakan program terapi seperti pemberian obat antidiabetik atau insulin.

   Rasional : Pengobatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari peningkatan status nutrisi pasien.

9. Monitoring tanda-tanda adanya hipoglikemia.

Rasional : Pemberian obat antidiabetik atau insulin dapat menimbulkan hipoglikemia.

2.) Resiko ketidak seimbangan cairan b/d hiperglikemia dan poliuria.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat mempertahankan keseimbangan cairan.

Kriteria Hasil :

1. Pola BAK normal.
2. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi.
3. Konsentrasi urine normal.
4. BB pasien stabil atau tidak ada penurunan BB.
5. Intake cairan 1500-3000 ml/hari.
6. Kadar glukosa darah dalam rentang toleransi.

Intervensi :

1. BHSP

   Rasional : Hubungan baik dan saling percaya antara perawat, pasien, dan keluara pasien merupakan mendasar dalam pemberian Asuhan Keperawatan agar pasien dan keluarga lebih terbuka dan kooperatif.

2. Monitor intake dan output cairan pasien.

   Rasional : Menentukan kebutuhan dan keseimbangan cairan tubuh. Defisit volume cairan menunjukkan penurunan filtrasi glomerulus dan aliran darah ke ginjal yang dapat mengakibatkan oliguria atau anuria.

3. Kaji tekanan darah.

   Rasional : Untuk mengetahui jumlah cairan, yang dapat diketahui dengan meningkatnya beban kerja jantung dari peningkatan tekanan darah.

4. Anjurkan klien untuk minum dengan jumlah yang cukup (sesuai kebutuhan, 1500-3000 ml).

   Rasional : Penurunan kebutuhan cairan.

5. Timbang BB sesuai indikasi.

   Rasional : BB sebelum masuk RS 74 kg, sesudah masuk RS 72 kg.

6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian insulin atau obat antidiabetik.

   Rasional : Menurunkan kadar gula darah sehingga efektif dalam mengatasi poliuria.

3.) Keterbatasan aktivitas b/d Kelelahan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam 3x24 jam, diharapkan aktivitas klien terpenuhi.

Kriteria Hasil : Kien mampu melakukan aktivitas sendiri dengan mandiri.

Intervensi :

1. Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga.

   Rasional : Untuk mempermudah dalam melakukan tindakan keperawatan.

2. Pantau Gula Darah Acak (GDA) klien.

   Rasional : Untuk mengetahui Gula Darah Acak (GDA) naik atau turun.

3. Observasi tanda-tanda vital.

   Rasional : Untuk mengantisipasi hal-hal yang lebih dini dan untuk menentukan rencana tindakan selanjutnya.

4. Motivasi klien untuk aktivitas sesuai dengan kemampuan.

Rasional : Sebagai fungsi independent.

4.) Ansietas b/d Kurangnya mengenal sumber informasi tentang penyakitnya.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawtan dalam 2x24 jam, diharapkan klien bisa memahami tentang penyakit yang dideritanya, cemas hilang/tidak terjadi.

NOC (Kriteria Hasil) :

1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas.
2. Mengidentivikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas.
3. Vital sign (Tanda-tanda vital) daalam batas normal.
4. Ekspresi wajah, postur tubuh, bahasa tubuh, dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.

NIC (Intervensi) :

1. Gunakan pendekatan yang menenangkan.

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

2. Jelaskan tentang penyakit klien.

   Rasional : Membantu dalam menciptakan gambaran nyata dari keadaan klien untuk melakukan kontol penyakitnya.

3. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi.

   Rasional : Memahami dan mengukur kemampuan apa saja yang harus disampaikan kepada klien.

4. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku klien.

Rasional : Informasi lebih awal yang penting untuk perencanaan intervensi lebih lanjut.

3.4 Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan :

Diagnosa Keperawatan 1 :

Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Tidak adekuatnya produksi insulin.

Tanggal 21 Agustus 2015

1. (Pada Jam : 10.20 WIB) Pada Jam : 10.20 WIB) Mengkaji status nutrisi klien.

   Respon : Klien hanya habis 2-3 sendok, diet BK 1700 kalori dari RS.

2. (Pada Jam : 11.15 WIB) Monotoring BB klien.

   Respon : Pasien kooperatif, BB sebelum masuk RS 74 kg, sesudah masuk RS 72 kg.

3. (Pada Jam : 11.30 WIB) Mengobservasi tanda-tanda vital.

   Respon : Pasiean kooperatif dan mau untuk diperiksa, TTV : TD : 120/80, N : 92, S : 36,5C. Pada Jam : 11.30 WIB.

4. (Pada Jam : 11.30 WIB) Monitoring Gula Darah (GDA) :

   Respon : Klien kooperatif, GDA : 266 mg/dl, 2 JPP : 233 mg/dl.

5. (Pada Jam : 12.00 WIB) Kolaborasi dengn tim gizi untuk pemberian diet sesuai ketentuan RS.

   Respon : Klien mendapatkan diet BK 1700 kalori dari RS.

6. (Pada Jam : 12.30 WIB) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi (obat antidiabetik atau insulin).

   Respon : Klien kooperatif, Rcl novorapin 3x4 unit (sc), dan ssefila tab 2x1.

Tanggal 22 Agustus 2015 (Pada Jam : 09.00 WIB)

1. (Pada Jam : 09.00 WIB) Mengkaji status nutrisi klien

   Respon : Pasien kooperatif, Klien hanya makan 2-3 sendok, BB sebelum masuk RS 74 kg, sesudah masuk RS 72 kg.
2. (Pada Jam : 10.20 WIB) Menganjurkan makan sesuai diet RS

   Respon : Makanan yang disediakan RS habis ½ porsi.
3. (Pada Jam : 11.30 WIB) Mengobservasi Tanda-tanda vital.

   Respon : Pasien kooperatif dan mau unutk diperiksa. TD : 140/80, N : 90 kali/menit, S : 36,5°C.
4. (Pada Jam : 12.00 WIB) Monitoring Gula Darah (GDA)

   Respon : Klien kooperatif, GDA : 163 mg/dl.
5. (Pada Jam : 12.15 WIB) Kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian diet sesuai ketentuan RS.

   Respon : Klien mendapatkan diet BK 1700 kalori dari RS.
6. (Pada Jam : 12.25 WIB) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi.

   Respon : Klien kooperatif, glimepirid 2 mg, cefila tab 2x1.

Tanggal 23 Agustus 2015 (Pada Jam : 10.15 WIB)

1. (Pada Jam : 10.15 WIB) Mengkaji status nutrisi klien.

Respon : Pasien kooperatif, klien hanya habis 2-3 sendok, BB sebelum masuk RS 74 kg, sesudah masuk RS 72 kg, sudah mau makan.

2. (Pada Jam : 10.20 WIB) Menganjurkan makan sesuai diet RS.

   Respon : Makan yang disediakan RS habis ½ porsi.

3. (Pada Jam : 11.00 WIB) Mengobservasi tanda-tanda vital

   Respon : Pasien kooperatif dan mau untuk diperiksa, TD : 120/80 MmHg, S : 36,5 °C, N : 90 kali /menit.

4. (Pada Jam : 11.15 WIB) Monitoring Gula Darah (GDA) klien.

   Respon : Klien kooperatif, GDA : 143 mg/dl.

5. (Pada Jam : 11.20 WIB) Kolaborasi dengan tim gizi untuk pemberian diet sesuai ketentuan RS.

   Respon : Klien mendapatkan diet BK 1700 kalori dari RS.

6. (Pada Jam : 12.00 WIB) Kolaborasi dengan doker dalam pemberian terapi (obat antidiabetik atau insulin).

   Respon : Klien kooperatif, Novorapidn3x8 unit (sc), cefila tab 2x1.

Diagnosa Keperawatan 2 :

Resiko ketidak seimbangan cairan b/d Hiperglikemia dan poliuria.

Tanggal 21 Agustus 2015 (Pada Jam : 10.30 WIB)

1. (Pada Jam : 10.30 WIB) Mengkaji intake dan output klien.

   Respon : Pasien kooperatif dan mau memberikan informasi, klien minum ± 1500 ml, urine yang keluar ± 2000 cc/24 jam.

2. (Pada Jam : 11.10 WIB) Mengobservasi tanda-tanda vital.

Respon : Pasien kooperatif dan mau untuk diperiksa, TD : 120/80 MmHg, N : 92 kali/menit, S : 36,5°C.

3. (Pada Jam : 11.30 WIB) Timbang BB sesuai indikasi.

   Reson : Pasien kooperatif, BB sebelum masuk RS : 74 kg, sesudah masuk RS : 72 kg.

4. (Pada Jam : 12.00 WIB) Menganjurkan klien untuk minum sesuai kebutuhan ± 1500 ml/hari.

   Respon : Klien kooperatif dan menurut pada perawat.

Tanggal 22 Agustus 2015 (Pada Jam : 09.30 WIB)

1. (Pada Jam : 09.30 WIB) Mengkaji intake dan output klien.

   Respon : Pasien kooperatif dan mau memberikan informasi, klien minum ± 1500 ml, urine yang keluar ± 2000 CC/24 jam.

2. (Pada Jam : 10.15 WIB) Mengobservasi tanda-tanda vital.

   Respon : Pasien kooperatif dan mau untuk diperiksa, TD : 140/80 MmHg, N : 90 kali/menit, S : 36,5°C.

3. (Pada Jam : 11.20 WIB) Timbang BB sesuai indikasi.

   Respon : Klien kooperatif, BB sebelum masuk RS74 kg, sesudah masuk RS 72 kg.

4. (Pada Jam : 12.00 WIB) Menganjurkan klien untuk minum sesuai kebutuhan ± 1500 ml.

   Respon : Klien kooperatif dan menurut pada perawat.

Tanggal 23 Agustus 2015 (Pada Jam : 10.25 WIB).

1. (Pada Jam : 10.25 WIB) Mengkaji intake dan output klien.

Respon : Pasien kooperatif dan mau memberikan informasi, klien minum ± 1500 ml, urine yang keluar ± 2000 CC/24 jam.

2. (Pada Jam : 11.05 WIB) Mengobservasi tanda-tanda vital.

   Rasional : Pasien kooperatif dan mau diperiksa, TD : 120/80 MmHg, N : 83 kali/menit, S : 36,5°C.

3. (Pada Jam : 11.30) Timbang BB sesuai indikasi.

   Respon : Pasien kooperatif, BB sebelum masuk RS 74 kg, sesudah masuk RS 72 kg.

4. (Pada Jam : 13.10 WIB) Menganjurkan klien untuk minum sesuai kebutuhan.

   Respon : Pasien kooperatif dan menurut pada perawat.

Diagnosa Keperawatan 3 :

Keterbatasan aktivitas b/d kelelahan.

Tanggal 21 Agustus 2015 (Pada Jam : 08.30 WIB).

1. (Pada Jam : 08.30 WIB) Melakukan pendekatan dengan klien dan keluarga.

   Respon : Klien dan kelurga kooperatif.

2. (Pada Jam : 10.00 WIB) Monitoring GDA klien.

   Respon : Klien kooperatif, GDA : 266 mg/dl, 2JPP : 233 mg/dl.

3. (Pada Jam : 11.00 WIB) Mengobservasi tanda-tanda vital

   Respon : Klien kooperatif dan mau untuk diperiksa, TD : 120/80 MmHg, N : 92 kali/menit, S : 36,5°C.

4. (Pada Jam : 11.30 WIB) Memberi dukungan untuk bisa melakukan mobilisasi.

Respon : Klien kooperatif dan mau menurut pada perawat.

Tanggal 22 Agustus 2015 (Pada Jam : 09.00 WIB)

1. (Pada Jam : 09.00 WIB) Lakukan pendekatan dengan klien dan keluarga.

   Respon : Klien dan keluarga kooperatif.

2. (Pada Jam : 10.00 WIB) Monitoring GDA klien

   Respon : Klien kooperatif, GDA : 163 mg/dl.

3. (Pada Jam : 11.00 WIB) Mengobservasi tanda-tanda vital.

   Respon : klien kooperatif dan mau unutk diperiksa, TD : 140/80 MmHg, N : 90 kali/menit, S : 36,5°C.

4. (Pada Jam : 11.30 WIB) Memberi dukungan untuk bisa melakukan mobilisasi.

   Respon : Klien kooperatif dan mau menurut pada perawat.

Tanggal 23 Agustus 2015 (Pada Jam : 09.00 WIB)

1. (Pada Jam : 09.00 WIB) Lakukan pendekatan dengan klien dan keluarga.

   Respon : Klien dan keluarga kooperatif.

2. (Pada Jam : 09.20 WIB) Monitoring gula darah klien.

   Respon : Klien kooperatif, GDA : 143 mg/dl.

3. (Pada Jam : 11.00 WIB) Mengobservasi tanda-tanda vital.

   Respon : Klien kooperatif dan mau untuk diperiksa, TD : 120/80 MmHg, N : 83 kali/menit, S : 36,5°.

4. (Pada Jam : 11.30 WIB) Memberi dukungan untuk bisa melakukan mobilisasi.

   Respon : Klien kooperatif dan menurut pada perawat.

Diagnosa Keperawatan 4 :

Ansietas b/d Kurangnya mengenal sumber informasi tentang penyakitnya.

Tanggal 21 Agustus 2015 (Pada Jam : 09. 00 WIB)

1. (Pada Jam : 09.00 WIB) Melakukan pendekatan yang menenangkan dengan klien dan kelurga klien.

   Respon : Klien dan keluarga kooperatif, bisa menjalin hubungan baik antara klien, keluarga, dan perawat.
2. (Pada Jam : 10.00 WIB) Menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur.

   Respon : Klien mengerti penjelasan perawat.
3. (Pada Jam : 10.20 WIB) Menyakinkan pada klien bahwa dengan pengobatan dan perawatan dapat membantu menyembuhkan penyakitnya.

   Respon : Klien percaya penyakitnya bisa disembuhkan.
4. (Pada Jam : 10.30 WIB) Menganjurkan klien untuk selalu mendekatkan diri kepada Allah SWT.

   Respon : Klien kooperatif.
5. (Pada Jam : 11.00 WIB) Observasi tanda-tanda vital.

   Respon : Klien kooperatif dan mau untuk diperiksa, TD : 120/80 MmHg, N : 92x/menit, S : 36,5°.

Tanggal 22 Agustus 2015 (Pada Jam : 09.15 WIB)

1. (Pada Jam : 09.15 WIB) Melakukan pendekatan yang menenangkan.

   Respon : Klien dan keluarga kooperatif, bisa menjalin hubungan baik antara klien, keluarga, dan perawat.
2. (Pada Jam : 10.00 WIB) Menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur.

Respon : Klien mengerti penjelasan perawat.

3. (Pada Jam : 10.30 WIB) Menyakinkan pada klien bahwa dengan pengobatan dan perawatan dapat membantu menyembuhkan penyakitnya.

   Respon : Klien percaya penyakitnya bisa disembuhkan.

4. (Pada Jam : 11.00 WIB) Menganjurkan klien untuk selalu mendekatkan diri kepada Allah SWT.

   Respon : Klien kooperatif.

5. (Pada Jam : 11.30 WIB) Observasi tanda-tanda vital.

   Respon : Klien kooperatif dan mau untuk diperiksa, TD : 140/80 MmHg, N : 90x/menit, S : 36,5°C.

3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang mana evaluasi dapat dikatakan berhasil bila tujuan dan kriteria hasil tercapai. Untuk mengetahui berhasil tidaknya, maka diperlukan perkembangan sebagai berikut :

3.5.1 Catatan Perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai pada :

Tanggal 21 Agustus 2015

1. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d Tidak adekuatnya produksi insulin.

   Tanggal 21 Agustus 2015

   Subjektif : Klien mengatakan nafsu makan menurun, mual

   Objektif : Keadaan umum lemah, BB sebelum masuk RS 74 kg, masuk RS 72 kg, porsi makan 2-3 sendok, diet BK 1700 kalori, minum

1500 ml.

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Intervensi di lanjutkan, (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Tanggal 22 Agustus 2015

Subjektif : Pasien mengatakan nafsu makan menurun, mual.

Objektif : Keadaan umum lemah, BB sebelum masuk RS 74 kg, masuk RS 72 kg, diet BK 1700 kalori, minum 1500 ml.

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Intervensi dilanjutkan, (2, 3, 4, 5, 6)

Tanggal 23 Agustus 2015

Subjektif : Klien mengatakan nafsu makan membaik, sudah tidak mual.

Objektif : Keadaan umum cukup, BB : 71 kg.

Assesment : Masalah teratasi sebagian.

Planning : Intervensi dihentikan.

2. Resiko ketidak seimbangan cairan b/d hiperglikemia dan poliuria.

Tanggal 21 Agustus 2015

Subjektif : Klien mengatakan kepala terasa pusing, mual.

Objektif : Keadaan umum lemah, urin yang keluar ± 2000 cc/24 jam,BB sebelum masuk RS 74 kg, sesudah masuk RS 72 kg. diet BK 1700 kalori, makan 2-3 sendok.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi di lanjutkan, (1, 2, 3, 4, 5).

Tanggal 22 Agustus 2015

Subjektif : Klien mengatakan kepala masih terasa pusing, mual.

Objektif : Keadaan umum lemah, urin yang keluar ± 2000 cc/24 jam, makan 2-3 sendok. BB masuk RS 72 kg.

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Intervensi dilanjutkan, (1, 2, 3, 4)

Tanggal 23 Agustus 2015

Subjektif : Klien mengatakan kepala sudah tidak pusing lagi, tidak mual.

Objektif : Keadaan cukup, BB 72 kg, diet yang diberikan RS habis.

Assesment : Masalah teratasi sebagian.

Planning : Intervensi dihentikan..

3. Keterbatasan aktivitas b/d Kelelahan.

Tanggal 21 Agustus 2015

Subjektif : Klien mengatakan badan terasa lemah, kaki kesemutan.

Objektif : Aktivitas dibantu keluarga, GDA : 233, TTV, TD : 120/80 MmHg, N : 92 kali/menit, S : 36,5°.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan (1, 2, 3, 4).

Tanggal 22 Agustus 2015

Subjektif : Klien mengatakan badan terasa lemah, kaki kesemutan.

Objektif : Aktivitas dibantu keluarga, GDA 163, TTV, TD : 140/80 MmHg, N : 90 kali/menit, S : 36,5°.

Assesment : Masalah belum teratasi.

Planning : Intervensi dilanjutkan, (2, 3, 4).

Tanggal 23 Agustus 2015

Subjektif : Klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, kaki tidak kesemutan.

Objektif : Aktifitas sudah dilakukan sendiri, seperti makan, minum, dll.

Assesment : Masalah tetratasi

Planning : Interfensi di hentikan

4. Ansietas b/d Kurangnya mengenal sumber informasi tentang penyakitnya.

Tanggal 21 Agustus 2015

Subjektif : Klien mengatakan tidak mengerti tentang penyakitnya, klien cemas dengan penyakitnya, takut tidak bisa disembuhkan.

Objektif : Ekspresi wajah gelisah, cemas, TTV, TD : 120/80 MmHg, N : 92x/menit, S : 36,5°.

Assessment : Masalah belum teratasi.

Planning : Intervensi dilanjutkan. (1, 2, 3, 4, 5).

Tanggal 22 Agustus 2015

Subjektif : Klien mengatakan mulai mengerti tentang penyakit dan pengobatannya, klien tidak cemas lagi, dan mau menerima keadaannya saat ini.

Objektif : Ekspresi wajah klien tenang, klien minum obat secara teratur. TD : 120/80 MmHg, N : 83x/menit, S : 36,5°.

Assessment : Masalah teratasi.

Planning : Intervensi dihentikan.