

BAB 2

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini akan disajikan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, serta evaluasi.

2.1 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kelolaan Utama

2.1.1 Pengkajian

1. Identitas

Nama Pasien	: Tn. M	Nama Penanggung Jawab	: Ny. S
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Alamat	: Jl. Jaksa Agung Suprpto 8/16 Sidokumpul Gresik
Tanggal Lahir	: 07-01-1965	Agama	: Islam
Alamat	: Jl. Jaksa Agung Suprpto 8/16 Sidokumpul Gresik	Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Status pernikahan	: Menikah	Pendidikan	: SMA
Agama	: Islam	Hubungan dengan klien	: Anak
Pekerjaan	: wiraswasta		
Pendidikan	: SMA		
No. RM	: 8350xxx		
Tanggal MRS	: 16-01- 2023		
Ruang	: Ixia		
Jam Masuk	: 08.35		
Tanggal Pengkajian	: 16-01-2023		
Jam Pengkajian	: 12.00		
Hari Rawat Ke	: 1 (Satu)		
Diagnosa Masuk	: DM Hipoglikemia +Anemia		

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 Januari 2023 pasien mengatakan bahwa dirinya mudah mengantuk

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien kehilangan kesadaran sejak pagi hari tanggal 16 Januari 2023, lalu pasien dibawa keluarga ke UGD RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik pada tanggal 16 Januari 2023 pukul 15.35 WIB

untuk dilakukan pemeriksaan. Pengkajian di UGD didapatkan hasil keadaan umum pasien lemah, GCS E3V5M6 kesadaran somnolen, TD :170/80 mmHg N : 76x/menit S : 36,2 C, RR : 20x/menit, GDS : 20 mg/dl. Pasien mendapatkan terapi loading pz 500 cc dalam 1 jam ,drip D40 4 Flash, Infus D10 10 tpm, inj ampicilin subactam 3x1 ampul, P.O amlodipin 1x10 mg,P.O curcuma 3x1 tab, P.O Capsul garam 3x1 tab. Kemudian pada jam 19.25 pasien dipindahkan keruang Ixia untuk perawatan lebih lanjut

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah dirawat di RS pada bulan November tahun 2022 karena anemia , keluarga pasien mengatakan Tn. M memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus ± sejak 2 tahun yang lalu, dan anemia sejak ± 6 bulan yang lalu, keluarga pasien mengatakan Tn. M tidak pernah mengalami penyakit menular seperti TB paru.

d. Riwayat penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menurun seperti Diabetes Melitus kecuali Tn. M, anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit menahun seperti Hipertensi dan didalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular seperti TB Paru.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Lemah

b. Kesadaran : Composmentis

c. Vital Sign :

TD : 130/69 mmHg

S : 36,4 C

N : 82x/menit

RR : 20x/menit

SPO2 : 99%

d. Pemeriksaan Persistem (B1-B6)

1) B1(*Breathing*)

Data Subjektif : pasien mengatakan tidak sesak napas

Data Objektif :

- a) Inspeksi : gerakan dada tampak simetris, septum nasi simetris, pola napas dan irama napas reguler, tidak ditemukan sumbatan jalan napas, tidak ada pernapasan cuping hidung, RR ; 20x/menit, SPO2 : 99%
- b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vokal fremitus dextra dan sinistra sama
- c) Perkusi : suara paru sonor
- d) Auskultasi : tidak terdapat suara napas tambahan

2) B2(*Blood*)

Data Subjektif : pasien mengatakan badannya terasa lemas dan gemetar

Data Objektif :

- a) Inspeksi : konjungtiva tampak anemis, tidak tampak edema pada ekstremitas atas dan bawah pasien, ictus cordis tidak terlihat, pasien terpasang infus pada tangan sebelah kanan, GDA : 57 mg/dl
- b) Palpasi : CRT < 3 detik, akral teraba dingin kering, nadi teraba lemah dan irama reguler, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, frekuensi nadi 82x/menit
- c) Perkusi : redup
- d) Auskultasi : suara jantung S1S2 tunggal, irama jantung reguler, TD 130/69 mmHg

3) B3 (*Brain*)

Data Subjektif : pasien mengeluh pusing dan mudah mengantuk

Data objektif :

- a) Inspeksi : kesadaran composmentis, GCS E4V5M6, pasien tidak kejang, pasien mengatakan tidak ada masalah pada penglihatannya, pupil isokor, pasien tidak memakai alat bantu pendengaran, tidak ditemukan adanya gangguan penciuman, bentuk hidung simetris, tidak ada gangguan komunikasi, tidak ditemukan gangguan daya ingat.

4) B4 (*Bladder*)

Data subjektif : pasien mengatakan tidak ada masalah saat BAK

Data Objektif :

- a) Inspeksi : meatus uterus nampak bersih, terpasang urine catheter uk 16, urine berwarna kuning jernih dengan bau khas, tidak tampak adanya hematuria, riwayat kencing batu disangkal
- b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan ada bladder

5) B5 (*Bowel*)

Data Subjektif : pasien mengatakan nafsu makannya menurun saat di rawat di RS, pasien makan 3x sehari dan setengah porsi makanan dihabiskan. Pasien mengatakan frekuensi BAB 1x/hari, konsistensi feses lembek, warna kuning dengan bau khas.

Data Objektif :

- a) Inspeksi : mulut tampak bersih, membran mukosa kering, abdomen soepel, pasien tidak terpasang NGT, nyeri saat BAB disangkal, pasien tidak menggunakan alat bantu BAB seperti obat pencahar, BB : 60 kg, TB : 169 cm
- b) Auskultasi : bising usus 12x/menit
- c) Perkusi : timpani
- d) Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen

6) B6 (*Bone*)

Data Subjektif : pasien mengatakan kedua kakinya sering kesemutan

Data Objektif :

- a) Inspeksi : pergerakan sendi bebas, tidak ada jejas, tidak terdapat fraktur, tidak ada kelainan ekstremitas dan tulang bengkak, tidak ditemukan perdarahan, kekuatan otot bernilai 5 tiap masing-masing ekstremitas, aktivitas pasien dilakukan dengan bantuan keluarga.

4. Pemeriksaan penunjang

a) Laboratorium Darah Lengkap

Tanggal pemeriksaan : 16-01-2023 jam 11.41

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI		
Hematologi Lengkap		
Hemoglobin	LL 6.3	13.3 – 17,3 g/dl
Leukosit	5.90	3.8 – 10.6 10 ³ /uL
Laju Endap Darah (LED)/ESR	-	0-10
Hitung Jenis		
Eosinofil	L 0	2-4%
Basofil	0	0-1%
Neutrofil staf (Diff)	L 0	3-5%
Neutrofil segmen	L 48	50-70%
Limfosit	30	25-50%
Monosit	H 22	2-8%
Hematokrit	LL 19	40-52%
Trombosit	L 127.0	150-450 10 ³ /uL
MCV	81	80-100 fL
MCH	27	26-34
MCHC	33	32-36 g/dl
Eritrosit	L 2.37	4.5-6.5 10 ⁶ /uL
KIMIA KLINIK		
SGOT/AST	H 107.6	0-50 U/L
SGPT/ ALT	H 50.8	0-50 U/L
Glukosa Darah Sewaktu	LL 20	<200 mg/dl
BUN	9.5	8-18 mg/dl
Kreatinin	L 0.60	0.82-1.10 mg/dl
Natrium (Na)	L 122	135-155 mmol/L
Kalium (K)	4.1	3.5-5.0 mmol/L
Clorida (Cl)	L 91	95-108 mmol/L

b) Pemeriksaan Thorax PA

Tanggal pemeriksaan : 16-01-2023

Uraian Hasil Pemeriksaan

Pemeriksaan : Thorax Pa

Klinis : DM Hipolikemia

Kesimpulan : Kedua sinus, dan tulang tidak tampak kelainan

Cor agak besar ke kiri

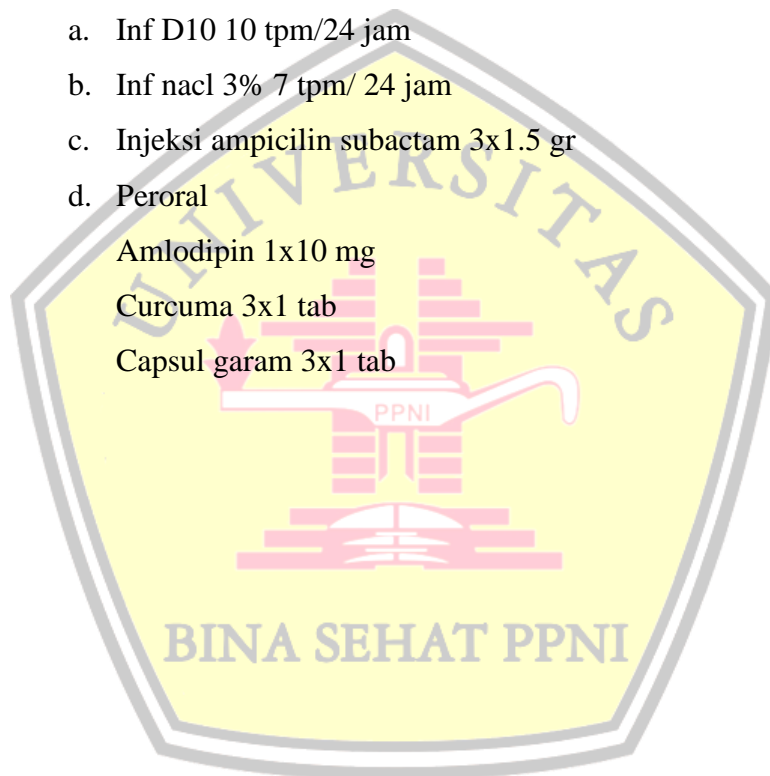
Hilus kasar

Paru kanan hiperfentilasi ringan dan ada tanda radang

di basal sisi medialnya

5. Terapi

- a. Inf D10 10 tpm/24 jam
- b. Inf nacl 3% 7 tpm/ 24 jam
- c. Injeksi ampisilin subactam 3x1.5 gr
- d. Peroral
Amlodipin 1x10 mg
Curcuma 3x1 tab
Capsul garam 3x1 tab



2.1.2 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mudah mengantuk - Pasien mengatakan kepalanya terasa pusing - Pasien mengatakan kedua kakinya sering merasa kesemutan - Keluarga pasien mengatakan pasien kehilangan kesadaran sejak pagi tanggal 16-01-2023 <p>Data Objektif</p> <p>Inspeksi : konjungtiva tampak anemis, pasien nampak gemetar dan lemas, ictus cordis tidak terlihat, pasien terpasang infus pada tangan sebelah kanan, GDA :57 mg/dl</p> <p>Palpasi : CRT < 3 detik, akral teraba dingin kering, nadi teraba lemah dan irama reguler,tidak terdapat pembesaran vena jugularis, frekuensi nadi 82x/menit</p> <p>Perkusi :redup</p> <p>Auskultasi : suara jantung S1S2 tunggal, irama jantung reguler</p> <p>Vital Sign</p> <p>TD : 130/69 mmHg</p> <p>S : 36,4 C</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>SPO2 : 99%</p>	<p>Faktor Pencetus DM</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakseimbangan Produksi Insulin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gula Darah Tidak Dibawah Masuk Ke Sel</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan Fasilitas Glukosa</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipoglikemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah</p>	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

2.1.3 Diagnosa Keperawatan

Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hipoglikemia ditandai dengan pasien mengatakan badannya terasa lemas, mudah mengantuk, kedua kaki pasien sering kesemutan, Hasil GDA : 20 mg/dl (D. 0027)

2.1.4 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D. 0027)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kadar glukosa darah pasien dalam rentang normal dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none">1. Kesadaran meningkat2. Mengantuk menurun3. Pusing menurun4. Lelah/lesu menurun5. Keluhan lapar berlebihan menurun6. Gemetar menurun7. Rasa haus menurun8. Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen Hipoglikemia (I. 03115) Observasi <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia Terapeutik <ol style="list-style-type: none">3. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet4. Pertahankan akses IV jika perlu Edukasi <ol style="list-style-type: none">5. Anjurkan monitor kadar glukosa darah6. Jelaskan edukasi mengenai diet, insulin/agen oral dan olahraga Kolaborasi <ol style="list-style-type: none">7. Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu

2.1.5 Implementasi

Diagnosa keperawatan	Implementasi					
	16 Januari 2023		17 Januari 2023		18 Januari 2023	
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D. 0027)	08.10	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia R/ pasien mengeluh badannya terasa lemas dan mengantuk, kaki sering kesemutan	14.00	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia R/ pasien mengeluh badannya masih terasa lemas, dan mudah mengantuk, kaki sering kesemutan	14.05	1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia R/ pasien mengatakan lemas, mudah mengantuk, dan keluhan kaki kesemutan berkurang
	08.10	2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia R/ keluarga pasien mengatakan pasien tidak mau makan sejak 2 hari yang lalu karena merasa mual	14.00	2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia R/ keluarga pasien mengatakan pasien tidak mau makan sejak 2 hari yang lalu karena merasa mual	14.05	2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia R/ keluarga pasien mengatakan pasien tidak mau makan sejak 2 hari yang lalu karena merasa mual
	07.00	3. Memberikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet R/ pasien mendapatkan makan 3x/hari dari instalasi gizi	16.00	3. Memberikan karbohidrat kompleks dan	16.00	3. Memberikan karbohidrat
	08.30	4. Mempertahankan akses IV jika perlu				

	08.35	R/ pada tangan kiri pasien terpasang infus D10 10 tpm/24 jam 5. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah	15.20	protein sesuai diet R/ pasien mendapatkan makan 3x/hari dari instalasi gizi	15.00	kompleks dan protein sesuai diet R/ pasien mendapatkan makan 3x/hari dari instalasi gizi
	08.40	R/ pasien dicek kadar gula darah setiap pergantian shift GDA : 67 mg/dl 6. Jelaskan edukasi mengenai diet, insulin/agen oral dan olahraga	15.25	4. Mempertahankan akses IV jika perlu R/ pada tangan kiri pasien terpasang infus D10 10 tpm/24 jam	15.10	4. Mempertahankan akses IV jika perlu R/ pada tangan kiri pasien terpasang infus D10 10 tpm/24 jam
	08.45	R/ perawat memberikan edukasi, keluarga dan pasien nampak memperhatikan 7. Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu R/ drip D40 4 Flash IV	15.30	5. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah R/ pasien dicek kadar gula darah setiap pergantian shift GDA : 157 mg/dl	15.20	5. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah R/ pasien dicek kadar gula darah setiap pergantian shift
			15.35	6. Memberikan edukasi mengenai diet, insulin/agen oral dan olahraga R/ perawat memberikan edukasi diet melalui media		6. Memberikan edukasi mengenai diet, insulin/agen oral dan olahraga R/ perawat

				<p>leaflet, keluarga dan pasien nampak memperhatikan</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu</p> <p>R/ pasien sudah tidak mendapatkan terapi pemberian dekstrose karena gula darah pasien sudah stabil</p>	15.25	<p>memberikan edukasi, keluarga dan pasien nampak memperhatikan</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu</p> <p>R/ pasien sudah tidak mendapatkan terapi pemberian dekstrose karena gula darah pasien sudah stabil</p>
--	--	--	--	--	-------	---



2.1.6 Evaluasi

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Evaluasi Hari Ke-1	Tanggal/Jam	Evaluasi Hari Ke-2	Tanggal/Jam	Evaluasi Hari Ke-3
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	16/01/2023 14.00	<p>S : pasien mengatakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - mudah mengantuk, - kedua kaki terasa kesemutan - kepala terasa pusing <p>O :</p> <p>KU : lemah GCS: 456</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien tampak lemas dan badan gemetar 2. GDA : 253 mg/dl 3. Vital Sign Td : 130/80 mmHg N : 78x/menit S : 36,5 C RR : 20x/menit SPO2 : 99% <p>A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p>	17/01/2023 20.00	<p>S : Pasien menatakan badannya masih terasa lemas, dan mudah mengantuk, namun pusingdan kesemutannya berkurang</p> <p>O :</p> <p>KU :Cukup GCS: 456</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien nampak lemas 2. GDA : 159 mg/dl 3. Vital Sign Td : 128/80 mmHg N : 74x/menit S : 36,6 C RR : 20x/menit SPO2 : 99% <p>dengan</p> <p>A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda 	18/01/2023	<p>S : pasien mengatakan badannya sudah udah enak</p> <p>O :</p> <p>KU :Cukup GCS: 456</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Badan pasien tampak sehat 2. GDA : 130 mg/dl 3. Vital Sign Td : 121/70 mmHg N : 86x/menit S : 36,6 C RR : 20x/menit SPO2 : 99% <p>A : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>

		<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia 3. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet 4. Pertahankan akses IV jika perlu 5. Anjurkan monitor kadar glukosa darah 6. Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral dan olahraga 7. Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu 	<p>dan gejala hipoglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia 3. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet 4. Pertahankan akses IV jika perlu 5. Anjurkan monitor kadar glukosa darah 6. Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral dan olahraga <p>Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu</p>		
--	--	---	---	--	--