

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### A. Pengkajian

Proses keperawatan terdiri dari lima yaitu pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Proses keperawatan pertama yaitu pengkajian keperawatan sebagai berikut.

##### 1. Pengkajian Identitas Pasien

**Table 2**  
**Pengkajian Identitas pada Kasus 1 dan 2**

<b>Identitas</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Nama :	Ny. M	Tn. IB
No rekam medic :	3834xx	6969xx
Jenis kelamin :	Perempuan	Laki-laki
Umur :	65 tahun	54 tahun
Tanggal pengkajian :	12 April 2021	26 April 2021
Diagnose medis :	DMDF dengan NecrosisDMDF dengan Necrosis digiti digiti II, III, IV pedispedis sinistra. dekstra.	

Berdasarkan data pada table 1 di atas, data pasien pertama yaitu Ny. M yang berusia 65 tahun dengan nomor Rekam Medik 3834xx dengan diagnosis medis diabetes mellitus *diabetic foot* dengan necrosis digiti II, III, IV pedis dekstra. Dokumen pasien kedua yaitu Tn. IB berusia 54 tahun dengan nomor Rekam Medik 6969xx dengan diagnosis medis diabetes mellitus *diabetic foot* dengan necrosis pedis sinistra.

2. Pengkajian data subjektif dan objektif

**Table 2**  
**Pengkajian data subjektif dan objektif pada Kasus 1 dan 2**

<b>Data</b>	<b>Pasien I (Ny.M)</b>		<b>Pasien II (Tn. IB)</b>	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
Data Subjektif	Pasien mengeluh kedinginan	mengeluh kedinginan	Pasien mengeluh kedinginan	mengeluh kedinginan
Data Objektif	Tampak pasien menggigil, kulit teraba dingin, dan suhu tubuh pasien dibawah nilai normal.	pasien menggigil, kulit teraba dingin, dan suhu tubuh pasien dibawah nilai normal.	Tampak pasien menggigil, kulit teraba dingin, dan suhu tubuh pasien dibawah nilai normal.	pasien menggigil, kulit teraba dingin, dan suhu tubuh pasien dibawah nilai normal.

Berdasarkan data pada table 2 di atas, data pengkajian terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif dan data objektif kedua pasien sama yaitu pasien mengeluh kedinginan, tampak pasien menggigil, kulit pasien teraba dingin, dan suhu tubuh pasien dibawah nilai normal.

## B. Diagnosis Keperawatan

Hasil pengamatan yang dilakukan pada bagian diagnosis keperawatan yang telah didokumentasikan dalam pemberian asuhan keperawatan pada kedua kasus kelolaan yaitu pada pasien Ny. M (kasus 1) dan Tn. IB (kasus 2). Diagnosis yang ditegakkan pada kedua pasien disajikan sebagai berikut :

**Table 3**  
**Data Diagnosis Keperawatan Kasus 1 dan 2**

Komponen Diagnosis	Pasien 1 (Ny. M)	Pasien 2 (Tn. IB)
1	2	3
Problem (P)	Hipotermia	Hipotermia
Etiologi (E)	Terpapar suhu lingkungan rendah	Terpapar suhu lingkungan rendah
Sign and Symptom (S)	Pasien mengeluh kedinginan, tampak pasien menggigil, kulit pasien teraba dingin, dan suhu tubuh pasien dibawah nilai normal.	Pasien mengeluh kedinginan, tampak pasien menggigil, kulit pasien teraba dingin, dan suhu tubuh pasien dibawah nilai normal.

Berdasarkan data pada tabel 5 di atas antara pasien 1 (Ny. M) dan pasien 2 (Tn. IB), kedua pasien ini memiliki perumusan diagnosis keperawatan yang sama yaitu menggunakan komponen P (*problem*), E (*etiology*) dan S (*symptom*). Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka diagnosis keperawatan pada kasus I dan II dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Kasus I : hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah ditandai dengan pasien mengeluh kedinginan, pasien tampak menggigil, kulit teraba dingin, suhu tubuh dibawah rentang normal yaitu 34.8<sup>0</sup>C.

2. Kasus II : hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah ditandai dengan pasien mengeluh kedinginan, kulit teraba dingin, pasien tampak menggigil, suhu tubuh dibawah rentang normal yaitu 35.1<sup>0</sup>C.

### C. Rencana Keperawatan

Dalam penelitian ini telah dilakukan pengamatan mengenai perencanaan asuhan keperawatan untuk mengatasi hipotermia pada pasien Diabetes Mellitus *Diabetic Foot* dengan post debridement dan amputasi. Hasil pengamatan pada perencanaan keperawatan dokumen pasien 1 (Ny. M) dan pasien 2 (Tn. IB) tampak sama yaitu sebagai berikut :

- a. Tujuan dan kriteria hasil

**Table 4**  
**Tujuan dan Kriteria Hasil Pada Kasus 1 dan 2**

Pasien 1 (Ny. M)	Pasien 2 (Tn. IB)
SLKI :	SLKI :
Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 40 menit diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 40 menit diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :
1. Mengigil menurun	1 . Mengigil menurun
2. Pucat menurun	2. Pucat menurun
3. Suhu tubuh membaik	3. Suhu tubuh membaik

Berdasarkan data pada table 4 diatas, hasil studi dokumentasi perencanaan keperawatan pada dokumen pasien 1 (Tn. S) dan pasien 2 (Tn.C) memiliki kesamaan pada tujuan dan kriteria hasil yang dirumuskan yaitu dengan 3 kriteria hasil.

b. Rencana tindakan

Rencana keperawatan hipotermia pada pasien 1 (Tn. S) dan pasien 2 (Tn.C) dituangkan pada table 5 dibawah ini.

**Table 5**  
**Rencana Tindakan Keperawatan Pada Kasus 1 dan 2**

<b>Pasien 1 (Ny. M)</b>	<b>Pasien 2 (Tn. IB)</b>
<b>1</b>	<b>2</b>
<p><b>Manajemen Hipotermia :</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipotermia (mis.2. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan).</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (Hipotermia ringan : takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis; Hipotermia sedang : aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, refleks menurun; Hipotermia berat : oliguria, refleks menghilang, edema paru, asam-basa abnormal).</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang hangat mis.1. Atur suhu ruangan, inkubator).</li> <li>2. Ganti pakaian dan atau linen yang basah.2.</li> <li>3. Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut, menutup kepala, pakaian tebal. 3.</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipotermia :</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh</li> <li>2. Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan).</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (Hipotermia ringan : takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis; Hipotermia sedang : aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, refleks menurun; Hipotermia berat : oliguria, refleks menghilang, edema paru, asam-basa abnormal).</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang hangat mis.1. Atur suhu ruangan, inkubator).</li> <li>2. Ganti pakaian dan atau linen yang basah.</li> <li>3. Lakukan penghangatan pasif (mis.</li> </ol>

Pasien 1 (Ny. M)	Pasien 2 (Tn. IB)
1	2
4. Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. kompres hangat, botol hangat, perawatan metode kangguru).	Selimut, menutup kepala, pakaian tebal. 4. Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. kompres hangat, botol hangat, perawatan metode kangguru).
5. Lakukan penghangatan aktif internal (mis. infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat).	5. Lakukan penghangatan aktif internal (mis. infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat).
E d ukasi	E d ukasi
1. Anjurkan makan/minum hangat	1. Anjurkan makan/minum hangat

Berdasarkan data pada table 5 diatas, hasil studi dokumentasi perencanaan keperawatan pada data pasien 1 (NY. M) dan pasien 2 (Tn. IB) memiliki kesamaan pada intervensi yang dirumuskan, yaitu memiliki 4 komponen SIKI dengan label SIKI manajemen hipotermia.

#### D. Implementasi Keperawatan

Adapun implementasi atau tindakan yang sudah dilakukan pada pasien kasus 1 dan kasus 2 untuk mengatasi masalah keperawatan hipotermia yang dialami oleh pasien yaitu sebagai berikut :

**Table 6**  
**Implementasi Keperawatan Pada Kasus 1 dan 2**

Pasien 1 (Ny. M)	Pasien 2 (Tn. IB)
1	2
1. Memonitor suhu tubuh	1. Memonitor suhu tubuh
2. Mengidentifikasi penyebab hipotermia	2. Mengidentifikasi penyebab hipotermia
3. Memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia	3. Memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia
4. Melakukan penghangatan aktif eksternal (selimut hangat)	4. Melakukan penghangatan aktif eksternal (selimut hangat)

Berdasarkan data pada pada tabel 6, kedua pasien memiliki implementasi yang sama yaitu memonitor suhu tubuh pasien, mengidentifikasi penyebab hipotermia pada pasien, memonitor tanda dan gejala akibat hipotermia serta melakkan penghangatan aktif eskternal dengan selimut hangat.

## E. Evaluasi Keperawatan

Hasil pengamatan evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan 1 x 40 menit pada pasien diabetes mellitus *diabetic foot post debridement* dan amputasi dengan hipotermia pada dokumen pasien 1 yaitu Ny. M dan dokumen pasien 2 yaitu Tn. IB adalah sebagai berikut :

**Tabel 7**  
**Evaluasi Keperawatan Kasus 1 dan 2**

Pasien 1 (Ny. M)	Pasien 2 (Tn. IB)
Tanggal : 12 April 2021	Tanggal : 26 April 2021
Pukul : 13.05 WITA	Pukul : 10.40 WITA
S : Pasien mengatakan ia merasa hangat dan nyaman	S : Pasien mengatakan ia merasa badannya sudah terasa hangat tidak kedinginan.
O : Pasien tidak menggigil, warna kulit pasien tampak normal, kulit teraba hangat.	O : Pasien tidak menggigil, warna kulit pasien tampak normal, kulit teraba hangat.
TD : 120/70 mmHg      S : 36,5 <sup>0</sup> C	TD : 120/80 mmHg      S : 36,3 <sup>0</sup> C
N : 86x/menit      RR : 18x/menit	N : 82x/menit      RR : 16x/menit
A: Hipotermia	A : Hipotermia
P : Lanjutkan perawatan di ruangan	P : Lanjutkan perawatan di ruangan
- Monitor ttv pasien	- Monitor ttv pasien

Berdasarkan table 7 di atas, terpadat persamaan dari kedua dokumen pasien khususnya pada komponen subjektif (S), komponen objektif (O) dan komponen *planning* (P). Pada dokumen pasien 1 (Tn. S) hasil evaluasi keperawatan yaitu S: Pasien mengatakan ia merasa hangat dan nyaman, O: Pasien tidak menggigil, warna kulit pasien tampak normal, kulit teraba hangat. A:



hipotermia, P: lanjutkan perawatan di ruangan dan memonitor ttv pasien. Sedangkan pada dokumen subjek kedua hasil evaluasi keperawatan terdiri dari S: Pasien mengatakan ia merasa badannya sudah terasa hangat tidak kedinginan. O: pasien tampak tidak menggigil, warna kulit tampak normal tidak pucat, kulit pasien teraba hangat dengan S : 36,3<sup>0</sup> C. (-), A: hipotermia, P: lanjutkan perawatan di ruangan dan memonitor ttv pasien.