

**BAB III**  
**LAPORAN KASUS**

**A. Data Kasus Kelolaan**

**1. Pengkajian**

a. Identitas Pasien

**Tabel 3.1**  
**Identitas Pasien**

---

Nama	: Ny. T
Usia	: 64 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Menikah
Pendidikan	: SD
Agama	: Islam
Suku	: Jawa
Bahasa yang Digunakan	: Jawa/Indonesia
Pekerjaan	: Tidak Bekerja
Diagnose medis	: Diabetes melitus Tipe II
Tanggal Pengkajian	: 31 Maret 2023

---

b. Sumber Informasi

**Tabel 3.2**  
**Sumber Informasi**

---

Nama	: Tn. J
Umur	: 38 Tahun

Jenis kelamin	:	Laki-laki
Hubungan dengan pasien	:	Anak
Pendidikan	:	SMP
Agama	:	Islam
Suku	:	Jawa
Pekerjaan	:	Petani

## **2. Riwayat Kesehatan**

### **a. Riwayat Kesehatan Saat pengkajian**

#### **1) Alasan Masuk Puskesmas**

Pasien diantarkan oleh keluarga pada 21 Maret 2021 ke IGD Puskesmas Bina Karya Utama Lampung tengah dengan keluhan lemah, lesu, mengantuk, sering merasa pusing, kulit merasa kering dan sering merasa haus dan lapar. Klien juga mengatakan bahwa sering merasa kesemutan pada kaki.

#### **2) Keluhan Utama**

lemah.

#### **3) Keluhan Penyerta**

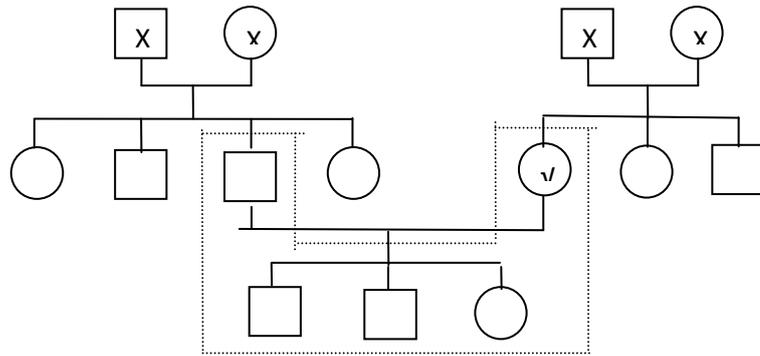
Kesemutan.

### **b. Riwayat Kesehatan Lalu**

Klien memiliki riwayat dirawat di Puskesmas dan Rumah Sakit sebelumnya dengan diagnosa Diabetes Mellitus Tipe II. Pasien memiliki riwayat penyakit Diabetes Mellitus Tipe II sejak 15 tahun

yang lalu. Pasien rutin mengonsumsi obat Glucotika dan tidak mempunyai riwayat alergi.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ┌ : Garis Perkawinan
- └ : Garis Keturunan
- : Tinggal Serumah
- ↔ : Klien
- X : Meninggal

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit diabetes melitus maupun penyakit menular dan menahun lainnya.

c. Aspek Psiko-sosial-spiritual

1) Psikologis

a) Konsep Diri

Klien mengatakan meskipun saat ini sakit tetap bersyukur dengan kondisinya, tidak ada bagian tubuh yang tidak disukai. Klien mengatakan dirinya sedih dirinya menjadi beban

keluarga sehingga tidak dapat membantu pekerjaan keluarga dan tidak bisa menjalankan perannya sebagai ibu rumah tangga. Klien mengatakan dirinya adalah seorang istri, ibu dan nenek.

b) Kecemasan

Klien mengatakan pusing dengan kondisi yang dialaminya saat ini, klien mengatakan berharap lekas sembuh dan dapat hidup normal seperti biasa.

2) Sosial

Klien mengatakan keluarga selalu memberikan dukungan terutama ketika klien membutuhkan. Klien juga mengatakan lingkungan dan kelompok perkumpulan pengajian selalu memberikan dukungan kepada klien.

3) Spiritual

Klien mengatakan adalah seorang muslim, klien mengatakan selalu menjalankan ibadah shalat 5 waktu dan selalu berdoa untuk kesembuhannya.

d. Pengetahuan Pasien dan Keluarga

Klien dan keluarga mengatakan mengetahui tentang penyakit yang diderita oleh pasien, namun sering bingung tentang penatalaksanaan yang harus dilakukan.

e. Lingkungan

1) Rumah

Keluarga klien mengatakan rumahnya bersih. Klien mengatakan rumahnya jauh dari jalan raya yang dapat menyebabkan polusi.

2) Pekerjaan

Keluarga mengatakan klien sudah tidak bekerja dan hanya menghabiskan waktunya dirumah dengan bersantai dan menonton TV.

f. Pola kebiasaan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

a) Saat Sehat

Klien makan dengan cara oral, makan 3x / hari, nafsu makan baik, klien tidak memiliki pantangan, tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada keluhan saat makan BB : 56 kg

b) Saat Sakit

Klien makan dengan cara oral, makan 3x / hari, nafsu makan klien kurang baik, klien memiliki pantangan makanan dengan kandungan glukosa dan karbohidarat tinggi. tidak ada makanan yang tidak disukai, tidak ada keluhan saat makan BB : 44 kg.

2) Pola cairan

a) Saat Sakit

Klien minum dengan cara oral, jenis minuman air putih 5 gelas/hari (1000 cc), klien mengatakan sering merasa haus secara terus menerus.

b) Saat Sehat

Klien minum dengan cara oral, jenis minuman air putih 8 gelas/hari (1600 cc), klien mengatakan dapat mengkonsumsi air putih lebih banyak karena merasa haus terus menerus.

3) Pola Eliminasi

a) Saat Sakit

Klien mengatakan buang air dengan frekuensi 6-7 kali dalam 1 hari, dengan warna bersih, bau khas, tidak ada keluhan saat BAK.

b) Saat Sehat

Klien buang air kecil pagi, siang, sore dan malam sebanyak 13-14 x/hari dengan jumlah  $\pm 50$  cc setiap kali BAK ( $\pm 650$  cc/24 jam), dengan warna bersih, bau khas, tidak ada keluhan saat BAK. Klien belum BAB selama di Puskesmas, klien tidak memiliki riwayat penggunaan obat pencahar.  $IWL = 15 \text{ cc} \times 44 \text{ Kg}/24 \text{ jam} = 27,5 \text{ cc}$ . Balance Cairan =  $1600 - (650 + 27,5) = 922,5 \text{ cc}$

4) Pola Kebutuhan rasa aman Nyaman

a) Saat Sakit

Klien mengatakan tidak memiliki masalah ketika beristirahat baik pada siang hari dan malam hari.

b) Saat Sehat

Klien mengatakan sulit untuk tidur dan sering terbangun ketika tidur malam karena dorongan untuk BAK.

5) Pola Personal Hygiene

a) Saat Sakit

Klien mengatakan mandi dan menggosok gigi 2x dalam sehari, klien mengatakan mencuci rambut 1 x dalam sehari pada pagi hari.

b) Saat Sehat

Klien mengatakan mandi dan menggosok gigi 2x dalam sehari, klien mengatakan mencuci rambut 1 x dalam sehari pada pagi hari.

6) Pola istirahat dan tidur

a) Saat Sakit

Klien mengatakan tidur 7-8 jam dalam sehari dan tidak memiliki ketergantungan obat tidur dan tidak ada kesulitan saat tidur.

b) Saat Sehat

Klien mengatakan tidur 6-7 jam dalam sehari, namun sering terbangun karena dorongan ingin bekemih, klien tidak memiliki ketergantungan obat tidur dan tidak ada kesulitan saat tidur.

7) Pola aktivitas dan latihan

a) Saat Sakit

Klien mengatakan sebelum sakit memiliki aktifitas membantu suami berkebun dan merupakan ibu rumah tangga. Klien mengatakan tidak memiliki masalah ketika melakukan aktifitas.

b) Saat Sehat

Klien mengatakan tidak memiliki aktifitas fisik pasti dan hanya menghabiskan waktu dengan bermain bersama cucunya.

**3. Pengkajian Fisik**

**b. Keadaan Umum**

- 1) Kesadaran : Composmentis
- 2) Tekanan darah : 140/80 mmHg
- 3) Frekuensi Nadi : 92x/menit.
- 4) Frekuensi Nafas : 15x/menit
- 5) Suhu : 37,6°C.
- 6) Berat badan : 44 kg.

**b. Pemeriksaan Fisik Persistem**

1) Sistem Penglihatan

Posisi mata simetri, pergerakan bola mata dapat bergerak ke segala arah konjungtiva anemis, sklera aniterik, pupil isokor , ukuran  $\pm 2$  mm, reaksi pupil pada cahaya  $+/+$  dapat mengecil ketika terkena cahaya (miosis), tidak ada tanda-tanda radang, tidak memakai alat bantu penglihatan dan klien mengalami penurunan tajam penglihatan.

2) Sistem Pendengaran

Telinga klien simetris/sejajar antara kanan dan kiri, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik dan klien tidak memakai alat bantu pendengaran, klien mengalami gangguan pendengaran.

3) Sistem Wicara

Klien tidak memiliki gangguan pada sistem.

4) Sistem Pernafasan

Klien tidak mengalami sesak, irama nafas teratur dan dalam, frekuensi pernafasan 15x/ menit, suara nafas vasikuler, tidak ada suara tambahan dan klien tidak batuk.

5) Sistem Kardiovaskuler

Palpasi dinding dada simetris, Perkusi dada sonor disemua bagian dada. Klien tidak memakai otot bantu pernafasan, klien tidak terpasang oksigen. Sirkulasi perifer nadi 92x/ menit, irama teratur, denyut kuat, adanya distensi vena jugularis, temperature kulit hangat, warna kulit coklat, pengesian kapiler < 2 detik. Sirkulasi jantung : kecepatan denyut apikal 86 x / menit, irama teratur, bunyi jantung lup dup, keluhan lemah dan mudah lelah, klien mengatakan tidak nyeri di dadanya.

6) Sistem Neurologi

GCS : 15 E: 4 V : 5 M : 6 Tidak ada tanda-tanda peningkatan intracranial dan tidak ada tanda-tanda meningen

7) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut klien kotor, mukosa mulut bibir kering, klien tidak ada kesulitan dalam menelan, bising usus 18x / menit, klien mengalami nyeri pada abdomen, mual dan muntah, perut terasa penuh, nafsu makan kurang baik.

8) Sistem Immunologi

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

9) Sistem Endokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar tyroid, klien memiliki riwayat Diabetes melitus tiep 2 lebih dari 15 Tahun yang lalu, klien tidak memiliki ketergantungan terhadap insulin, Kadar GDS pasien 372 mg/dl

10) Sistem Urogenital

Tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada keluhan nyeri tekan saat BAK, tidak terdapat darah saat BAK, klien tidak menggunakan kateter, frekuensi BAK dalam 1 hari  $\pm$ 8-12 kali.

11) Sistem Integumen

Keadaan rambut kotor, kekuatan rambut tidak rontok, warna putih dan beruban, keadaan kuku bersih, keadaan kulit bersih, kulit klien berwarna coklat, tidak ada tanda- tanda radang pada kulit, tidak ada luka dekubitus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan

12) Sistem Muskuloskeletal

Klien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktifitas karena kelemahan fisik, tidak ada tanda-tanda fraktur tonus otot lemah

**4. Pemeriksaan Penunjang**

a. Pemeriksaan Radiologi

Tidak dilakukan.

b. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Tanggal 1 April 2023

**Tabel 3.3**  
**Pemeriksaan Laboratorium**

Pemeriksaan	Hasil	Normal
GDS	372 mg/dl	<200 mg/dl

**5. Terapi**

**Tabel 3.4**  
**Terapi**

Therapy	Dosis	Pemberian
Metformin	500 mg/12 jam	Oral

**B. Analisa Data**

**Tabel 3.5**  
**Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Diagnosa
1	DS : - Klien mengatakan menderita Diabetes ±15 Tahun lalu. - Klien mengatakan sering merasa haus dan lapar - Klien mengatakan sering BAK - Klien mengatakan sering merasa pusing/nyeri kepala - Klien mengatakan sering merasa kesemutan pada kaki DO: - Turgor kulit klien tidak elastic - Frekuensi BAB 8-12x/hari - Klien sering Nampak kesemuttan - GDS : 372	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan kadar gual darah

### C. Diagnosa Keperawatan Prioritas

1. Ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan Resistensi Insulin

### D. Rencana Keperawatan

**Tabel 3.5**  
**Rencana Keperawatan**

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan resistensi insulin.	Luaran utama : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Mengantuk menurun 2. Pusing menurun 3. Kadar glukosa darah membaik	<b>Manajemen hiperglikemia</b>  <b>Observasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li><li>- Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (Misalnya penyakit kambuhan)</li><li>- Monitor kadar gula darah</li><li>- Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (Poliuri, polidipsi, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, pandangan kabur dan sakit kepala.</li></ul> <b>Terapeutik</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Berikan asupan cairan oral</li><li>- Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk.</li></ul> <b>Edukasi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anjurkan melakukan olah raga</li><li>- Anjurkan monitoring</li></ul>

---

gula darah secara mandiri

- Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olah raga

**Kolaborasi**

- Kolaborasi pemberian insulin jika perlu
  - Kolaborasi pemberian cairan IV bila perlu
-

### E. Implementasi Keperawatan

No. Diagnosa	Waktu	Tindakan	Paraf	Evaluasi
<b>Hari Pertama</b>				
<b>2 April 2023</b>				
1	09.00	1. Menjelaskan tujuan dan kontrak waktu kepada klien dan keluarga		S : - Klien mengatakan mengatakan menderita Diabetes ±15 Tahun lalu - Klien mengatakan sering merasa haus dan lapar - Klien mengatakan sering BAK dengan durasi 8-12 kali - Klien mengatakan sering merasa pusing/nyeri kepala - Klien mengatakan sering merasa kesemutan pada kaki 0 : - Keluarga dan klien memperhatikan dan mendengarkan dengan baik - TD: 140/90mmHg - N: 92 x/menit - RR: 16 x/menit - T: 37,2 <sup>o</sup> C - GDS : 372 mg/dl
	09.10	2. Mengkaji riwayat penyakit klien		
	09.15	3. Melakukan pemeriksaan TTV		
	09.20	4. Mengidentifikasi adanya tanda dan gejala hiperglikemia		
	09.30	5. Melakukan pemeriksaan kadar gula darah sewaktu		
	13.00	6. Kolaborasi pemberian obat antidiabetes		
	16.30	7. Melakukan aktifitas fisik jalan kaki		

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien melakukan jalan kaki</li> <li>- Klien mendapat terapi metformin 500 mg/hari</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji TTV</li> <li>- Periksa GDS</li> <li>- Lakukan jalan kaki secara berkala</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat antidiabetes</li> </ul>
<b>Hari Kedua</b>				
<b>3 April 2023</b>				
1.	09.00 09.10 09.20 11.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemeriksaan TTV</li> <li>2. Mengidentifikasi adanya tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan kadar gula darah sewaktu</li> <li>4. Memberikan edukasi kesehatan tentang manfaat melakukan aktifitas fisik pada pasien dengan Diabetes Melitus</li> </ol>		<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih sering merasa haus dan lapar</li> <li>- Klien mengatakan sering BAK dengan durasi 6-8 kali</li> <li>- Klien mengatakan masih sering merasa kesemutan pada kaki</li> </ul> <p>O :</p>

	13.00  16.30	5. Kolaborasi pemberian obat antidiabetes  6. Melakukan aktifitas fisik jalan kaki		<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 130/80mmHg</li> <li>- N: 92 x/menit</li> <li>- RR: 14 x/menit</li> <li>- T: 37,4°C</li> <li>- GDS : 265 mg/dl</li> <li>- Klien melakukan aktifitas fisik dengan jalan kaki</li> <li>- Klien mendapat terapi metformin 500 mg/hari</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji TTV</li> <li>- Periksa GDS</li> <li>- Lakukan jalan kaki secara berkala</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat antidiabetes</li> </ul>
<b>Hari Ketiga</b>				
<b>4 April 2023</b>				
1	08.00 08.10	1. Melakukan pemeriksaan TTV 2. Mengidentifikasi adanya tanda dan gejala hiperglikemia		<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih sering merasa haus dan lapar</li> </ul>

	09.00	3. Melakukan pemeriksaan kadar gula darah sewaktu		- Klien mengatakan sering BAK dengan durasi 6-8 kali
	13.00	4. Kolaborasi pemberian obat antidiabetes		- Klien mengatakan masih sering merasa kesemutan pada kaki
	16.30	5. Melakukan aktifitas fisik jalan kaki		0 : - TD : 130/80mmHg - N : 90 x/menit - RR : 15 x/menit - T: 37,3 <sup>o</sup> C - GDS : 198 mg/dl - Klien melakukan jalan kaki - Klien mendapat terapi metformin 500 mg/hari A : Masalah Ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah belum teratasi P : - Kaji TTV - Periksa GDS - Lakukan jalan kaki secara berkala - Kolaborasi pemberian obat antidiabetes