

**BAB IV**  
**TINJAUAN KASUS**

**A. Pengkajian**

<b>Nama Mahasiswa</b>	<b>: Maritsya Kharisma</b>
<b>Tempat Praktik</b>	<b>: RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta</b>
<b>Tanggal Praktik</b>	<b>: 24 Desember 2024-25 Januari 2025</b>
<b>Tanggal Pengkajian</b>	<b>: 02 Januari 2025</b>
<b>Sumber Data</b>	<b>: Pasien dan Rekam Medis</b>

---

**B. Data Umum Klien**

No. RM	: 8766xx
Nama Klien	: Ny. S
Umur	: 62 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Dlingo, Bantul
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Petani
Agama	: Islam
Tanggal Masuk	: 02 Januari 2025
Ruang	: Marwah
Diagnosa Medis	: DM (Diabetes Melitus), HT (Hipertensi)

**C. Riwayat Kesehatan**

Alasan Masuk RS :

Pasien datang rujukan dari PKM Dlingo dengan penurunan kesadaran, sempat mengeluh pusing dan mual muntah. Setelah di observasi pasien mengatakan baru mengetahui dirinya memiliki penyakit DM.

Keluhan utama saat ini : Lemas, sakit leher bagian belakang, dan sedikit pusing

Riwayat kesehatan masa lalu : Riwayat HT

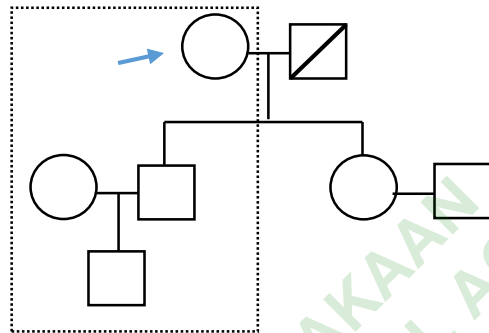
Riwayat kesehatan keluarga : Tidak ada

Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya :

Pasien tidak ada riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya

Riwayat Alergi : Pasien tidak ada riwayat alergi

Genogram :



Keterangan :

Pasien :



Laki-Laki :



Perempuan :



Menikah :



Tinggal Bersama :



Meninggal :



## D. Pengkajian Fisik

### 1. Sistem Pernafasan

- Dispnea : ~~Ya~~/Tidak
- Sputum : ~~Ya~~/Tidak
- Riwayat penyakit Bronktis : ~~Ya~~/Tidak; Asthma: ~~Ya~~/Tidak; TBC: ~~Ya~~/Tidak; Emphysema: ~~Ya~~/Tidak; Pneumonia: ~~Ya~~/Tidak
- Merokok : Ya/Tidak
- Respirasi : 20x/menit; ~~Dalam/Dangkal~~;Regular/~~Irregular~~; Simetris/~~tidak~~• Penggunaan otot bantu pernapasan: ~~Ya~~/Tidak
- Fremitus :~~Ya~~/tidak
- Nasal flaring:~~Ya~~/Tidak
- Sianosis : ~~Ya~~/Tidak
- Pemeriksaan Thorax
  - a Inspeksi :  
pembangunan dada simetris kanan kiri, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada luka, tidak ada lesi
  - b Palpasi :  
Tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, taktil fremitus +/-, pembangunan dada kanan kiri simetris
  - c Perkusi :  
Sonor diseluruh lapang paru
  - d Auskultasi :  
Suara vesikuler
  - e Data Tambahan Lain-Lain: Tidak ada

### 2. Sistem Kardiovaskular

- Riwayat Penyakit : Hipertensi: Ya/~~Tidak~~; DM: ~~Ya~~/ Tidak; Penyakit gangguan jantung:~~Ya~~/Tidak
- Edema kaki : ~~Ya~~/Tidak
- Plebitis : ~~Ya~~/Tidak
- Claudicatio : ~~Ya~~/Tidak

- Dysreflexia : ~~Ya~~/Tidak
- Palpitasi : ~~Ya~~/Tidak; Sinkop: ~~Ya~~/Tidak
- Rasa kebas/kesemutan: Ya/~~Tidak~~
- Batuk darah : ~~Ya~~/Tidak
- TD : 134/100 mmHg, pengukuran di: brachialis ; Posisi pengukuran: Tidur/~~Berdiri~~/~~Duduk~~
- Nadi : 86x/menit diukur di ~~carotis/temporal/jugular/ radial/ femoral/popliteal/post tibial/dorsalis pedis~~
- Kualitas nadi : ~~Lemah/Kuat/tidak teraba~~
- CRT : <2 detik
- Homans sign : negatif
- Abnormalitas kuku: tidak ada, kuku tampak normal dan bersih
- Perubahan kulit : tidak ada perubahan warna kulit
- Membran mukosa : lembab
- Pemeriksaan Kardio
  - a Inspeksi : iktus kordis tidak tampak
  - b Palpasi :  
Iktus kordis teraba di ICS V di midclavicula sinistra
  - c Perkusi :  
Redup
  - d Auskultasi :  
S1 dan S2 normal

### 3. Sistem Gastrointestinal

- **Antropometri**
  - a BB : 45 TB : 150 IMT : 18,6 kg m<sup>2</sup>
    - ◆ Gizi kurang
    - √ Gizi cukup
    - ◆ Gizi lebih

b Berat badan: 45 Kg, ada perubahan BB: Ya/Tidak;  
Naik/Turun

• **Biokimia**

Hb: 10 gr/dl Hmt: 27 %

GDS : 371 mg/dL (di bangsal)

• **Clinical sign**

- a Turgor kulit: elastis
- b Membran mukosa: lembab
- c Edema : Ya/Tidak
- d Ascites : Ya/Tidak
- e Pembesaran tiroid: Ya/Tidak
- f Kondisi gigi dan mulut: gigi dan mulut tampak bersih,  
pasien tidak memakai gigi palsu
- g Kondisi lidah: lidah tampak bersih
- h Halitosis: Ya/Tidak
- i Hernia: Ya/Tidak
- j Massa abdomen : Ya/Tidak
- k Bising usus: 8x/menit
- l Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:  
Inpeksi: tidak ada luka, tidak ada lesi, bentuk simetris  
Auskultasi: bising usus 8x/menit  
Perkusi: suara timpani di 3 region abdomen, kanan atas  
suara pekak  
Palpasi: tidak ada nyeri tekan

• **Diet:**

- a Pola makan sebelum dirawat: 3x/sehari; waktu: pagi,  
siang dan malam
- b Ada larangan/pantangan makanan: Ya/Tidak
- c Penggunaan suplemen makanan: Ya/Tidak
- d Kehilangan nafsu makan: Ya/Tidak
- e Mual/Muntah: Ya/Tidak
- f Alergi makanan: Ya/Tidak

- g Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: Ya/Tidak
- h Masalah dalam menelan: Ya/Tidak
- i Gigi Palsu: Ya/Tidak
- j Penggunaan diuretik: Ya/tidak
- k Pola makan selama sakit/dirawat:3x/sehari; waktu : pagi, siang, malam
- l Kebutuhan cairan selama sakit :
- m Balance cairan selama 24 jam

<b>Intake</b>	<b>Output</b>	<b>Balance Cairan</b>
Parenteral: 1500 cc Makan + minum : 2000 cc	Urine : 1500 cc IWL : 930 cc Feses : 50 cc Muntah 0 cc Drain : 0 cc Darah : 0 cc	<b>Input – output : 1020 cc</b>
<b>Total : 3500 cc</b>	<b>Total : 2480 cc</b>	

#### 4. Sistem Neurosensori

- Merasa pusing/mau pingsan: Ya/Tidak
- Sakit kepala : Ya/Tidak
- Kesemutan/Kebas/lemah : Ya/Tidak
- Riwayat stroke : Ya/Tidak
- Kejang : Ya/Tidak
- Kehilangan daya penglihatan : Ya/Tidak
- Glaukoma : Ya/Tidak; Katarak: Ya/Tidak; Alat bantu penglihatan: Ya/Tidak,
- Kehilangan daya pendengaran: Ya/Tidak Alat bantu dengar: Ya/Tidak
- Pengecap : baik, tidak ada gangguan
- Pengidu: baik, tidak ada gangguan

- Peraba: baik, tidak ada gangguan
- Status mental: baik, tidak ada gangguan
- Orientasi : Waktu:Normal/~~Tidak~~; Waktu: Normal/~~Tidak~~;  
Tempat: Normal/~~Tidak~~; Orang: Normal/~~Tidak~~; Situasi:  
Normal/~~Tidak~~
- Tingkat kesadaran : composmentis
- GCS: (E 4 M 6 V 5 Total: 15)
- Afek (gambarakan) : Sesuai, pasien langsung menjawab ketika ditanya dan jawaban pasien sesuai dengan apa yang ditanyakan.
- Memori: saat ini : normal, pasien bisa menyebutkan tempat saat ini dan masih ingat pemeriksaan yang dilakukan saat ini masa lalu : pasien masih mengingat beberapa kejadian di masa lalu
- Pupil:isokor/~~anisokor~~; ukuran:  $\pm 3$  mm, reaksi cahaya: R + /L +
- Facial droop: ~~Ya~~/Tidak
- Postur tubuh: tegap
- Reflek tendon: positif
- Paralisis: ~~Ya~~/Tidak
- Nyeri: ~~Ya~~/Tidak,

##### 5. Sistem Muskuloskeletal

- Kegiatan utama sebelum sakit: Petani
- Kegiatan senggang: bersih – bersih
- Kondisi keterbatasan: tidak ada
- Tidur malam: ~~Ya/tidak~~, 6-8 jam, Tidur siang: Ya/Tidak/kadang-kadang
- Kesulitan untuk tidur: ~~Ya~~/Tidak; Insomnia:~~Ya~~/Tidak
- Sulit bangun tidur: Ya/Tidak
- Perasaan tidak tenang saat bangun tidur:~~Ya~~/Tidak
- Rentang gerak: aktif

- Kekuatan otot : -
- Deformitas : tidak ada
- Postur : kifosis/lordosis/skoliosis/Normal
- Gaya Berjalan : tegap
- Kemampuan ADL's

(Menggunakan kode 2 = independent, 1 = butuh bantuan, 0 = dependent)

	0	1	2
Buang air besar		√	
Buang air kecil		√	
Menggunakan toilet		√	
Berdandan		√	
Makan		√	
Berpakaian		√	
Berpindah tempat	√		
Mobilisasi		√	
Naik tangga			√
Mandi		√	

Ket : Kebutuhan pasien membutuhkan bantuan

## 6. Sistem Integumen

- Riwayat alergi: tidak ada
- Riwayat imunisasi: pasien mengatakan imunisasinya lengkap
- Perubahan sistem imun: tidak ada
- Transfusi darah: Ya/tidak
- Temperatur kulit: 36,4°C
- Diaphoresis: tidak ada

- Integritas kulit: bagus/~~kurang~~; Scar: ~~Ya~~/Tidak, lokasi ; Rash: ~~Ya~~/Tidak ; Laserasi: ~~Ya~~/tidak,
- Ulcer: ~~Ya~~/Tidak
- Luka bakar: ~~Ya~~/Tidak,
- Pressure Ulcer : tidak ada luka tekan
- Edema : tidak ada edema
- Lain – lain : tidak ada

## 7. Sistem Eliminasi

### a Fecal

- a) Frekuensi BAB : 1x/hari
  - ◆ Konstipasi
  - ◆ Diare
- b) Karakteristik feses
  - ◆ Konsistensi : lembek
  - ◆ Warna : kuning kecoklatan
  - ◆ Bau: berbau khas
- c) Penggunaan laxative : ~~Ya~~/tidak
- d) Perdarahan per anus : ~~Ya~~/Tidak
- e) Hemoroid : ~~Ya~~/Tidak

### b Bladder

- a. Inkotinsia: ~~Ya~~/Tidak
- b. Urgensi: ~~Ya~~/tidak
- c. Retensi urin: Ya/Tidak
- d. Frekuensi BAK: 4-5x/hari
- e. Karakteristik Urin: jernih
- f. Volume urin : 1000 cc
- g. Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK : tidak ada nyeri
- h. Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih: tidak ada riwayat

## 8. Sistem Reproduksi

- Keluhan sistem reproduksi: tidak ada

- Akseptor KB : ( Ya /Tidak )
- Kegiatan seksual teratur : Ya/Tidak
- Perempuan
  - a. Usia menarche: 12 tahun
  - b. Durasi menstruasi: 5 hari
  - c. Menopause: belum menopause
  - d. Vaginal discharge: tidak ada
  - e. Gangguan pada alat kelamin: tidak ada gangguan

## **E. Pengkajian Psikososial**

### **1. Nilai Kepercayaan**

Agama yang dianut: islam

Kegiatan keagamaan yang di jalani : pasien melaksanakan sholat

Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan : tidak ada

Gaya hidup: pasien mengatakan gaya hidup sederhana

Perubahan gaya hidup: tidak ada perubahan gaya hidup

### **2. Koping/Stress**

Pasien merasa stres: Ya/Tidak

Faktor penyebab stres : karena dirawat di rumah sakit sehingga tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya

Cara mengatasi permasalahan : pasien bercerita dengan anak

Status emosional : Tenang / ~~Cemas / Marah / Menarik diri / Takut / Mudah tersinggung / Tidak sabar / euforia.~~

Lain – lain : tidak ada

### **3. Hubungan**

Tinggal dengan: anak

Orang yang mendukung : keluarga (anak)

Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/ orang lain: tidak

Kegiatan di masyarakat : arisan dan kerja bakti

Lain – lain : tidak ada

#### 4. Persepsi Diri

Yang dirasakan terkait hospitalisasi : pasien mengatakan tidak betah dan ingin segera pulang

Perilaku klien sesuai dengan situasi : perilaku pasien tampak tenang dan kooperatif saat diajak bicara, bisa menjawab sesuai pertanyaan

Lain – lain : tidak ada

#### F. Defisit Pengetahuan/Pendidikan Kesehatan klien

Bahasa utama: jawa dan indonesia

Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat : pendidikan kesehatan mengenai nutrisi DM dan rendam kaki air hangat

#### G. Data Penunjang

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal dalam satuan	Interpretasi
02 Januari 2025	Hemoglobin	10	12-17 g/dL	Rendah
	Hematokrit	27	34-40 %	Rendah
	GDS	371	70-140	Tinggi
	HbA1c	>15	mg/dL 5,7-6,4 %	Tinggi
02 Januari 2025	Kalium	1.87	3,7-5,2	Rendah
	Natrium	147	mmol/	Tinggi
	Klorida	109	137-145 mmol 98-107 mmol	Tinggi

## H. Terapi Yang Diberikan

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi
02 Januari 2025	Amlodipin	PO	1x60 mg	Hipertensi
	Metformin	PO	1x500 mg	DM
	Novorapid	SC	3x8 unit	DM
	Ranitidine	IV	2x1gr	Lambung
	Mecobalamin	IV	2x500 mg	Vitamin B12

## I. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan lemas, leher belakang sakit dan sedikit pusing.</li> <li>Pasien mengatakan dirinya sering mengonsumsi makanan dan minuman manis</li> <li>Pasien mengatakan dirinya sering haus</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>KU : Composmentis</li> <li>GDS : 371 mg/dL</li> <li>HbA1c &gt;15 %</li> </ol> <p>TD : 134/100 mmHg</p> <p>N : 86 x/menit</p> <p>T : 36.4 c</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Spo2 : 98 %</p>	<p>Resistensi Insulin</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)</p>

### J. Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
<p><b>Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)</b></p>	<p><b>Kestabilan kadar glukosa darah (L.03022)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka ketidakstabilan kadar glukosa darah diharapkan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lelah lesu menurun</li> <li>2. Pusing menurun</li> <li>3. Kadar glukosa dalam darah membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>2. Monitor kadar glukosa darah</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan oral</li> <li>2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemi tetap ada atau memburuk</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan monitor kadar glukosa secara mandiri</li> </ol>

		<p>2. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga</p> <p>3. Ajarkan pengelolaan diabetes</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian insulin</p>
--	--	---


### K. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi dan evaluasi keperawatan Ny.S Hari 1				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Kamis 02 Januari 2025 08:00       10:30	<p><b>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</b></p> <p>1. Mengobservasi kondisi pada pasien apakah ada kemungkinan penyebab hiperglikemia pada pasien (ada gak, apa hasilnya)</p>	<p>Kamis, 02 Januari 2025 (15:00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien sering makan dan minum manis</li> <li>- Pasien mengatakan dirinya baru</li> </ul>	  <p><b>Maritsya</b></p>

11:00	misalnya → pasien mengatakan tidak makan pagi)	mengetahui tentang penyakit DM nya.	
11:20	<p>2. Memonitor kadar glukosa darah sewaktu pasien GDS : 371 mg/dL (ini sudah betul)</p> <p>3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia pada pasien seperti polyuria, polidipsi, polipaghi (apa responnya, ada gak gejala itu)</p> <p>4. Melakukan pemberian insulin novorapid 8 unit</p> <p>5. Mengajarkan pengelolaan diabetes dengan nutrisi dan rendam kaki menggunakan air hangat</p>	<p>- Pasien mengatakan sudah paham dengan cara merendam kaki menggunakan air hangat</p> <p>- Tidak ada tanda gejala polyuria, polidipsi, dan polipaghi. pasien mengatakan dirinya biasa saja tidak merasa lemas dan haus yg berlebihan</p> <p>O :</p> <p>- Tidak tampak dehidrasi (bibir tidak kering )</p> <p>- Nafsu makan dala, batas wajar (tidak berlebihan)</p>	

			<ul style="list-style-type: none"><li>- KU : composmentis</li><li>- GDS : 371 mg/dL menjadi GDS : 237 mg/dL</li><li>- HbA1c &gt;15 %</li><li>- TD : 134/100 mmHg</li><li>- N : 86 x/menit</li><li>- T : 36.4 c</li><li>- RR : 20x/menit</li><li>- Spo2 : 98 %</li><li>- Sudah diajarkan dan dilakukan rendam kaki air hangat selama 30 menit jam 11:20 pasien mampu mengikuti dan akan dilakukan lagi sore hari dengan keluarga.</li></ul> <p>A : Ketidakstabilan kadar glukosa</p>	
--	--	--	---	--

			<p>darah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kadar glukosa darah</li> <li>- Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>- Menganjurkan kepatuhan diet dan rutin merendam kaki menggunakan air hangat pagi dan sore hari</li> <li>- Memberikan insulin 8 unit</li> </ul>	
--	--	--	--	--

Implementasi dan evaluasi keperawatan Ny.S Hari 2				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Jum'at 03 Januari 2025 08:00 09:10	<p><b>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</b></p> <p>1. Memonitor kadar glukosa darah sewaktu pagi hari</p>	<p>Jum'at, 03 Januari 2025 (15:00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan</li> </ul>	 <p><b>Maritsya</b></p>

	10:15	<p>2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>3. Melakukan pemberian insulin novorapid 8 unit</p> <p>4. Mengevaluasi dan mendampingi pasien melakukan rendam kaki yg sudah di ajarkan</p>	<p>merasa sedikit pusing</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah menerapkan rendam kaki air hangat di pagi dan sore hari</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS pagi 242 mg/dl</li> <li>- KU : composmentis</li> <li>- TD : 129/98 mmHg</li> <li>- N : 106 x/menit</li> <li>- T : 36.6 c</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Spo2 : 99 %</li> <li>- Sudah masuk insulin 8 unit</li> <li>- Pasien melakukan rendam kaki di bantu keluarga</li> <li>- GDS : 223 mg/dL</li> </ul> <p>A : Ketidakstabilan kadar glukosa</p>	
--	-------	---	---	--

			<p>darah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor kadar glukosa darah</li> <li>- Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>- Mengevaluasi terapi rendam kaki</li> <li>- Memberikan insulin 8 unit</li> </ul>	
--	--	--	--	--

Implementasi dan evaluasi keperawatan Ny.S Hari 3				
No	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
1.	Sabtu 04 Januari 2025 08:00 09:10  10:15	<p><b>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</b></p> <p>5. Memonitor kadar glukosa darah sewaktu</p> <p>6. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia</p>	<p>Sabtu, 04 Januari 2025 (15:00)</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan lemas berkurang sudah lebih baik dari kemarin pusing</li> </ul>	 <b>Maritsya</b>

		<p>7. Melakukan pemberian insulin novorapid 8 unit</p> <p>8. Mengevaluasi dan mendampingi pasien melakukan rendam kaki yg sudah di ajarkan</p>	<p>juga sudah berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah menerapkan rendam kaki air hangat di pagi dan sore hari</li> <li>O :</li> <li>- GDS pagi 215</li> <li>- KU : composmentis</li> <li>- TD : 125/88 mmHg</li> <li>- N : 103 x/menit</li> <li>- T : 36.3 c</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- Spo2 : 99 %</li> <li>- Sudah masuk insulin 8 unit</li> <li>- Pasien melakukan rendam kaki di bantu keluarga</li> <li>- GDS : 198 mg/dL</li> <li>- Pasien dan keluarga pasien sudah paham serta mampu</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			menerapkan terapi rendam kaki secara mandiri A : Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi P : Hentikan intervensi	
--	--	--	---	--

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA