

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara, didapatkan pasien dengan identitas Ny. KA berusia 51 tahun, jenis kelamin perempuan. Pasien merupakan seorang ibu dari anak-anaknya dan istri dari suaminya

Hari Minggu 28 April 2024 pukul 08.00 WITA pasien datang ke IGD RS Bali Mandara diantar oleh keluarga, pasien masuk IGD dengan keluhan lemah, lesu sejak kemarin sebelum dilarikan ke rumah sakit didapatkan kondisi umum klien pada saat masuk rumah sakit adalah lemah dan klien mengeluhkan mual. Pada saat dilakukan pemeriksaan gula darah di ruangIGD didapatkan gula darah pasien saat masuk rumah sakit adalah 420 mg/dl. Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital sign di IGD RS Bali Mandara didapatkan tekanan darah klien 143/60 mmHg, nadi klien 80x/menit, respirasi klien 20x/menit, suhu 36,8°C. Klien di IGD mendapatkan terapi RL 20 tetes per menit, glucodec 80 mg (sebelum makan), sansulin 7 IU (malam), amlodipine 5 mg.

Saat dilakukan pengkajian di ruang jepun pada pukul 06.00 Wita Senin 29 April 2024 didapatkan data pasien juga mengeluhkan badannya terasa lelmah dan lesu, sering merasa kesemutan, dilakukan pemerikssaan kadar glukosa darah didapatkan hasil kadar glukosa dalam darah pasien yaitu 264

mg/dl. Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus, pasien juga mengatakan pernah dirawat di RS $\pm$ 3 tahun yang lalu dengan penyakit diabetes melitus. Pasien mendapatkan terapi RL 20 tetes per menit, glucodex 80 mg (sebelum makan), sansulin 7 IU (malam). Saat dipindahkan ke ruangan klien diberikan obat untuk menstabilkan gula darah yaitu glucodex yang diminum jam 06.00 pagi dan jam 16.00 sore, pasien juga diberikan terapi sansulin 7 IU jam 22.00.

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data-data yang didapatkan saat pengkajian dapat dilakukan analisis data keperawatan sebagai berikut

Tabel 2. Analisis Data Keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan intervensi pemberian senam kaki pada pasien yang mengalami diabetes militus tipe II di RSUD Bali Mandara

Gejala dan Tanda	Analisis Data	Masalah Keperawatan
Data subjektif: - Pasien mengatakan badannya terasa lemah dan lesu, sering merasa kesemutan. - Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus, pasien juga mengatakan pernah dirawat di RS $\pm$ 3 tahun yang lalu dengan penyakit diabetes melitus	Diabetes mellitus ↓ Resistensi insulin ↓ Hiperglikemia ↓ Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)
Data Objektif:		

-
- Pasien tampak lemas
 - Hasil pemeriksaan GDP : 152 mg/dL
-

Perumusan diagnosis keperawatan pada Ny. KA menggunakan komponen Problem (P), Etiology (E), Sign and Symptom (S). Pada problem ditemukan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, pada etiology ditemukan hiperglikemia (disfungsi pankreas), dan sign and symptom ditemukan data tubuh terasa lemah dan lesu, sering merasa kesemutan, pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus, pasien juga mengatakan pernah dirawat di RS $\pm$ 3 tahun yang lalu dengan penyakit diabetes melitus, pasien tampak lemas, hasil pemeriksaan GDP : 152 mg/dL. Diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada Ny. KA berdasarkan data masalah keperawatan yang diperoleh adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) berhubungan dengan hiperglikemia (disfungsi pankreas) ditandaidengan pasien mengatakan badannya terasa lemah dan lesu, sering merasa kesemutan, pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus, pasien juga mengatakan pernah dirawat di RS $\pm$ 3 tahun yang lalu dengan

penyakit diabetes melitus, pasien tampak lemas, hasil pemeriksaan GDP : 152 mg/dL

C. Perencanaan Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis dilanjutkan dengan perencanaan yang diawali dengan menetapkan tujuan dan kriteria hasil dan dilanjutkan dengan penetapan intervensi. Perencanaan pada kasus kelolaan terlampir.

1. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan intervensi diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.03022) dengan kriteria hasil :

- a. Lelah/lesu menurun
- b. Kadar glukosa dalam darah membaik
- c. Mulut kering menurun
- d. Rasa haus menurun

2. Intervensi

Intervensi yang dapat dirumuskan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2018) yaitu:

- a. Intervensi utama
 - 1) Manajemen Hiperglikemia (I.03115)
- b. Intervensi inovasi : Senam Kaki

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan sesuai rencana keperawatan yang telah ditetapkan selama 3x24 jam pada tanggal 29 April sampai 01 Mei 2024 di Ruang Jepun RSUD Bali Mandara. Implementasi keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana intervensi keperawatan utama yaitu manajemen hiperglikemia dan intervensi inovasi senam kaki yang dilakukan sebanyak 1 kali sehari yaitu selama 15 menit. Implementasi yang dilaksanakan dapat dilihat pada lampiran.

Inovasi yang diberikan sesuai dengan evidence base practice pada kasus kelolaan adalah pemberian senam kaki. Pemberian senam kaki dilakukan 1 kali sehari selama 15 menit dalam 3 hari. Pada kasus kelolaan ini, terapi senam kaki dilakukan pada sore hari. Pelaksanaan intervensi inovasi sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur Terapi Senam Kaki (terlampir). Saat pelaksanaan pasien kooperatif.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang diperoleh setelah pemberian asuhan keperawatan 3x24 jam pada Ny. KA diperoleh data tubuh pasien tidak merasa lelah dan kesemutan berkurang. GDP 95 mg/dL TD : 120/80 mmHg, N : 89 x/menit, S: 36,70C, RR: 22x/menit. Assesment masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi, planning pertahankan kondisi pasien.