

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengumpulan informasi objektif dan subjektif, seperti pemeriksaan fisik, tanda vital, dan wawancara, serta peninjauan riwayat medis pasien dan keluarga. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan pasien dan keluarga (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan risiko (untuk mencegah atau menunda potensi masalah) (Nasution, 2018).

Pengkajian pada subjek penelitian dilakukan di Ruang Legong RSD Mangusada Badung. Pengkajian pada pasien yang menjadi kasus kelolaan yaitu Tn.A

Pengkajian	Hasil
Identitas pasien	Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 31 Oktober 2024 pada pukul 08:40 WITA didapatkan pasien dengan nama inisial Tn.A, tanggal lahir 31 Januari 1954, usia 70 tahun, pasien berjenis kelamin laki-laki, Warga Negara Indonesia (WNI), menganut agama hindu dan dengan pendidikan terakhir SMA. Pasien dirawat di Ruang Legong RSD Mangusada Badung.

Pengkajian Riwayat Kesehatan	Hasil
1	2
Keluhan utama saat masuk rumah sakit	Pasien mengeluh tubuhnya terasa lemas dan lesu.
1	2
Diagnosa medis saat ini	Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Hiperglikemia.
Riwayat penyakit terdahulu	Pada saat dilakukannya pengkajian pasien mengatakan memiliki riwayat diabetes melitus tipe 2 sejak 5 tahun yang lalu. Pasien mengatakan tidak pernah masuk rumah

	sakit dan dirawat di rumah sakit sebelumnya, keluarga pasien juga mengatakan jika dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama yaitu diabetes melitus, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat.
Riwayat keluhan/penyakit saat ini	Hasil pengkajian hari Selasa 31 Oktober 2024 pukul 08:30 WITA pasien mengatakan bahwa dirinya datang dari IGD ke Ruang Legong kemarin pada hari Senin tanggal 30 Oktober 2024 pukul 15:00 WITA, pasien mengatakan mengeluh lelah dan lesu sejak kemarin, pasien juga mengatakan sbelum dibawa ke UGD pasien merasa dirinya sangat lemah, dan pasien merasa dirinya mual. Pada saat dilakukan pemeriksaan gula darah pasien adalah 500 mg/dL. Pemeriksaan tanda-tanda vital di IGD didapatkan tekanan darah pasien 100/60 mmHg, nadi 93x/menit, respirasi 18x/menit, suhu 38,5°C. Saat di IGD pasien mendapatkan terapi NaCl 30 tetes per menit, novorapid dan cefotaxime 1 gr. Kondisi pasien saat dilakukan pengkajian tanggal 31 Oktober 2024 pukul 08:40 WITA didapatkan bahwa pasien mengatakan tubuhnya merasa lesu dan lelah, dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil 265 mg/dL. Pasien juga mengatakan sering merasa haus dan mulut terasa kering. Pasien mendapatkan terapi insulin novorapid sebanyak 3 kali sehari dengan dosis 10 IU dan insulin ezelin yang diberikan sebanyak 1 kali dengan dosis 6 IU.

Pengkajian	Hasil
Keadaan umum pasien	Pasien dirawat diruang Legong RSD Mangusada, pada saat pengkajian dilakukan pemeriksaan keadaan umum dan didapatkan hasil pasien dalam tingkat kesadaran CM (compos mentis) dengan GCS E4 V5 M6, pemeriksaan TTV pasien didapatkan tekanan darah pasien 110/60 mmHg, suhu 36°C, respirasi 18x/menit dan nadi 73x/menit.

Pemeriksaan Fisik	Hasil
1	2
Kepala	Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada klien dibagian kepala didapatkan bentuk kepala normosefali, tidak terdapat lesi/luka maupun perdarahan, warna rambut klien hitam.
Mata	Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada klien dibagian mata klien didapatkan bahwa konjungtiva merah muda, sklera normal, penglihatan klien normal, klien tidak menggunakan alat bantu seperti kacamata dll.

Leher	Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada klien dibagian leher klien didapatkan bahwa leher normal, tidak terdapat benjolan atau pembengkakan, dan tidak terdapat masalah pada bagian leher klien.
Hidung	Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada klien dibagian hidung didapatkan penghidu normal, tidak terdapat secret atau darah, tidak terlihat tarikan cuping hidung.
Telinga	Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada klien dibagian telinga didapatkan bentuk telinga simetris, pendengaran klien berfungsi normal, klien tidak menggunakan alat bantu dengar.
Mulut dan gigi	Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada klien dibagian mulut dan gigi didapatkan bahwa bibir klien tampak kering, tidak terdapat adanya lesi, susunan gigi lengkap.
Dada	Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada klien dibagian dada didapatkan bahwa bentuk dada simetris, irama nafas regular, suara nafas klien normal, tidak ada batuk dan tidak ada secret.
Abdomen	Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada pasien dibagian abdomen didapatkan bahwa perut pasien tidak dalam keadaan kembung atau tidak kembung.
Ekstremitas	Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada pasien dibagian ekstremitas didapatkan bahwa akral teraba hangat, <i>capillary refill time</i> (CRT) <3 detik, tidak terdapat edema.
Kulit	Pemeriksaan fisik yang dilakukan kepada pasien dibagian kulit didapatkan bahwa warna kulit normal sawo matang, tidak terdapat lesi atau luka.

Pengkajian Data Fisiologis Klien	Hasil
1	2
Pernapasan	Pada saat dilakukannya pengkajian pada sistem pernapasan, klien mengatakan bahwa tidak ada sesak napas yang dirasakan, klien tidak mengalami kesulitan dalam bernapas, tidak terdapat secret, tidak terlihat tarikan cuping hidung.
Nutrisi dan Cairan	Pada saat dilakukannya pengkajian pada hari Selasa, 31 Oktober 2024 pukul 08:40 WITA di Ruang Legong RSD Mangusada Badung didapatkan bahwa pasien mengatakan tubuhnya terasa lelah dan lesu, dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil kadar glukosa darah pasien 265 mg/dL. Pasien mengatakan sering merasa haus dan juga mulut terasa kering. Sejak dirawat di rumah sakit nafsu makan pasien menurun, setiap makan pasien hanya menghabiskan ¼ sampai 1/3 porsi dari makanan yang diberikan. Pasien makan dengan

	frekuensi 3 kali dalam sehari dengan jam makan pagi pukul 06:30 WITA, siang pukul 12:00 WITA dan sore pukul 17:00 WITA.
Eliminasi	Pada saat dilakukannya pengkajian mengenai eliminasi pasien didapatkan bahwa tidak terdapat masalah dalam perkemihan pasien, warna urin saat BAK yaitu kuning jernih, tidak terdapat masalah defekasi pada pasien, pasien mengatakan dirinya BAB 1 kali dalam sehari.
Istirahat tidur	Pada saat dilakukannya pengkajian mengenai istirahat dan tidur, klien mengatakan bahwa dirinya tidur sekitar 7 jam, klien juga mengatakan tidak memiliki kebiasaan untuk tidur pada siang hari, klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan pengantar tidur.
Mobilisasi	Pada saat dilakukannya pengkajian pasien mengatakan tubuhnya terasa lemah dan lesu, selama pasien berada di rumah sakit semua aktifitas pasien dibantu oleh keluarganya. Pasien mengatakan tidak memiliki kegiatan khusus yang dilakukan saat memiliki waktu luang.

Pengkajian	Hasil
Data psikologis	Pada saat dilakukannya pengkajian data psikologis pasien didapatkan bahwa pasien mengatakan dalam keluarganya semua anggota memiliki hubungan yang harmonis, pasien tinggal bersama dengan suami dan juga anak kandungnya, pasien mengatakan tidak memiliki trauma apapun. Pasien mengatakan tidak memiliki kebiasaan seperti merokok, bicara pasien juga jelas dengan bahasa utama yang digunakan adalah bahasa Bali. Pasien mengatakan hal yang dipikirkan saat ini adalah memikirkan tentang penyakitnya, dan harapan dari pasien setelah menjalani perawatan adalah segera sembuh dan dapat beraktifitas seperti semula.

Pengkajian	Hasil
Data sosial, ekonomi, dan spiritual	Saat dilakukan pengkajian data sosial, ekonomi, dan spiritual pasien bahwa pasien mengatakan tinggal bersama keluarganya di rumah seperti suami, dan anaknya. Pasien juga mengatakan bahwa dalam keluarganya seluruh anggota keluarganya memiliki hubungan yang harmonis dan tidak memiliki kesulitan dalam keluarga ketika berhubungan dengan anggota keluarga lainnya. Klien mengatakan dirinya bekerja sebagai ibu rumah tangga dan setiap hari berada di rumah dan mengerjakan tugas rumah, pembiayaan pasien menggunakan BPJS kesehatan.

B. Diagnosis Keperawatan

Menurut (M Fahrurrozi, 2021) Diagnosis keperawatan adalah proses yang dilakukan oleh perawat untuk menentukan masalah kesehatan atau kebutuhan yang spesifik dari pasien berdasarkan evaluasi data yang dikumpulkan selama asesmen. Diagnosis ini bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang bisa diatasi atau dikelola dengan intervensi keperawatan.

Hasil pengkajian menunjukkan pada subjek penelitian mengalami hiperglikemia dengan kadar glukosa darah pada saat dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil kadar glukosa dalam darah pasien tinggi yaitu 265 mg/dL, pasien mengatakan tubuhnya merasa lesu dan lelah, dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil kadar glukosa dalam darah pasien tinggi yaitu 265 mg/dL. Pasien mengatakan sering merasa haus dan juga mulut terasa kering.

Dari hasil pengkajian yang didapatkan bahwa pasien mengatakan tubuhnya merasa lesu dan lelah, dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil kadar glukosa dalam darah pasien tinggi yaitu 265 mg/dL. Pasien mengatakan sering merasa haus dan juga mulut terasa kering. Hal ini berkaitan dengan tanda dan gejala mayor minor dalam SDKI yaitu diagnosa keperawatan. Perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan, penulisan diagnosa keperawatan ini menggunakan metode penulisan tiga bagian sehingga didapatkan diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengatakan tubuh merasa lesu dan lelah, saat dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil glukosa dalam darah pasien tinggi yaitu

265 mg/dL, pasien mengatakan sering merasa haus dan juga mulut terasa kering. Adapun kondisi klinis terkait untuk menegakkan diagnosis keperawatan yaitu diabetes melitus.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah dokumen yang disusun oleh perawat setelah melakukan diagnosis keperawatan. Rencana ini berfungsi sebagai panduan untuk memberikan perawatan yang terstruktur dan terencana kepada pasien, serta untuk mengatasi masalah kesehatan yang telah diidentifikasi. Rencana keperawatan dirancang untuk memenuhi kebutuhan individual pasien dan membantu mencapai hasil kesehatan yang optimal (Ernawati, 2019).

Tabel 3
Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengatakan tubuh merasa lesu dan lelah, saat dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah didapatkan hasil glukosa dalam darah pasien tinggi yaitu 265 mg/dL, pasien	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka Kestabilan Kadar Glukosa Darah Meningkat, dengan kriteria hasil : 1) Lelah atau lesu menurun 2) Kadar glukosa dalam darah membaik 3) Mulut kering menurun 4) Rasa haus menurun	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia. 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. Penyakit kambuhan). 3. Monitor kadar glukosa darah. 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia,

mengatakan sering merasa haus dan juga mulut terasa kering.		kelemahan, malaise, pandangan kabur dan sakit kepala). 5. Monitor intake dan output cairan. 6. Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik, dan frekuensi nadi. Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral. 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk. 3. Fasilitasi ambulansi jika ada hipotensi ortostatik. 4. Pemberian tindakan inovatif berupa teknik
--	--	---

		<i>progressive muscle relaxation.</i> Edukasi 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL. 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri. 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga. 4. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin. 5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan
--	--	---

		bantuan profesional kesehatan). Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian insulin Novorapid 3 kali sehari dengan dosis 10 IU dan insulin Ezelin 1 kali sehari dengan dosis 6 IU. 2. Kolaborasi pemberian cairan IV NaCl 0,9% dengan dosis 30 tetes per menit
--	--	--

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan di mana perawat melaksanakan rencana keperawatan yang telah dibuat untuk mengatasi diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan. Tujuan utama dari implementasi adalah untuk melaksanakan intervensi yang direncanakan dengan cara yang efektif, sehingga dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan memberikan perawatan yang optimal kepada pasien (Margareth, 2017).

Implementasi yang diterapkan kepada pasien Tn.A sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi pada pasien Tn.A

dilakukan diruang rawat inap pasien yaitu di Ruang Legong RSD Mangusada Badung yang dilakukan selama 3 hari.

Adapun implementasi yang telah dilakukan yaitu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien, mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah pasien, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia, memonitor intake dan output cairan, memberikan asupan cairan oral, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, menganjurkan untuk memonitor kadar glukosa darah secara mandiri, menganjurkan untuk menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL, mengajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, mengajarkan pengelolaan diabetes yaitu penggunaan insulin, pemberian insulin novorapid 3 kali sehari dengan dosis 10 IU dan insulin ezelin 1 kali sehari dengan dosis 6 IU, pemberian cairan IV NaCl 0,9% dengan dosis 30 tetes per menit pada pasien, pemberian intervensi inovasi yaitu teknik *progressive muscle relaxation* yang diawali dengan menjelaskan tujuan dan manfaat tindakan *progressive muscle relaxation* yang akan diberikan kepada pasien, menjelaskan langkah-langkah tindakan yang akan dilakukan, menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan dan penerapan teknik *progressive muscle relaxation* pada pasien. Proses implementasi secara rinci dapat dilihat pada lampiran 2.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan yang dilakukan untuk menilai sejauh mana tujuan dan hasil dari rencana keperawatan telah tercapai. Evaluasi ini penting untuk menentukan efektivitas intervensi

keperawatan dan untuk melakukan penyesuaian yang diperlukan guna memastikan perawatan yang optimal bagi pasien.

Hasil evaluasi keperawatan tanggal 3 November 2024 pada pasien Tn.A setelah dilakukan implementasi selama 3x24 jam yaitu kestabilan kadar glukosa darah meningkat pada data subjektif didapatkan pasien mengatakan rasa lelah dan lesu pada tubuhnya sudah mulai berkurang dan klien merasa tubuhnya tidak selemah sebelumnya, klien mengatakan rasa haus dan mulut kering berkurang. Data objektif didapatkan kadar glukosa darah pasien adalah 189 mg/dL. *Assessment* ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dan *planning* yaitu monitor kadar glukosa darah pasien, monitor tanda dan lanjutkan pemberian insulin novorapid dan ezelin pada pasien.

F. Pelaksanaan Intervensi Inovasi: Teknik *Progressive Muscle Relaxation*

Terapi inofasi yang diterapkan dalam penelitian ini adalah Teknik *Progressive Muscle Relaxation* (PMR) adalah metode relaksasi yang dikembangkan oleh Dr. Edmund Jacobson pada awal abad ke-20. Teknik ini bertujuan untuk mengurangi ketegangan otot dan stres dengan mengajarkan individu cara untuk secara sistematis mengencangkan dan kemudian melemaskan kelompok otot tertentu dalam tubuh. Dengan melakukan teknik ini, seseorang dapat meningkatkan kesadaran akan ketegangan otot dan mengatasi respons fisik terhadap stres. Teknik *progressive muscle relaxation* ini memiliki manfaat salah satunya adalah untuk menurunkan kadar glukosa darah pada pasien dengan diabetes melitus tipe 2.

Progressive Muscle Relaxation/PMR diketahui dapat membantu menurunkan kadar glukosa darah pada pasien diabetes mellitus karena dapat

menghentikan pengeluaran hormon-hormon yang dapat meningkatkan kadar glukosa darah, seperti kortisol, glukagon, epinefrin, kortikosteroid, tiroid, dan adrenocorticotrophic hormone (ACTH). Aktivasi hipotalamus dapat mengontrol kedua sistem neuroendokrin saat relaksasi otot progresif. Sistem korteks adrenal dan sistem simpatis akan paling dominan dalam keadaan rileks dan tenang, karena dapat merangsang sekresi hormon insulin.

Hipotalamus akan distimulasi oleh dominasi sistem saraf simpatis untuk menurunkan sekresi hormon Corticotropin Releasing Hormon (CRH), suatu bahan kimia yang bekerja pada kelenjar hipofisis yang terletak tepat dibawah hipotalamus. Penurunan CRH juga akan mempengaruhi adenohipofisis untuk menurunkan sekresi hormon Adenokortikotropik (ACTH), yang dibawa ke korteks adrenal melalui aliran darah. Akibatnya, korteks adrenal tidak dapat melepaskan hormon kortisol.

Metode ini mencakup enam belas gerakan yang dapat dilakukan pasien. Dalam penelitian ini, teknik relaksasi otot progresif diterapkan selama tiga hari berturut-turut, dengan waktu pemberian diantara lima belas dan tiga puluh menit. Saat pasien mendapatkan pengobatan dengan insulin yang dikombinasikan dengan intervensi non-farmakologis seperti teknik relaksasi otot progresif, kadar glukosa darah berangsur-angsur meningkat.