

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian di Ruang Legong RSD Mangusada. Hasil yang diperoleh pada saat melakukan pengkajian yaitu didapatkan identitas pasien Tn.R berumur 54 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan pedagang. Keluhan utama yaitu pasien mengatakan tubuh terasa lelah dan lesu. Pasien mengatakan datang ke IGD RSD Mangusada diantar oleh keluarganya dengan keluhan lelah dan lesu, nyeri ulu hati, mual dan muntah sejak kemarin sore. Keluarga mengatakan kemarin pasien sempat diantar ke dokter dan diberikan obat berupa sirup sucralfate 3x1 sebelum makan dan tadi pagi pasien mengatakan sudah sempat minum obat mitreix 4 mg, namun kondisinya tidak kunjung membaik. Pada hari Kamis, 17 April 2025, pukul 18.00 WITA pasien dilarikan ke rumah sakit, dilakukan pemeriksaan didapatkan kondisi umum pasien adalah lemah, kesadaran composmentis, pasien mengatakan lelah dan lesu, mulut terasa kering, sering merasa haus dan sering minum, sering BAK, pasien mengatakan dalam sehari bisa BAK lebih dari 10x, mual muntah sudah 3x, dan nyeri ulu hati. Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus sejak 3 tahun yang lalu dan pernah memiliki riwayat DM tidak terkontrol, namun sejak 1 tahun ke belakang pasien sering kontrol ke poli interna tiap bulan. Terakhir pasien kontrol pada bulan Maret dan hasil pemeriksaan GDP pada saat kontrol adalah 111 mg/dL. Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital di IGD RSD Mangusada didapatkan tekanan darah klien 101/77 mmHg, nadi 110x/menit, respirasi pasien 20x/menit, suhu 36°C, SpO₂ 99%. Dilakukan pemeriksaan lab dan didapatkan hasil GDS pasien yaitu 401 mg/dL, ketonuria positif 2, hasil pemeriksaan AGD didapatkan nilai pH 7,30, PCO₂ 35 mmHg, PO₂ 98 mmHg, dan HCO₃ 12,4 mmol/L,

hasil pemeriksaan HbA1c yaitu 7,5%, hasil pemeriksaan elektrolit didapatkan Natrium 132 mmol/l, kalium 5,4 mmol/l, klorida 87 mmol/l. Dilakukan pemeriksaan EKG 12 sadapan didapatkan hasil sinus takikardi. Berat badan pasien saat ini adalah 80 kg. Diagnosis medis pasien yaitu Diabetes Melitus Tipe II + Hiperglikemia + KAD dd HHS. Selama di IGD pasien mendapatkan terapi loading NaCl 0,9% 500 ml, drip insuline novorapid 50 unit dalam 50 cc NaCl 0,9% = 1 unit/cc menggunakan syringe pump, injeksi omeprazole 40 mg, ondansentron 4 mg. Pada pukul 21.00 WITA dilakukan pemeriksaan GDS ulang dan didapatkan hasil 288 mg/dL, hasil pemeriksaan TTV didapatkan TD: 110/75mmHg, N : 75 x/menit, S: 36,50 C, RR: 20 x/menit. Drip insuline novorapid 50 unit dalam 50 cc NaCl 0,9% = 1 unit/cc menggunakan syringe pump stop. Pada pukul 21.30 WITA pasien dipindahkan ke ruang legong, didapatkan kondisi pasien KU lemah, kesadaran composmentis, pasien mengeluhkan lelah dan lesu, mulut pasien tampak kering, pasien mengeluhkan sering merasa haus, sering BAK, pasien mengeluh nyeri ulu hati, mual, muntah (-), hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD : 110/70mmHg, N : 78 x/menit, S: 36,50 C, RR: 20 x/menit. Pasien disuntikan insuline ezelin 1x10 IU pukul 22.00 WITA. Pasien diinstruksikan untuk puasa, hanya boleh minum air karena besok pagi akan dilakukan pengecekan GDP dan menampung air kencingnya untuk memantau pengeluaran urine.

Saat dilakukan pengkajian pada hari jumat, 18 April 2025 di ruangan Legong pada pukul 06.00 WITA, didapatkan data pasien mengatakan merasa lelah dan lesu, dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah puasa didapatkan hasil 166 mg/dL, mulut terasa kering, sering merasa haus, sering minum dan sering buang air kecil, produksi urine sudah 150cc dari 1 jam yang lalu, nyeri ulu hati masih terasa, mual dan nafsu makan menurun, pasien juga mengatakan cemas dengan kondisi saat ini dikarenakan gula darahnya selalu tinggi. Hasil pemeriksaan TTV

didapatkan TD: 114//78 mmHg, N : 72 x/menit, S: 36,5⁰ C, RR: 22, x/menit, SpO2 : 100%. Berat badan pasien 80 kg dengan tinggi badan 165 cm, IMT pasien 29,4 kg/m² (obesitas). Data Pengkajian Tn.R lebih rinci disajikan dalam lampiran 6.

B. Diagnosis Keperawatan

Data keperawatan yang didapatkan pada tahap pengkajian data diatas selanjutnya dianalisis untuk menentukan masalah keperawatan. Analisis data dilakukan dengan membandingkan data yang didapatkan dengan nilai normal. Adapun analisis data dari pengkajian keperawatan asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah: hiperglikemia pada pasien diabetes melitus tipe II di Ruang Legong RSD Mangusada sebagai berikut :

Tabel 5
Analisis Data Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah:
Hiperglikemia Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Legong
RSD Mangusada Tahun 2025

Data yang didapatkan	Nilai normal	Masalah
1	2	3
Pasien tampak lemas dan lesu	Pasien tampak segar	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah : Hiperglikemia
GDP : 166 mg/dL	80-130 mg/dL	
Mulut tampak kering	Mulut tampak lembab	
Pasien mengatakan sering merasa haus dan sering minum dengan frekuensi minum > 8x dalam sehari dan dapat menghabiskan minuman sebanyak > 2 liter dalam sehari	Pasien tidak merasa kehausan	
Pasien mengatakan sering buang air kecil dengan frekuensi kencing > 10x dalam sehari, produksi urine sudah 150cc dari 1 jam yang lalu	Urine biasanya dikeluarkan setidaknya setiap 6 jam sekali atau umumnya buang air kecil sebanyak 6-7 kali selama 24 jam. Volume urine normal 0,5-1 cc/kgBB sehingga volume urine pasien dengan BB 80 kg adalah 40-80 cc/jam	

Tabel 6
Identifikasi Masalah Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah:
Hiperglikemia Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Legong
RSD Mangusada Tahun 2025

Masalah	Etiologi
1	2
Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah : Hiperglikemia	Diabetes Melitus Tipe 2 ↓ Resistensi insulin ↓ Penurunan penggunaan glukosa oleh otot, lemak dan hati ↓ Ditandai dengan pasien mengeluh lelah dan lesu, kadar glukosa darah tinggi, mulut terasa kering, sering merasa haus, sering minum dan jumlah urine meningkat ↓ Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah : Hiperglikemia

Perumusan diagnosis keperawatan pada Tn.R menggunakan komponen *Problem (P)*, *Etiology (E)*, *Sign and Symptom (S)*. Bagian *problem* ditemukan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah, pada bagian *etiology* ditemukan penyebab masalah resistensi insulin, dan pada *Sign and Symptom* ditemukan data pasien mengatakan lelah atau lesu, kadar glukosa darah puasa pasien meningkat yaitu 166 mg/dL, mulut terasa kering, rasa haus meningkat serta jumlah urine meningkat.

Berdasarkan data masalah keperawatan yang ditemukan, diagnosis keperawatan pada Tn.R dapat dirumuskan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa

darah: hiperglikemia berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa lelah dan lesu, kadar glukosa darah puasa pasien meningkat yaitu 166 mg/dl, pasien mengatakan mulut terasa kering, sering merasa haus dan sering minum dengan frekuensi minum > 8x dalam sehari dan dapat menghabiskan minuman sebanyak > 2 liter dalam sehari, jumlah urine meningkat yaitu pasien mengatakan sering buang air kecil dengan frekuensi kencing > 10x dalam sehari, produksi urine sudah 150cc dari 1 jam yang lalu. Untuk diagnosis keperawatan Tn.R lebih rinci disajikan dalam lampiran 6.

C. Perencanaan Keperawatan

Dalam penelitian ini dilakukan perencanaan asuhan keperawatan untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah: hiperglikemia pada pasien diabetes melitus tipe II. Dimana rencana keperawatan Tn.R sebagai berikut :

Tabel 7
Intervensi Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah:
Hiperglikemia Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di Legong
RSD Mangusada Tahun 2025

Diagnosis Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3
Ketidakstabilan kadar glukosa darah : Hiperglikemia berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengatakan merasa lelah dan lesu, saat dilakukan pemeriksaan kadar glukosa darah	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : 1. Lelah/lesu menurun 2. Kadar glukosa dalam darah membaik 3. Mulut kering menurun 4. Rasa haus menurun 5. Jumlah urine membaik	Intervensi Utama Manajemen (I.03115) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah,
1	2	3

didapatkan hasil glukosa darah puasa pasien tinggi yaitu pasien tinggi yaitu 166 mg/dl, pasien mengatakan mulut terasa kering, sering merasa haus, sering minum serta dan jumlah urine meningkat.

jika perlu

4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)
5. Monitor intake dan output cairan
6. Monitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Terapeutik

7. Berikan asupan cairan oral
8. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
9. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

10. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
11. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
12. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
13. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu
14. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)

Kolaborasi

15. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
 16. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
 17. Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu
-

1	2	3
		<u>Intervensi Pendukung</u> Edukasi Diet Observasi 1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi 2. Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 3. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 4. Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan 5. Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan Terapeutik 6. Persiapkan materi, media dan alat peraga 7. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 8. Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 9. Sediakan rencana makan tertulis Edukasi 10. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 11. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 12. Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu 13. Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan 14. Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi 15. Ajarkan cara membaca label dan memilih makanan yang

1	2	3
		sesuai
		16. Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program
		17. Rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet
		Kolaborasi
		18. Rujuk ke ahli gizi dan sertakan keluarga
		<u>Intervensi Inovasi Terpilih</u>
		Relaksasi Benson

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 18-21 April 2025 di Ruang Legong RSD Mangusada. Secara garis besar implementasi yang dilakukan meliputi mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan), memonitor kadar glukosa darah, jika perlu, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), memonitor intake dan output cairan, memonitor keton urin, kadar Analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi, memberikan asupan cairan oral, berkonsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, mengajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urin, jika perlu, mengajarkan pengelolaan diabetes (mis: penggunaan insulin, obat oral, monitor

asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan, berkolaborasi pemberian insulin, berkolaborasi pemberian cairan IV. Adapun intervensi inovatif yang dilakukan yaitu pemberian relaksasi benson yang dilakukan selama 15 menit sebanyak 2 kali sehari pada pagi dan sore hari selama 3 hari berturut-turut. Proses implementasi lebih rinci disajikan dalam lampiran 6.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam pada Tn.R dengan diabetes melitus tipe II. Evaluasi dilakukan pada tanggal 21 April 2025 pukul 14.00 WITA yaitu kestabilan kadar glukosa darah membaik dibuktikan pada data *subjektif* pasien mengatakan lemas atau lesu berkurang, mulut terasa lembab dan sudah tidak kering lagi, rasa haus menurun, frekuensi minum membaik, volume air terakhir yang dihabiskan sebanyak 1900ml perhari. Data *objektif* kadar glukosa darah puasa membaik yaitu 101 mg/dL dan jumlah urine membaik, dengan frekuensi BAK 7x dan volume terakhir BAK 990ml perhari. *Assesment* tanda dan gejala dari ketidakstabilan kadar glukosa darah: hiperglikemia tertangani, resistensi insulin tidak teratasi, ketidakstabilan kadar glukosa darah: hiperglikemia teratasi, *planning* melakukan kolaborasi dengan tim medis untuk pemulangan pasien atau melakukan terapi lanjutan.