

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yang telah dilakukan pada hari Sabtu, 22 Februari 2025 pukul 06.00 WITA didapatkan identitas pasien Tn.K.S berumur 61 tahun, jenis kelamin laki-laki dengan diagnosis medis hiperglikemia, DM tipe 2, Hipertensi, HHD. Tn.K.S diantar oleh keluarga ke IGD RSUD Klungkung pada tanggal 21 Februari 2025 pukul 06.13 WITA dengan kondisi lemas, keluarga mengatakan pasien sulit diajak berkomunikasi sejak pukul 04.00 WITA, pasien mengeluh mual, muntah tidak ada. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat DM dan hipertensi, dan kemarin malam pasien sudah minum obat metformin dan amlodipine. Dikatakan makan dan minum pasien lebih banyak dari biasanya, serta pasien sempat minum es buah. Dilakukan pemeriksaan gula darah di IGD didapatkan hasil GDP: 420 mg/dL. Kemudian, dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil, TD: 160/100 mmHg, N: 80 x/menit, RR: 20 x/menit, dan S: 36,2°C. Dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah pasien berada di atas normal (kategori tinggi), demam tidak ada, sesak napas tidak ada. Pasien di IGD mendapatkan terapi IVFD RL 20 tpm, omeprazole 40 mg IV, metformin 500 mg, ramipril 5 mg, dan amlodipine 5 mg.

Pengkajian dilakukan di Ruang Pikat pada tanggal 22 Februari 2025 pukul 06.00 WITA, didapatkan data pasien: kesadaran pasien compos mentis (E4 V5 M6, GCS: 15), pasien mengeluh terasa lelah atau lesu, lengan kiri dan kaki kanan terasa kesemutan, mulut pasien terasa kering, dan sering merasa haus (pasien mengatakan banyak minum dan sering kencing).

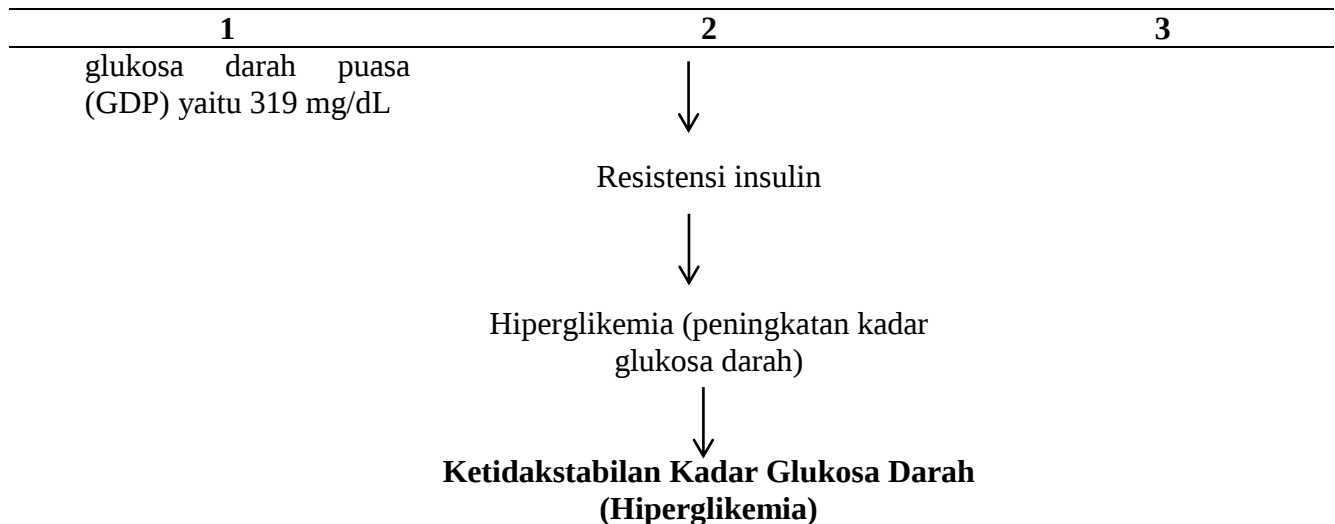
Pengkajian data objektif didapatkan keadaan umum pasien lemah, tampak lemas, tampak mulut pasien kering. Hasil pemeriksaan kadar glukosa darah puasa (GDP) yaitu 319 mg/dL. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital, TD: 140/90 mmHg, N: 68 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,5°C, SPO₂: 96%. Pasien telah mendapatkan terapi IVFD RL 20 tpm, metformin 500 mg 3x1 tab po, glimepiride 2 mg 1x1 tab po, ramipril 5 mg 1x1 tab po, dan amlodipine 5 mg 1x1 tab po.

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan data fokus berupa data subjektif dan data objektif pasien yang digunakan untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Tabel 4
Analisis Data Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah dengan Intervensi Kombinasi Senam Kaki dengan Bola Karet Bergerigi pada Pasien Diabetes Melitus di Ruang Pikat RSUD Klungkung

Gejala dan Tanda 1	Analisis Data 2	Masalah Keperawatan 3
Data subjektif: 1) Pasien mengatakan badannya terasa lelah dan lesu 2) Pasien mengatakan mulutnya terasa kering 3) Pasien mengatakan sering merasa haus 4) Pasien mengatakan sering kencing Data Objektif: 1) Keadaan umum pasien tampak lemah 2) Pasien tampak lemas 3) Tampak mulut pasien kering 4) Hasil pemeriksaan	Gaya hidup yang tidak sehat, pola istirahat yang tidak baik, pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik seperti olahraga ↓ Metabolisme dalam tubuh tidak bekerja dengan baik ↓ Mempengaruhi stabilitas kadar gula dalam darah ↓ Diabetes Melitus ↓ Disfungsi sel β pankreas	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia)



Perumusan diagnosis keperawatan pada Tn.K.S menggunakan komponen masalah (*problem*), penyebab (*etiology*), tanda/gejala (*sign/symptom*). Pada *problem* ditemukan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia), pada *etiology* resistensi insulin, dan *sign and symptom* ditemukan data pasien mengatakan badannya terasa lelah dan lesu, pasien mengatakan mulutnya terasa kering, pasien mengatakan sering merasa haus, pasien mengatakan banyak minum, dan pasien mengatakan sering kencing. Keadaan umum pasien tampak lemah, pasien tampak lemas, tampak mulut pasien kering, hasil pemeriksaan glukosa darah puasa (GDP) yaitu 319 mg/dL.

Diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada Tn.K.S berdasarkan data masalah keperawatan yang diperoleh adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) berhubungan dengan hiperglikemia: resistensi insulin dibuktikan dengan pasien mengatakan badannya terasa lelah dan lesu, merasa kesemutan pada lengan kiri dan kaki kanannya, pasien mengatakan mulutnya terasa kering dan sering merasa haus, pasien mengatakan banyak minum dan sering kencing, pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus dan riwayat keluarga dengan diabetes melitus. Keadaan umum pasien tampak lemah, pasien tampak

lemas, tampak mulut pasien kering, hasil pemeriksaan glukosa darah puasa (GDP) yaitu 319 mg/dL.

C. Perencanaan Keperawatan

Dalam karya ilmiah akhir ners ini dilaksanakan perencanaan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa (hiperglikemia) darah pada pasien diabetes melitus. Tujuan rencana keperawatan sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dengan luaran utama kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan intervensi utama manajemen hiperglikemia (I.03115). Rencana keperawatan untuk Tn.K.S adalah sebagai berikut.

1. Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka **kestabilan kadar glukosa (L.03022)** meningkat dengan kriteria hasil:

- a. Lelah/lesu menurun (5)
- b. Mulut kering menurun (5)
- c. Rasa haus menurun (5)
- d. Kadar glukosa dalam darah membaik (5)
- e. Jumlah urine membaik (5)

2. Rencana keperawatan

Intervensi utama dan intervensi inovasi selengkapnya seperti pada lampiran 10 halaman 87.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 22-25 Februari 2025

di Ruang Pikat RSUD Klungkung. Implementasi keperawatan selengkapnya seperti pada lampiran 10 halaman 87.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada Tn.K.S dengan hiperglikemia, DM tipe 2, Hipertensi, HHD yang dilakukan pada tanggal 25 Februari 2025 pukul 17.00 WITA dengan diagnosis keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia: resistensi insulin) didapatkan beberapa data sebagai berikut.

1. Subjective:

- a. Pasien mengatakan badannya sudah tidak merasa lelah atau lesu
- b. Pasien mengatakan mulut sudah tidak terasa kering
- c. Pasien mengatakan rasa sering haus berkurang
- d. Pasien mengatakan keluhan sering buang air kencing berkurang dan kesemutan berkurang
- e. Pasien mengatakan kesemutan berkurang

2. Objective:

- a. Pasien tampak bugar
- b. Tampak mulut pasien sehat dan lembab
- c. Kadar glukosa dalam darah membaik (GDP=102 mg/dL)
- d. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pasien:

TD: 120/90 mmHg,

N: 78 x/menit,

S: 36,2°C, dan

RR: 22 x/menit.

3. *Assessment:*

- a. Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi

4. *Planning:*

- a. Pertahankan kondisi pasien
- b. Lanjutkan intervensi inovasi (kombinasi senam kaki dengan bola karet bergerigi)
- c. Persiapkan pasien BPL