

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Informasi pengkajian keperawatan dalam karya ilmiah ini diperoleh melalui metode wawancara langsung dengan pasien, keluarga, serta telaah data rekam medis pasien yang mengalami diabetes melitus dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah. Pengkajian dilakukan pada hari ketiga sejak pasien dirawat di Ruang Jepun Rawat Inap RSUD Bali Mandara pada 28 Oktober 2024 pukul 12.40 WITA. Pengumpulan data dilakukan setelah pasien dan keluarganya memberikan persetujuan melalui *informed consent* yang telah disiapkan peneliti sebagai bukti kesediaan partisipasi dalam penelitian ini.

Dari hasil pengkajian, diperoleh identitas pasien berinisial Tn. S, seorang laki-laki berusia 48 tahun, yang berstatus menikah dengan tiga anak. Pasien merupakan warga negara Indonesia, beragama Hindu, berpendidikan terakhir SMA, dan bekerja sebagai karyawan swasta. Dengan diagnosa medis adalah diabetes melitus tipe II dengan hipertensi stadium II.

Pasien datang ke IGD RSUD Bali Mandara pada tanggal 24 Oktober 2024 dengan keluhan utama pusing berat dan nyeri kepala berdenyut yang persisten, terutama di bagian belakang kepala. Selain itu, pasien juga mengalami kelelahan, lesu, serta mual sebelum dibawa ke rumah sakit. Keluhan ini diperburuk dengan gangguan tidur akibat nyeri kepala yang dirasakan. Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak dua tahun yang lalu, namun kondisinya memburuk sejak awal 2024 akibat ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Pasien mengaku sering lalai mengonsumsi obat antihipertensi, terutama ketika merasa lebih baik. Hal ini

menyebabkan tekanan darahnya tidak terkontrol, dengan rata-rata 160/100 mmHg atau lebih tinggi. Selain hipertensi, pasien juga memiliki riwayat diabetes melitus tipe II selama lima tahun, tetapi tidak menjalani pengobatan secara konsisten maupun mengikuti pola diet yang dianjurkan. Pasien juga mengeluhkan sering merasa haus dan mulut terasa kering, yang merupakan gejala klasik hiperglikemia.

Pada saat dilakukan pemeriksaan kadar gula darah di IGD, hasilnya menunjukkan 450 mg/dL, sementara pemeriksaan tekanan darah di IGD adalah 160/100 mmHg, dengan tanda-tanda vital lainnya yaitu nadi 93x/menit, respirasi 18x/menit, dan suhu 38,5°C. Pasien mendapatkan terapi awal berupa NaCl 30 tetes per menit, Novorapid, dan Cefotaxime 1 gr. Pada pengkajian tanggal 31 Oktober 2024 pukul 08:40 WITA, pasien masih mengeluhkan kelelahan, lesu, sering haus, dan mulut kering. Pemeriksaan ulang kadar glukosa darah menunjukkan 265 mg/dL, dengan kesadaran compos mentis (GCS E4 V5 M6).

Pasien memiliki riwayat hipertensi selama dua tahun dan diabetes melitus tipe II selama lima tahun. Pasien tidak pernah mengalami perawatan di rumah sakit sebelumnya dan tidak memiliki riwayat alergi obat. Riwayat keluarga menunjukkan adanya predisposisi terhadap penyakit kardiovaskular dan metabolik, dengan ayah pasien yang meninggal akibat serangan jantung. Namun, dalam keluarga dekat lainnya, tidak ada riwayat diabetes melitus yang diketahui.

Dari segi kebiasaan dan gaya hidup, pasien tidak rutin mengonsumsi obat antihipertensi dan sering melewatkan terapi diabetes. Pasien memiliki kebiasaan merokok selama 15 tahun dengan konsumsi satu bungkus per hari, serta mengonsumsi alkohol secara berkala, terutama dalam acara sosial. Pasien juga tidak

mengikuti diet khusus untuk diabetes dan jarang melakukan aktivitas fisik yang dianjurkan.

Pemeriksaan fisik menunjukkan kadar gula darah pasien sangat tinggi, dengan 500 mg/dL saat masuk IGD, yang kemudian turun menjadi 270 mg/dL setelah terapi awal. Tekanan darah pasien juga fluktuatif, dengan riwayat tekanan darah 160/100 mmHg atau lebih tinggi, namun saat di IGD ditemukan 165/100 mmHg. Tanda-tanda vital lainnya menunjukkan nadi 93x/menit, respirasi 18x/menit, suhu 36,5°C, serta kesadaran *compos mentis* dengan GCS E4 V5 M6.

Pasien mendapatkan terapi farmakologis untuk mengontrol kadar gula darah, yaitu Insulin Novorapid 10 IU (3x sehari), Insulin Ezulin 6 IU (1x sehari), dan Metformin 500 mg. Untuk hipertensinya, pasien diberikan Amlodipine 10 mg, Captopril 25 mg, dan Furosemide 40 mg.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan kondisi umum pasien dalam keadaan lemah dengan kesadaran *compos mentis*. Suhu tubuh 36,5°C, frekuensi napas 20 kali per menit, nadi 112 kali per menit, dan tekanan darah 167/93 mmHg. Inspeksi menunjukkan konjungtiva pasien tampak pucat, sementara sklera tidak ikterik dan pupil isokor dengan penglihatan normal.

Pemeriksaan leher menunjukkan trakea dalam posisi normal tanpa pembesaran kelenjar getah bening. Palpasi tidak menemukan massa abnormal. Inspeksi dan palpasi dada menunjukkan hasil simetris tanpa deformitas, dengan irama napas reguler. Auskultasi dada menunjukkan suara napas *vesikular* normal tanpa tambahan suara patologis seperti *wheezing* atau *crackles*.

Pada abdomen, tidak ditemukan pembesaran organ, dan bising usus terdengar normal. Inspeksi serta palpasi ekstremitas menunjukkan tidak adanya edema atau

deformitas. Kulit tampak hangat dengan warna normal. Membran mukosa lembab dan kapiler *refill time* di bawah tiga detik. Pasien dipasang infus intravena (IVFD NaCl 500 ml dengan laju 20 tpm) di tangan kiri.

Dari pengkajian ini, pasien mengalami hiperglikemia berat yang tidak terkontrol disertai dengan hipertensi kronis yang memburuk akibat ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Faktor risiko kardiovaskular yang diidentifikasi meliputi merokok, konsumsi alkohol, serta riwayat keluarga dengan penyakit jantung. Oleh karena itu, asuhan keperawatan difokuskan pada pengendalian kadar glukosa darah melalui terapi farmakologis dan edukasi kepatuhan terapi, pengelolaan hipertensi dengan kombinasi terapi farmakologis dan modifikasi gaya hidup, manajemen nyeri kepala akibat hipertensi dengan terapi farmakologis serta teknik komplementer seperti akupresur pada titik KI3 (Taixi) dan SP6 (Sanyinjiao), serta edukasi dan perubahan gaya hidup untuk mendukung manajemen diabetes dan hipertensi, termasuk pola makan sehat, aktivitas fisik rutin, serta pengurangan kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol.

B. Diagnosis Keperawatan

Menurut (M. Fahrulrozi, 2021), diagnosis keperawatan merupakan proses yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan atau kebutuhan spesifik pasien berdasarkan evaluasi data yang dikumpulkan selama asesmen. Tujuan dari diagnosis ini adalah untuk menentukan masalah kesehatan yang dapat dikelola atau diatasi melalui intervensi keperawatan.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa subjek penelitian mengalami hiperglikemia, dengan kadar glukosa darah sebesar 265 mg/dL saat dilakukan pemeriksaan. Pasien melaporkan keluhan tubuh terasa lelah dan lesu, serta sering

mengalami rasa haus berlebihan dan mulut kering. Pemeriksaan lebih lanjut mengonfirmasi bahwa kadar glukosa darah pasien tetap tinggi, yakni 265 mg/dL.

Berdasarkan temuan ini, tanda dan gejala yang muncul sesuai dengan tanda dan gejala mayor serta minor dalam Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia (SDKI). Formulasi diagnosis keperawatan dibuat berdasarkan pendekatan tiga bagian, sehingga didapatkan diagnosis:

Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin, dibuktikan dengan keluhan pasien merasa lelah dan lesu, hasil pemeriksaan kadar glukosa darah sebesar 265 mg/dL, serta keluhan sering merasa haus dan mulut kering.

Kondisi klinis yang terkait dalam penegakan diagnosis keperawatan ini adalah diabetes melitus. Diagnosis ini penting untuk menentukan intervensi keperawatan yang tepat guna membantu pasien dalam mengontrol kadar glukosa darah dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah dokumen yang disusun oleh perawat setelah melakukan diagnosis keperawatan. Dokumen ini berfungsi sebagai panduan dalam memberikan asuhan keperawatan yang terstruktur dan terencana kepada pasien, serta bertujuan untuk mengatasi masalah kesehatan yang telah diidentifikasi. Rencana keperawatan dirancang untuk memenuhi kebutuhan individu pasien dan membantu dalam mencapai hasil kesehatan yang optimal. Dengan adanya rencana keperawatan yang sistematis, intervensi keperawatan dapat dilakukan secara efektif dan terarah, sehingga mendukung pemulihan pasien serta meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan (Elnawati, 2019).

Tabel 1
Rencana Keperawatan

Diagnosis 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, 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 akupresur titik ki3 dan sp6. 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

Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

D. Implementasi Keperawatan

Rencana keperawatan yang telah ditetapkan diikuti selama pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang Jepun RSUD Bali Mandara, yang berlangsung pada tanggal 29 hingga 31 Oktober 2024.

Implementasi yang dilakukan pada Tn. S meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital pasien, identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, serta pemantauan kadar glukosa darah secara berkala. Selain itu, dilakukan pemantauan tanda dan gejala hiperglikemia, termasuk pemantauan asupan dan keluaran cairan, serta pemberian cairan oral untuk mencegah dehidrasi. Pasien diberikan edukasi mengenai kepatuhan terhadap diet dan olahraga, serta dianjurkan untuk memantau kadar glukosa darah secara mandiri. Pasien juga diberikan peringatan untuk menghindari aktivitas fisik jika kadar glukosa darah melebihi 250 mg/dL, karena dapat meningkatkan risiko komplikasi. Selain itu, dilakukan edukasi tentang pentingnya pemeriksaan keton urine untuk mendeteksi adanya kondisi ketoasidosis diabetik. Dalam hal pengelolaan diabetes, pasien diajarkan mengenai penggunaan insulin, termasuk pemberian insulin Novorapid sebanyak 10 IU, tiga kali sehari, serta insulin Ezulin sebanyak 6 IU, satu kali sehari. Pasien juga mendapatkan terapi cairan intravena (IV) berupa NaCl 0,9% dengan kecepatan 30 tetes per menit untuk menjaga keseimbangan cairan tubuh. Sebagai bagian dari intervensi inovatif, diberikan terapi akupresur pada titik KI3 (Taixi) dan SP6 (Sanyinjiao). Sebelum terapi dilakukan, pasien diberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat akupresur, serta langkah-langkah penerapannya. Terapi ini bertujuan untuk membantu mengontrol kadar glukosa darah, meningkatkan sirkulasi darah, serta

mengurangi stres dan ketegangan yang dapat mempengaruhi metabolisme tubuh. Pasien juga dijelaskan mengenai durasi terapi dan prosedur yang akan dijalankan, sehingga dapat memahami manfaat dan efektivitas akupresur dalam pengelolaan diabetes dan hipertensi.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan dan hasil dari rencana keperawatan telah tercapai. Evaluasi ini penting untuk menentukan efektivitas intervensi yang telah diberikan, serta melakukan penyesuaian yang diperlukan guna memastikan asuhan keperawatan yang optimal bagi pasien. Hasil evaluasi setelah dilakukan intervensi selama tiga hari perawatan pada Tn. S yang menderita Hipertensi. Evaluasi dijadwalkan pada tanggal 31 Oktober 2024 pada pukul 13.45 WITA, setelah implementasi dilakukan selama 3x24 jam, ditemukan bahwa stabilitas kadar glukosa darah pasien mengalami perbaikan. Data subjektif menunjukkan bahwa pasien melaporkan rasa lelah dan lesu mulai berkurang, tubuh terasa lebih baik dibandingkan sebelumnya, serta keluhan haus dan mulut kering juga mengalami penurunan. Selain itu, pasien juga mengungkapkan bahwa keluhan sakit kepala berdenyut di bagian belakang kepala yang sebelumnya mengganggu, kini mulai berkurang berkat terapi akupresur yang diberikan. Data objektif menunjukkan bahwa kadar glukosa darah pasien menurun menjadi 189 mg/dL. Pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) menunjukkan hasil sebagai berikut: tekanan darah 134/83 mmHg, nadi 82x/menit, frekuensi napas 20x/menit, suhu tubuh 36,1°C, dan saturasi oksigen (SpO2) 99%. Asesmen menunjukkan bahwa ketidakstabilan kadar glukosa darah telah teratasi. Rencana ke depan meliputi pemantauan kadar glukosa darah

pasien secara berkala, observasi terhadap tanda dan gejala hiperglikemia, serta melanjutkan pemberian insulin Novorapid dan Ezulin sesuai dengan dosis yang dianjurkan.