

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian karya ilmiah akhir ners ini dilakukan berdasarkan hasil wawancara, pemeriksaan fisik dan rekam medis pasien yang dijadikan sampel penelitian. Pengkajian dilakukan pada tanggal 19 Maret 2025 pada pukul 07.00 wita di Ruang Rawat Inap Ayodya Lantai 2 Kelas 3 RSUD Sanjiwani Gianyar. Hasil pengkajian memperoleh data berupa identitas pasien yang berinisial Tn.WL berusia 80 tahun berjenis kelamin laki-laki dengan No. CM 10-713xxx. Tn. WL dengan status menikah dengan 3 orang anak laki-laki dan 1 orang anak perempuan. Pasien beragama Hindu dan berkewarganegaraan Indonesia dengan pekerjaan sehari-harinya sebelum sakit adalah bertani. Pasien mengatakan tidak bersekolah dan telah menderita penyakit DM tersebut selama kurang lebih 5 tahun.

Pasien masuk rumah sakit tanggal 19 Maret 2025 pukul 02.00 wita melalui IGD dengan keluhan lemas dan lesu sejak 2 hari yang lalu. Pasien mengatakan terdapat riwayat penyakit terdahulu yaitu pernah MRS selama 1 minggu dengan keluhan yang sama mengenai penyakit diabetes melitusnya pada tahun 2024. Pasien tidak ada riwayat alergi terhadap obat-obatan, makanan ataupun lainnya dan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga atau menular seperti hipertensi, DM, HIV/AIDS, hepatitis dan lain sebagainya. Keluhan yang ditemui pada pasien bahwa pasien merasa lemas dan lesu sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit. Menurut data objektif, pasien tampak compos mentis dengan mukosa bibir kering namun sering haus, hasil gula darah pasien saat dikaji adalah 387 mg/dL dalam keadaan

puasa (pasien tidak ingin makan). Hasil TTV pasien TD: 90/70 mmHg, N : 86 x/menit, S : 36,7°C, RR : 20x/menit, SPO2: 96%.

Pemeriksaan fisik didapatkan kepala berambut ubanan normosefali tanpa kelainan, konjungtiva merah muda, pengelihan sedikit rabun karena usia, pupil isokor, tidak mengalami kebutaan, leher normal tidak tampak pembengkakan kelenjar tiroid, hidung normal tidak ada kelainan, telinga normal tidak ada kelainan, mulut dan gigi lembab tidak tampak kelainan, menggunakan gigi palsu, bentuk dada simetris tidak tampak kelainan, suara napas normal dan irama regular, tidak ada batuk, abdomen normal bising usus normal 12x/menit, ekstermitas akral hangat dan pergerakan aktif dengan kekuatan otot lemah, CRT < 3 detik, tidak tampak edema, kulit normal membran lembab, tidak ada kelainan pada kulit. Indeks bartel pasien dengan skor 9 yaitu ketergantungan sedang.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pasien adalah pemeriksaan EKG, pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan antropometri, CT scan kepala + kontras dan rontgen thoraks didapatkan hasil normal namun pada hasil gula darah puasa ditemukan kadar gula dalam darah tinggi : 387 mg/dL dalam keadaan puasa (pasien tidak ingin makan). Saat ini pasien mendapatkan terapi IVFD NaCl 0,9% : Futrolit = 1 : 1 = 20 tpm pada tangan kanan, napas spontan dengan terapi farmakologi yang diberikan yaitu sefiksime 2 x 100 mg (IO), gabapentin 1 x 300 mg (IO), mecobalamin 1 x 1 amp (IV), silostazol 1 x 100 mg (IO), parasetamol 2 x 750 mg (IO), Glutisine 3 x 6 unit (IV) dan glargine 1 x 14 unit (IV).

B. Diagnosis Keperawatan

Adapun analisis masalah dari pengkajian keperawatan asuhan keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia) pada pasien diabetes melitus tipe II di RSUD Sanjiwani Gianyar sebagai berikut :

Tabel 2
Analisis Masalah Asuhan Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II di RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data Subjektif : - Pasien mengeluh lemas dan lesu	Riwayat pola hidup yang tidak sehat	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) (D.0027)
Data Objektif : - Pasien tampak mulut kering - Pasien tampak sering haus - Pasien tampak kadar gula darah tinggi : 387 mg/dL	↓ Retensi insulin	
	↓ Ketidakcukupan insulin didalam tubuh	
	↓ Diabetes melitus	
	↓ Mengeluh lemas dan lesu, mulut kering, sering haus, kadar gula darah tinggi	
	↓ Hiperglikemia	
	↓ Ketidakstabilan kadar glukosa darah (hiperglikemia)	

Berdasarkan pada data dari pengkajian dan analisis masalah, didapatkan perumusan diagnosis keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) (hiperglikemia) berhubungan dengan retensi insulin dibuktikan dengan mengeluh lemas/lesu, mulut kering, haus meningkat dan kadar glukosa dalam darah tinggi yaitu 387 mg/dL.

C. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada kasus ini adalah dengan memberikan intervensi sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu manajemen hiperglikemia (I.03115) dan didukung oleh intervensi nonfarmakologi berupa terapi inovasi yakni *progressive muscle relaxation therapy*. Intervensi keperawatan dilakukan selama 3 kali pertemuan dalam 24 jam dengan tujuan dan kriteria hasil diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat yang dijelaskan dalam tabel berikut.

Tabel 3
Rencana Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
(Hiperglikemia) pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II
di RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2025

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3
Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) (hiperglikemia) berhubungan dengan retensi insulin dibuktikan dengan mengeluh lemas/lesu, mulut kering, haus meningkat dan kadar glukosa dalam darah tinggi yaitu 387 mg/dL.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kadar glukosa dalam darah membaik 2. Mukosa bibir membaik 3. Lemah/lesu menurun 4. 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, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis.poliuria,

1	2	3
		polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)
		5. Monitor intake dan output cairan
		6. Monitor 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. Berikan terapi nonfarmakologis berupa <i>progressive muscle relaxation therapy</i>
		Edukasi
		10. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl
		11. Anjurkan monitor kadar gula darah secara mandiri
		12. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana perawatan yang telah dibuat dan ditetapkan sebelumnya. Implementasi pada Tn. WL dilakukan selama 3 x 24 jam pada tanggal 19-22 Maret 2025 di Ruang Rawat Inap Ayodya Lantai II Kelas III RSUD Sanjiwani Gianyar. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen hiperglikemia dengan implementasi inovasi yaitu pemberian *progressive muscle relaxation therapy* selama 25-30 menit sehari. Implementasi yang dilaksanakan dapat dilihat pada lampiran.

Inovasi yang diberikan sesuai dengan *evidence base practice* pada kasus kelolaan adalah pemberian *progressive muscle relaxation therapy*. Pemberian *progressive muscle relaxation therapy* dilakukan 1 kali sehari selama 25-30 menit dalam 3 hari. Pelaksanaan intervensi inovasi sudah sesuai dengan Standar Operasional Prosedur Terapi *progressive muscle relaxation therapy* (terlampir). Saat pelaksanaan pasien tampak kooperatif dan mampu mengikuti penelitian dengan baik dan bersemangat. Implementasi terlengkap terlampir.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang diperoleh setelah pemberian asuhan keperawatan 3x24 jam pada Tn. WL dengan berkolaborasi dengan pemberian terapi inovasi *progressive muscle relaxation therapy* diperoleh hasil pasien mengatakan lelah/lesu dirasakan berkurang dan mukosa bibir lembab serta jarang haus, hasil kadar gula dalam darah menurun : 119 mg/dL. Hasil tanda-tanda vital pasien : TD : 120/80 mmHg, N : 89 x/menit, S: 36,7°C, RR: 22x/menit. *Assesment* masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi tujuan tercapai, *planning* pertahankan kondisi pasien.