

BAB III

GAMBARAN KASUS

A. Pengkajian

Pada hari selasa 09 Juli 2024, pukul 09.00 WIB, mahasiswa ners mengunjungi rumah seorang pasien lansia di Puskesmas Kuin Raya dan minta ijin untuk melakukan pengkajian yang akan dilaksanakan pada tanggal 11 nanti jam 4 sore. Adapun identitas pasien yakni: Ny. I. usia 68 Tahun, pasien berjenis kelamin perempuan, beragama Islam, Suku Banjar, pendidikan terakhir SD, pekerjaan IRT, status pernikahan menikah. Pasien mengeluh bahwa badan agak lemas, gula darah naik turun dan lutut terasa nyeri, hasilnya TTVnya: Tekanan Darah: 158/90 mmHg. Nadi: 82x/m. Respirasi: 20x/m Suhu: 36 C BB: 55 kg. TB: 140 cm. GDS: 214mg/dl. Karakteristik nyeri pasien yaitu: P: Ketika berativitas berjalan; Q: seperti tertususk-tusuk; R: di kedua lutut; S: skala nyeri 4 dari 10; T: hilang timbul saat berjalan.

Sesuai kontrak waktu dengan pasien, pada hari kamis tanggal 11 Juli 2024 pada pukul 16:00 Wita Ners Sr dilakukan pengkajian pada pasien Ny.I. Hasil TTV-nya: Tekanan Darah: 147/89 mmHG. Nadi: 83x/m Respirasi: 21x/m Suhu: 36,3 C. Kata pasien kemarin hari Rabu tidak diperiksa untuk GDS-nya, sedangkan untuk hari ini hasil GDS-nya siang tadi ketika di periksa hasilnya : 269 mg/dl. Pasien memiliki riwayat penyakit dahulu yaitu: Hipertensi, gula darah dan kolesterol sejak kurang lebih 4 tahun. Pasien tergolong rutin untuk memeriksa kesehatannya, dan apabila hipertensi, gula darah dan kolesterol tinggi maka pasien akan patuh untuk minum obat hipertens: Amlodipine 10 mg, obat: gula darah: Metformin 500 mg/ suntik insulin, obat kolesterol: Simvastatin 20 mg. pasien cukup rutin diet dan patuh mengikuti setiap anjuran yang diberikan oleh tenaga medis. Pasien memiliki riwayat dirawat di Rumah Sakit Islam 1x dan di Rumah Sakit Ansari Saleh 2x dengan alasan dirawat karena untuk tambah darah.

Pasien merupakan anak keempat dari enam bersaudara, dan memiliki 5 orang anak, pasien tinggal serumah dengan suami, seorang anak laki-laki dan menantu beserta cucu-cucunya. Riwayat penyakit didalam keluarga, pasien mengatakan bahwa semua keluarga tidak memiliki riwayat penyakit seperti saya, ketika dulu masih muda saya tidak pernah sakit seperti ini, hanya sekarang diusia tua ini baru mengalami sakit.

Dalam melakukan pengkajian dan pemeriksaan Fisik pasien ditemukan Keadaan umum baik, Kesadaran: composmentis, Tanda-tanda vital, Tekanan Darah: 158/90 mmHG Grade I, Nadi: 82x/m, Respirasi: 20x/m, Suhu: 36 C, BB: 55 kg. TB: 140 cm.

Kepala: bentuk kepala bulat, wajah tampak simetris, rambut tampak beruban, tidak ada luka di kepala. Mata: Isokor, reflek pupil simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, koordinasi gerak mata simetris, pasien kadang menggunakan kaca mata sebagai alat bantu penglihatan. Hidung: simetris, bersih tidak ada polip, hidung tidak ada pernapasan cuping hidung. Telinga: simetris, bersih tidak ada tanda peradangan pada telinga, pendengaran masih jelas, tidak ada nyeri tekan. Mulut dan bibir: bibir tidak sianosis, mukosa mulut lembab, gigi sudah ada yang ompong, tidak menggunakan gigi palsu, adanya carien pada gigi, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada nyeri tekan. Leher: simetris, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran KGB, adanya pembesaran vena jugularis. Dada: bentuk dada normal, pengembangan simetris, tidak ada retraksi dinding dada. Abdomen: datar, tidak ada lesi, bising usus normal, tidak teraba pembesaran hati dan limpa, terdengar suara timpani saat di perkusi. untuk Genitalia: tidak terkaji. Ekstremitas: simetris, tidak ada deformitas, tidak ada fraktur, tidak ada sianosis, akral hangat, Nyeri pada gerakan sendi bagian ekstremitas bawah dan ada kelemahan otot, untuk Pengukuran kekuatan otot menurun pada ekstremitas bawah dextra 3. Sinistra 3. Hasil pengkajian resiko jatuh (MFS) dengan skor 50 yaitu dengan resiko rendah jatuh.

Dalam melakukan pengkajian status Fungsional pada pasien Ny. I ditemukan bahwa pasien mandiri dalam hal makan, kontinen (defekasi/ berkemih), berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi. Berdasarkan data, maka Ny. I memperoleh skor A. Maka lansia tersebut mempunyai Kemandirian dalam aktivitas sehari-hari dan masih mampu melakukan daily activity fungsional, dengan bantuan tongkat untuk berjalan.

Pada pengkajian psikososial pada pasien Ny. I dengan Melihat dari hasil skor pasien adalah 3 dimana untuk psikososialnya masih normal. Untuk pengkajian *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) dengan tujuan untuk penilaian defisit otak organik pada pasien berdasarkan jumlah hasil SPMSQ pasien Ny. I masih memiliki fungsi intelektual yang utuh. Untuk pengkajian pemeriksaan MMSE untuk mengevaluasi kemampuan berpikir, komunikasi, pemahaman dan daya ingat pada pasien Ny.I dengan melihat dari hasil skor pasien berjumlah 30 dimana untuk MMSE masih normal. Dalam melakukan pengkajian status Fungsional dengan menggunakan Indeks Kemandirian KATS untuk aktivitas kehidupan sehari-hari berdasarkan evaluasi pada pasien Ny. I. ditemukan bahwa pasien mandiri dalam hal makan, kontinen (defekasi/ berkemih), berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi. Berdasarkan data, maka Ny. I memperoleh skor A. Maka lansia tersebut mempunyai Kemandirian dalam aktivitas sehari-hari dan masih mampu melakukan daily activity fungsional, dengan bantuan tongkat untuk berjalan.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan oleh ners Sr pada tanggal 09 Juli 2024, maka dilakukan analisa data pengkajian dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS: - pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus sejak	Diabetes Mellitus /Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027)

No	Data	Etiologi	Problem
	<p>tahun 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan cepat merasa lelah dan terkadang badan terasa lemas - pasien mengatakan sering merasa haus - pasien mengatakan sering buang air kecil <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDS Kunjungan: 214 mg/dl - GDS Pengkajian: 269 mg/dl - TTV: Tekanan Darah: 158/90 mmHg <ul style="list-style-type: none"> • IMT:28 (kategori obesitas) 		
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri pada kedua lutut. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis saat berdiri dan berjalan - Karakteristik nyeri pasien yaitu: <ul style="list-style-type: none"> P: Ketika beraktivitas berjalan Q: seperti tertusuk-tusuk R: di kedua lutut S: skala nyeri 4 dari 10 (masuk kategori sedang) T: hilang timbul saat berjalan. - TTV: - Tekanan Darah: 158/90mmHg - Nadi: 82 - Respirasi: 20x/m - Suhu: 36 C 	<p>Nyeri Sendi karena proses menua (degenerative)</p>	<p>Nyeri Kronis (D.0077)</p>
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengungkapkan keinginan untuk mengikuti terapi yang dianjurkan 	<p>Patuh program pengobatan</p>	<p>Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan</p>

No	Data	Etiologi	Problem
	<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan siap untuk membantu dan mengelola masalah kesehatan yang diderita Ny. I serta pencegahannya. - Pasien mengatakan sudah Patuh program pengobatan DO: <ul style="list-style-type: none"> - Tampak pasien punya keinginan yang kuat untuk mengikuti terapi yang dianjurkan - keluarga tampak antusias untuk mau membantu pasien Ny. I untuk memenuhi tujuan program kesehatan dengan terapi yang dianjurkan 		(D.0112)
4	Faktor Resiko <ol style="list-style-type: none"> 1. Degeneratif (proses menua) 2. Skor MFS adalah 50 (Resiko jatuh sedang) 	Proses penuaan dan kelemahan ekstremitas bawah	Resiko jatuh (D.0143)

B. Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan pasien mengeluh gula darah naik turun, badan terasa lemas, sering merasa haus dan sering buang air kecil. (D.0027)
2. Nyeri Kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis di tandai dengan mengeluh nyeri di kedua lutut (D.0078)
3. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan ditandai dengan Pasien mengungkapkan keinginan untuk mengikuti terapi yang dianjurkan serta keluarga mengatakan siap untuk membantu dan mengelola masalah kesehatan yang diderita Ny. I serta pencegahannya. (D.0112)
4. Resiko jatuh dibuktikan dengan faktor resiko proses penuaan, penggunaan alat bantu dan kekuatan otot menurun (D.0143)

C. Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa keperawatan utama Ketidakstabilan kadar glukosa darah yang dialami oleh Ny. I. bertujuan untuk meningkatkan kestabilan kadar glukosa darah (L.03022) dalam waktu 2 kali pertemuan 30-45 menit. Kriteria hasil yang diharapkan dari pelaksanaan intervensi keperawatan berdasarkan SLKI yaitu keluhan lelah/lesu menurun dan kadar glukosa dalam darah berada dalam rentang normal atau stabil. Rencana tindakan keperawatan yang di lakukan untuk mengatasi ketidakstabilan kadar glukosa darah berdasarkan SIKI adalah Manajemen Hiperglikemia (I.03115). Tindakan dalam manajemen hiperglikemia yakni, observasi: identifikasi penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar gula darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, monitor intake dan output, monitor tanda-tanda vital; terapeutik: berikan asupan cairan oral (*Hydrotherapy*), konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk; Edukasi: anjurkan menghindari olahraga jika kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL, anjurkan monitor kadar gula darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan diet dan olahraga, ajarkan pengelolaan Diabetes (bantuan professional kesehatan); kolaborasi: kolaborasi dengan fasilitas layanan kesehatan terdekat.

Rencana asuhana keperawatan untuk diagnosa keperawatan kedua yaitu Nyeri Kronis yang dialami oleh Ny. I. bertujuan untuk menurunkan tingkat nyeri (L.08066) dalam waktu 2 kali pertemuan. Kriteria hasil yang diharapkan dari pelaksanaan intervensi keperawatan berdasarkan SLKI yaitu: Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun dan frekuensi nadi membaik. Rencana tindakan keperawatan yang di lakukan untuk mengatasi nyeri kronis berdasarkan SIKI adalah Manajemen Nyeri (I.08238).

Rencana asuhana keperawatan untuk diagnosa keperawatan ketiga Resiko jatuh yang dialami oleh Ny. I. bertujuan untuk menurunkan tingkat risiko jatuh (L.14138) dalam 2 kali pertemuan. Kriteria hasil yang diharapkan dari pelaksanaan intervensi keperawatan berdasarkan SLKI yaitu: jatuh dari tempat

tidur menurun (skala 5), jatuh saat berdiri menurun (skala 5), jatuh saat berjalan menurun (skala 5), jatuh saat dipindahkan menurun (skala 5) jatuh saat di kamar mandi menurun (skala 5). rencana tindakan keperawatan yang di lakukan berdasarkan SIKI yaitu Edukasi pencegahan jatuh (I.124407).

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa keperawatan keempat Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan pada Ny. I bertujuan untuk meningkatkan Manajemen kesehatan meningkat (L.12104) dalam waktu 2 kali pertemuan. Kriteria hasil yang diharapkan dari pelaksanaan intervensi keperawatan berdasarkan SLKI yaitu: aktivitas hidup sehari-hari lebih efektif untuk memenuhi tujuan kesehatan. meningkatkan kepatuhan terhadap program pemeliharaan kesehatan dan meningkatkan pengetahuan dan sistem informasi. Rencana tindakan keperawatan yang di lakukan berdasarkan SIKI yaitu Edukasi kesehatan (I.12383).

D. Implementasi Keperawatan

Pada hari Kamis tanggal 11 Juli 2024 untuk mengatasi masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah, mahasiswa ners SR, mengimplementasikan tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Tindakan yang dilakukan meliputi, observasi: mengidentifikasi penyebab hiperglikemia seperti penuaan, makanan, aktivitas; mengidentifikasi situasi dan keadaan yang dapat menyebabkan peningkatan kebutuhan insulin seperti menanyakan kepatuhan pasien dalam melaksanakan / menerapkan prinsip pengelolaan DM (perbaikan pola hidup dan konsumsi obat), monitor kadar gula darah (250 mg/dL), monitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan menanyakan apakah ada merasakan kelemahan, sakit kepala, malaise, polidipsi, poliuria, polifagi), monitor intake dan output dengan menanyakan berapa banyak pasien minum air putih dan adakah meminum minuman jenis lain, monitor tanda-tanda vital yaitu tekanan darah, frekuensi nadi dan frekuensi pernapasan dan suhu tubuh. Terapeutik: melakukan kontrak waktu dengan pasien untuk memberikan asupan cairan oral yaitu *Hydrotherapy*;

Edukasi: menganjurkan pasien untuk mendatangi fasilitas layanan kesehatan dan konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, menganjurkan menghindari olahraga dan aktivitas berat karena kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL (250 mg/dL), menganjurkan monitor kadar gula darah secara mandiri terlebih bila ada tanda dan gejala hiperglikemi, anjurkan kepatuhan diet dengan membatasi asupan karbohidrat tinggi, mengurangi makanan tinggi lemak, mengurangi konsumsi gula, dan mengonsumsi makanan tinggi serat kemudian melakukan olahraga ringan dengan toleransi kekuatan otot, anjurkan tetap patuh program pengelolaan Diabetes dengan mengingatkan kembali patuh minum obat dan pola hidup; Kolaborasi: berkolaborasi dengan fasilitas layanan kesehatan terdekat.

Pada hari Sabtu, tanggal 13 Juli 2024 pukul 17.00 WITA, implementasi keperawatan pada Ny. I. dengan melakukan terapeutik pada pasien yaitu: terapi minum air putih (*Hydroteraphy*). Pertama, Ners Sr mengingatkan topik pertemuan kepada pasien dan keluarga, kemudian melakukan *inform consent* bahwa pasien setuju dengan aktivitas yang akan dilaksanakan nanti. Setelah itu Ners Sr menjelaskan materi dan prosedur terapi dengan menggunakan media *leaflete* dan botol minum ukuran 2000 ml. Metodenya dengan konsumsi air putih secara teratur sebanyak 2000 ml per 24 jam. Strateginya pasien dianjurkan untuk minum air semampunya dengan cara bertahap (tidak harus 1 kali minum 1 gelas habis) dengan target menghabiskan air pada botol yang telah disediakan. Pasien dan keluarga sepakat dan setuju untuk mengikuti program monitoring terapi dalam waktu 3 kali 24 jam. Ners Sr menjelaskan terapi akan dimulai saat pasien bangun pagi hari, kemudian mengecek gula darahnya terlebih dahulu, baru setelah itu terapi minum air putih dimulai, begitu seterusnya hingga hari ke-3. Cara penerapan terapi air putih yang di contohkan misalnya dari bangun pagi 1 gelas, sebelum sarapan pagi 1 gelas, aktivitas 1 gelas, menjelang siang 1 gelas, sebelum makan siang 1 gelas, menjelang sore 1 gelas, sebelum makan malam 1 gelas dan sebelum tidur 1 gelas. Dianjurkan juga dengan membuat jadwal minum air yang

teratur setiap hari, menggunakan pengingat atau aplikasi di ponsel untuk membantu mengingatkan waktu minum air.

Mengakhiri kegiatan pasien dan keluarga dianjurkan untuk tidak mengonsumsi makanan dan minuman yang dapat meningkatkan kadar gula darah dengan cepat. Diakhir sebelum terminasi pasien diminta untuk menanda tangani komitmen pelaksanaan terapi. Ners Sr juga menganjurkan kepada pasien dan keluarga untuk membawa air minum dalam botol yang mudah dibawa agar selalu tersedia air putih di mana pun pasien berada.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan pada pasien Ny.I yang dilakukan pada hari Selasa tanggal 16 Juli 2024 setelah dilakukan implementasi keperawatan Pada hari Sabtu, tanggal 13 Juli 2024 pukul 17.00-18.00 WITA untuk diagnosa keperawatan utama ketidakstabilan kadar glukosa darah didapatkan hasil bahwa pasien mengungkapkan merasa badan lebih enak dan segar, untuk kadar glukosa darah terakhir kali cek sebelum melakukan hidroterapi yaitu 266 mg/dl, kemudian setelah melakukan rutin hidroterapi di hari pertama, turun menjadi 251 dan dilanjutkan hidroterapi di hari kedua dan ketiga ketika dicek kadar glukosa darah hari ke tiga menjadi 233 mg/dL. Untuk TTV-nya: TD: 147/90 mmHg. Nadi: 84x/m. Respirasi: 20x/m. Suhu: 36 C. Pasien juga mengatakan bahwa akan berusaha untuk rutin melakukan hidroterapi, walaupun awal-awal masih mual, karena belum terbiasa, namun demi kesehatan pasien mengatakan berkomitmen untuk berjuang dan berusaha melakukan hidroterapi setiap hari.

Hasil evaluasi keperawatan untuk diagnosa kedua nyeri kronis didapatkan hasil bahwa: pasien mengungkapkan lebih ringan melangkah walaupun masih nyeri di kedua lutut, tapi lebih nyaman dari hari-hari kemarin.