# BAB III

# GAMBARAN KASUS

* + - * 1. **PENGKAJIAN KEPERAWATAN**

Pengkajian pasien atas nama Tn. K dengan jenis kelamin laki-laki berusia 65 tahun, suku dayak, dengan alamat rumah di Jalan revolusi RT 3 kelurahan Jingah, Muara Teweh. Pendidikan terakhir pasien adalah Sarjana Pendidikan (S.Pd), Pekerjaan pasien adalah pensiunan PNS (Kepala Sekolah),dan agama pasien adalah Hindu Kaharingan. Pasien mempunyai Istri bernama Ny. M dan mempunyai Lima orang anak, tiga diantaranya perempuan dan dua laki-laki. Dua anak teRTua Tn. K yang perempuan sudah menikah dan tinggal bersama suaminya, anak perempuan ketiga dan anak laki-laki keempat kuliah di Banjarmasin dan anak bungsu laki-laki yang masih kelas 3 SMP yang masih tinggal bersama pasien dan istri.

Pada hari senin, 8 juli 2024 pukul 09.30 WIB dilakukan pengkajian oleh mahasiswa ners Y, didapatkan data sebagai berikut : Kesadaran *Compos Mentis*, GCS : E4, V5, M 6, Pasien tampak lemah berbaring, tetapi ketika perawat meminta Pasien untuk duduk, Pasien bisa duduk dengan baik. Pasien mengatakan pusing, lemas dan mual. Keadaan umum tampak lemah dan pasien tampak banyak berkeringat. Perawat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil *Blood Pressure* 120/80 mmHg, *pulse* 90 x/m, respirasi 24 x/m dan suhu 36,5 °C. Perawat memeriksa kadar gula darah sewaktu Pasien Gula Darah Sewaktu (GDS) awal 325 mg/dl.

Pasien mengatakan pemeriksaan kadar gula setiap bulan naik dan turun tidak tentu dari batas normal, Pasien rutin memeriksakan diri ke Posbindu PTM tetapi beliau sewaktu waktu masih mengkonsumsi gula walau tahu kadar gulanya mungkin akan naik. Pasien mengatakan ada rasa bosan meminum obat, walaupun sadar bahwa ia seharusnya rutin setiap hari meminum obat tersebut

Pasien mengatakan sudah terdiagnosis diabetes mellitus sejak tahun 2016, tidak di ketahui penyebabnya, karena beliau sering lapar, haus dan banyak kencing jadi beliau memutuskan untuk memeriksakan diri. Pasien tidak pernah mendapat imunisasi covid dan imunisasi lainnya sejak kurang lebih 20 tahun yang lalu. Pasien tidak memiliki riwayat alergi dan tidak pernah mengalami kecelakaan. Pasien pernah dirawat saat gula darah Pasien naik hingga 500 mg/dl, Pasien lemas dan mengalami sesak nafas tahun 2018. Sejak tahun 2018 setelah pulang dari RS karena rawat inap, Pasien mulai rutin memeriksa gula darah ke RS Muara Teweh. Pada tahun 2022 Pasien mulai rutin mengikuti posbindu PTM di kelurahan Jingah, tetapi kadar gula Pasien masih turun naik.

Pasien tinggal serumah dengan istri, anak bungsunya (laki-laki) yang masih sekolah SMP dan keponakan beliau (Perempuan) yang masih sekolah SMA. Masalah yang mempengaruhi Pasien adalah penyakit diabetes mellitus yang diderita Pasien, mekanisme koping terhadap stress yaitu dengan mengikuti kegiatan Posbindu PTM di lingkungan rumah Pasien. Hal yang sangat dipikirkan Pasien saat ini adalah bagaimana bisa hidup normal dengan kadar gula terkontrol. Perubahan yang dirasakan setelah mengikuti Posbindu yaitu mengetahui kadar gula darah perbulan. Pasien beragama Hindu Kaharingan dan rutin berdoa di balai basarah sebanyak sekali seminggu. Pasien Percaya adanya kematian.

Pasien makan 2-3 kali sehari, nafsu makan baik malah cenderung sering lapar, jenis makanan yang dimakan beragam seperti nasi, sayur dan lauk, tidak ada alergi makanan dan tidak ada makanan yang tidak disukai. Tinggi badan Pasien 165 cm dengan berat badan 54 kg, IMT 19,83. Pada kondisi gula darah normal, Pasien berkemih 8-10 kali sehari (1700 ml) dengan urine berwarna kuning terang. Jika gula darah sedang naik, Pasien bisa kencing 10-15 kali sehari ( 2000 ml). Pasien BAB 1 kali sehari, waktunya tidak tentu kadang pagi atau sore, konsistensi lembek warna kuning normal dan bau khas normal. Pasien Mandi 2 kali sehari, pagi dan sore menggunakan sabun batang. Pasien menyikat gigi 2 kai sehari menggunakan pasta gigi. Pasien keramas sekali seminggu menggunakan sampo. Pasien.

Pasien tidur sehari sekitar 6-8 jam dan jarang tidur siang. Pasien tidak pernah beolahraga rutin hanya kativitas ringan seperti berjalan dan melakukan pekerjaan di rumah seperti besih-bersih lingkungan. Pasien adalah pensiunan kepala sekolah, jadi aktif dalam organisasi RT 3 sebagai bendahara. Pasien masih merokok tapi berjanji untuk mengurangi, sekarang merokok hanya setelah makan saja dan satu bungkus rokok cukup untuk satu minggu. Pasien kadang-kadang masih ikut minum tuak walau sedikit saat ada cara keagamaan atau wara dan hanya satu gelas kecil.

Keadaan umum Pasien Normal dan sadar penuh, Tanda-tanda vital dalam batas normal yaitu BP: 130/90 mmhg, R: 20x/m, N: 80 x/m. Kepala berbentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, kebersihan kulit sedang, massa abnormal tidak ada. Posisi mata sirnetris kiri dan kanan, kelopak mata tidak terdapat edema ataupun lesi, pergerakan bola mata sesuai, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, konea jernih, pupil isokor, penglihatan pasien menurun/kabur. Hidung berbentuk normal, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran menurun. Keadaan mukosa bibir kering, Keadaan mulut dan gigi bersih, tidak ada penggunaan gigi palsu,. Tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid. Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler. Benjolan/masa tidak ada pada perut, auskultasi dan bising usus normal, tidak ada asites. Keadaan genetalia tidak ada gangguan dan keluhan. Tidak terdapat hernia dan tumor. Kekuatan otot tidak ada kelainan dan kekuatan otot baik.

Hasil pengkajian status fungsional pasien berdasarkan Indeks Kemandirian Katz untuk aktivitas kehidupan sehari-hari bernilai A atau dapat melakukan Mandiri. Hasil pengkajian Psikososial Skala Depresi Geriatri bentuk singkat dari Yesavage (1983) skor 7 artinya Normal atau tidak menunjukkan depresi. Nilai apgar keluarga menunjukkan disfungsi keluarga sedang dengan skor 5. Untuk pengkajian fungsi kognitif menggunakan SPMSQ hasil skor kesalahan 1, menunjukkan fungsi inteketual pasien masih utuh. Pada pengkajian MMSE, pasien mendapatkan skor 25 yang menunjukkan tidak ada kerusakan kognitif. Untuk penilaian resiko jatuh berdasarkan MFS pasien termasuk kategori risiko rendah dengan skor 45.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, maka dilakukan analisa data sebagai berikut:

# Tabel 3.1 Analisa Data

| **No** | **DATA** | **Pathway** | **MASALAH** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Data Subjektif:* Pasien mengatakan pusing, lemas dan mual

Data Objektif:* Keadaan umum tampak lemah
* Pasien tampak banyak berkeringat.
* Riwayat DM sejak tahun 2016
* Pasien sering lapar, haus dan banyak kencing jika kadar gula sedang meningkat.
* Pemeriksaan GDS: 325 mg/Dl
* kesadaran: Compos Mentis (GCS: E4V5M6).
* TTV: TD=120/80 mmHg, N=90 kpm, RR=24 kpm, dan suhu 36C.
 | Resistensi insulinPenurunan reaksi intraselPengambilan glukosa oleh jaringan tidak efektifGula darah naikKetidakstabilan kadar glukosa darah | Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) |
| 2 | Data Subjektif:* Pasien mengungkapkan ingin hidup normal dengan gula terkontrol agar tidak merepotkan keluarga.
* Pasien rutin control memeriksakan diri ke Posbindu PTM
* Pasien mengatakan sehari-hari tidak berolahraga terjadwal, hanya aktivitas fisik ringan bersih-bersih rumah.
* Pasien mengatakan masih merokok, namun sudah berusaha untuk mengurangi jumlah konsumsi rokok
* Pasien mengatakan masih mengonsumsi gula
* Pasien merasa bosan minum obat
 |  | Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112) |

* + - * 1. **DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

Dari pengkajian diatas, didapatkan masalah keperawatan utama adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Resistensi Insulin. Resistensi insulin menyebabkan penurunan reaksi intra sel sehingga pengambilan glukosa oleh jaringan tidak efektif dan gula darah menjadi naik. Hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan pusing, lemas dan mual, keadaan umum tampak lemah dan pasien tampak banyak berkeringat, riwayat DM sejak tahun 2016, pasien sering lapar, haus dan banyak kencing jika kadar gula sedang meningkat, pemeriksaan gds: 325 mg/dl, kesadaran: *compos mentis* (GCS: E4V5M6) dan TTV: TD=120/80 mmHg, N=90 kpm, RR=24 kpm, dan suhu 36C.

Masalah keperawatan kedua adalah kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan yang dibuktikan dengan pasien mengungkapkan ingin hidup normal dengan gula terkontrol agar tidak merepotkan keluarga. Pasien rutin control memeriksakan diri ke Posbindu PTM. Pasien mengatakan sehari-hari tidak berolahraga terjadwal, hanya aktivitas fisik ringan bersih-bersih rumah. Pasien mengatakan masih merokok, namun sudah berusaha untuk mengurangi jumlah konsumsi rokok. Pasien mengatakan masih mengonsumsi gula dan pasien merasa bosan minum obat.

* + - * 1. **INTERVENSI KEPERAWATAN**

Rencana keperawatan untuk diagnosis keperawatan utama yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027, SDKI) yang dialami Tn K bertujuan agar kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.03022, SLKI) setelah dilakukan perawatan 1x24 jam dengan kriteria hasil rasa lelah / lesu menurun , rasa lapar dan haus menurun , dan kadar glukosa dalam darah membaik dan dalam batas normal. Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI yaitu manajemen hiperglikemia (1.03115) , yaitu identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah secara berkala, konsultasi dengan sejawat jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, anjurkan kepatuhan diet dan olahraga/ aktivitas fisik, anjurkan kepatuhan diet dan olahraga/ aktivitas fisik, anjurkan penggunaan terapi Herbal (meminum rebusan daun salam) dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat-obatan antidiabetik.

Rencana keperawatan untuk diagnosis keperawatan kedua yaitu kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112, SDKI pada Tn. K bertujuan agar manajemen kesehatan meningkat (L.12104, SLKI) setelah dilakukan perawatan 1x24 jam dengan kriteria hasil melakukan tindakan untuk mengurangi faktor resiko meningkat, menerapkan program perawatan meningkat, aktivitas hidup sehari-hari efektif memenuhi tujuan kesehatan, dan verbalisasi kesulitan dalam menjalani program perawatan / pengobatan menurun. Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI yaitu promosi perilaku upaya kesehatan ( I. 12472), yaitu monitor kadar glukosa darah dan monitor tanda dan gejala hiperglikemia, libatkan keluarga dalam mendukung dan memotivasi pasien patuh minum obat, anjurkan pasien untuk mempertahankan rutin kunjungan ke fasyankes, anjurkan makan buah dan sayur setiap hari ( diet makanan rendah kalori dan gula), anjurkan melakukan aktivitas fisik setiap hari atau olahraga terpola (senam diabetic atau jalan cepat) kurang lebih 3-6 sesi per minggu selama 30 – 60 menit, anjurkan mengurangi merokok dan tidak merokok dalam rumah.

* + - * 1. **IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Implementasi keperawatan pada Tn. K dilakukan pada hari selasa tanggal 09 Juli 2024 pukul 10.00 untuk mengatasi diagnosis keperawatan utama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Mahasiswa ners mengingatkan kembali kontrak waktu untuk pelaksanaan penyuluhan kesehatan tentang terapi Herbal / Herbal yang dapat dilakukan Pasien sebagai opsi mengontrol kadar gula darah agar dalam batas normal yaitu dengan air rebusan daun salam. Pasien setuju untuk meluangkan waktu 15 menit mendengarkan penyuluhan. Mahasiswa ners kemudian melakukan penyuluhan selama 15 menit dan pasien menyimak dengan baik. Pasien mengatakan belum pernah mendengar terapi rebusan daun salam dan berjanji akan mencoba mulai hari ini. Penyuluhan ditutup dengan kontrak waktu untuk besok hari tanggal 10 juli 2024 dengan tujuan melihat perkembangan gula darah pasien setelah mengkonsumsi rebusan daun salam.

Resep terapi rebusan daun salam yang disampaikan kepada pasien yakni, menyiapkan 8 lembar daun salam dan air minum 2 gelas (± 400 ml). kemudian direbus ± 5-10 menit hingga air rebusan tersisa 1 gelas, setelah dingin, diminum 2 kali sehari sebanyak 1 gelas per minum. Sebelum meminum ramuan tadi, terlebih dahulu meminta pasien untuk memeriksa kadar gula darah pasien, pada hari ini GDS 325 mg/dL. Setelah itu disampaikan kepada pasien untuk tetap mengimbangi dengan minum air putih serta tidak meminum ramuan terapi air rebusan daun salam tersebut bersamaan dengan obat minum diabetes.

* + - * 1. **EVALUASI KEPERAWATAN**

Pada hari rabu, 10 juli 2024 pukul 09.30 WIB dilakukan kunjungan rumah hari ketiga oleh mahasiswa ners Y untuk melakukan evaluasi hasil terapi yang diberikan. Pasien mengatakan sudah meminum rebusan daun salam sesuai anjuran mahasiswa ners sebanyak 3 kali yaitu, siang dan malam hari kemarin serta pagi hari ini. Pasien mengatakan hanya sekali BAK malam tadi dan badan terasa segar. Mahasiswa ners melakukan pemeriksaan gula darah sewaktu pasien dengan alat pemeriksaan gula darah menggunakan stik dan didapatkan hasil GDS pasien 300 mg/dl. Kadar gula turun 25 mg/ dl dari hari pertama pasien diperiksa.