

## BAB 2

### TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan sejak tanggal

#### 2.1 Pengkajian kasus

Klien Tn. S berusia 70 tahun tinggal di UPT PMKS Pesanggrahan Majapahit Mojokerto sejak 10 tahun yang lalu, klien dibawa oleh anaknya ke panti werdha karena anaknya sibuk tidak bias mengurus ayahnya. Klien datang ke panti werdha dengan keluhan **badan lemes dan mudah lelah, sering lapar dan haus, sering kencing dan saat kencing terasa panas.** Klien dilakukan pemeriksaan didapatkan diagnose medis diabetes mellitus tipe 2. Pengkajian klien dilakukan pada tanggal 20 Juli 2023 di Asrama 4.

Klien berasal dari suku jawa dan kesehariannya menggunakan bahasa jawa. Orang tua klien sudah meninggal, klien memiliki anak tetapi tidak pernah menjenguk dan tidak mengasih uang Klien menempuh pendidikan hingga tingkat SD. Klien mengatakan sudah memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus sudah lama tetapi tidak separah sekarang. Klien mengatakan ayahnya dulu memiliki riwayat penyakit hipertensi dan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus. Klien tidak memiliki riwayat alergi obat.

Saat pengkajian terlihat klien sedang duduk ditempat tidur dan terdapat ulkus pada kaki sebelah kanan yang ditutup dengan kasa. Klien mengatakan senang tinggal dipanti karena merasa ada yang mengurusnya dan merawat luka pada kakinya. Klien memiliki kebiasaan buruk yaitu tidak patuh terhadap diet yang dianjurkan dari petugas panti, klien sering makan makanan yang berlebih dan sering minum-minuman manis seperti kopi dan the. Klien mengatakan tidak bias berolahraga karena tidak sudah tidak bias bergerak secara bebas seperti dulu, ntuk berjalanpun klien harus menggunakan kursi roda dan dibantu petugas panti.

Saat dilakukan pengkajian fisik didapatkan pada status fisiologis didapatkan hasil yaitu: keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmetis, GCS 456. Berdasarkan hasil pemeriksaan ttv didapatkan bahwa klien tampak lemah, TD: 130/90 mmhg, N: 80x/mnt S: 36.8 RR: 20x/mnt, TB: 165CM, BB: 60kg, IMT: 22.03 kg/m<sup>2</sup>, **GDA 223mg/dl**. Pada pengkajian Head To Toe didapatkan bagian kepala bersih rambut tampak beruban, lurus, dan kelihatan bersih, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada benjolan. Leher tampak normal, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran vena jugularis. Pada bagian mata konjungtiva normal, sklera tidak ikterik, pengelihan sedikit kabur, tidak memiliki riwayat katarak. Pada bagian hidung bentuk simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal. Pada bagian mulut dan tenggorokan tampak bersih, mukosa bibir kering, tidak ada peradangan, tidak ada keluhan lainnya. Pengkajian pernafasan didapatkan hasil dada: Inspeksi: bentuk dada normal ekspansi simetris, sifat pernapasan dada dan perut, frekuensi pernapasan 20x/menit, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris. Perkusi: suara perkusi sonor batas organ sisi dada kiri dari atas ke bawah ditemukan sonor Auskultasi: suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru normal, bersifat halus. Pengkajian kardiovaskular didapatkan hasil dada: Inspeksi: bentuk dada normal ekspansi simetris, sifat pernapasan dada dan perut, frekuensi pernapasan 20x/menit, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris. Perkusi: suara perkusi sonor batas organ sisi dada kiri dari atas ke bawah ditemukan sonor Auskultasi: suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru normal, bersifat halus. Pada bagian adomen tampak simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak kembung, bising usus 12x/mnt dan tidak ada massa. Pada bagian genetalia tampak bersih, tidak ada hemoroid dan tidak ada hernia. Pada ekstremitas bawah kanan kekuatan otot 3 dan ekstremitas bawah kiri dengan kekuatan otot 4. Ekstremitas atas dengan keseluruhan kekuatan otot 5. Rentang gerak terbatas, klien mengalami tremor, **terdapat ulkus dan edema pada kaki kanan bawah**. Rentang gerak terbatas, klien mengalami tremor, klien menggunakan alat bantu berjalan yaitu kursi roda. Reflek bisept trisept (+), dan

reflek Knee dan achiler (-). Pada bagian integumen klirn tampak bersih dan tidak pucat namun kelembapan kulit klien kering.

Pada pengkajian psikososial didapatkan klien tampak tidak cemas namun terkadang klien mengeluh jika merindukan anak dan cucunya, emosi klien stabil. Pada skala depresi geriatric didapatkan skor 12 yang menunjukkan klien depresi. Pada penilaian depresi menurut Beck At & Back Rw didapatkan skor 16 yang menunjukkan bahwa skor 16 keatas menunjukkan klien depresi berat. Pada skrining apgar keluarga didapatkan skor 3 yang menunjukkan disfungsi berat. Pada pengkajian SPMSQ didapatkan skor 3 yang artinya fungsi intelektual utuh. Pada pengkajian MMSE didapatkan skor 30 yang menunjukkan bahwa normal/tidak ada gangguan kognitif klien.

**Pada pengkajian perilaku kesehatan didapatkan bahwa klien memiliki riwayat merokok, makan 3x sehari, jumlah makanan yang dihabiskan 1 porsi, jika ada makanan tambahan seperti camilan dihabiskan dan bahkan kurang. Frekuensi minum klien 1500ml, jenis minuman yang diminum adalah air putih. Pada pengkajian determinan nutrisi didapatkan nilai 10 yang menunjukkan bahwa risiko nutrisi tinggi/berlebih.** Klien memiliki kebiasaan tidur 6-8 jam, klien mengatakan tidak ada gangguan tidur. Pola eliminasi BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek dan tidak ada gangguan BAB. Pola BAK 4-7 kali sehari berwarna kuning, klien mengatakan sering BAK. Pada pola aktivitas klien tidak melakukan kegiatan produktif apapun. Pada pola pemenuhan kebersihan klien mandi 2x sehari memakai sabun dan menggosok gigi 2xsehari menggunakan pasta gigi, kebiasaan berganti pakaian setiap selesai mandi >1 kali sehari.

Pada pengkajian fungsional berdasarkan barthel indeks didapatkan skor 58 yang menyatakan ketergantungan klien berat/sangat ketergantungan, pada indeks KATZ dengan hasil ketergantungan pada keenam fungsi tersebut. Tinneti didapatkan skor 14 yang menyatakan resiko jatuh tinggi. Hasil pengkajian TUG Test didapatkan hasil skor 22 detik yang menyatakan resiko jatuh sedang-tinggi.

Pada pengkajian lingkungan yang ditinggali klien ditemukan bentuk bangunan yaitu asrama, jenis bangunan permanen, atap rumah genting, dinding

tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik, ventilasi 15% luas lantai, pencahayaan baik, penataan prabot baik dan rapi, kelengkapan alat rumah tangga lengkap. Sanitasi pada asrama penyediaan air bersih dari sumur, penyediaan air minum beli galon aqua, pengelolaan jamban kelompok jenis jamban yang digunakan cemplung terbuka, jarak dengan sumber air <10 meter, sarana pembuangan limbah diasrama lancar dan petugas sampah mengelola sampah dengan cara dibakar, polusi udara lainnya hanya dari pembakaran sampah disore hari. Fasilitas di asrama terdapat kolam ikan, ruang senam, taman bunga dan ruang pertemuan, tidak terdapat sarana hiburan namun terdapat sarana beribadah yaitu musolla. Keamanan, komunikasi dan transportasi dipanti yaitu terdapat 2 mobil ambulance kondisi jalan masuk panti tidak rata, terdapat sarana komunikasi yaitu telephone.

## **2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan analisa data dari hasil pengkajian yang telah dilakukan didapatkan masalah yang dapat ditegakkan adalah diagnosa keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan klien mengeluh badan lemas dan kadar glukosa dalam darah tinggi.

BINA SEHAT PPNI

## 2.3 Rencana Tindakan Keperawatan

**Tabel 2 1 Rencana Tindakan Keperawatan**

Rencana Intervensi	Metode	Media	Tujuan & kriteria hasil	Prosedur
Pola diet 3J (Jumlah, Jenis, Jadwal)	Ceramah, diskusi dan observasi	Leaflet dan demonstrasi food model	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil: - Lelah/ lesu menurun - Keluhan lapar menurun - Rasa haus menurun - Kadar glukosa dalam darah membaik	Manajemen Hiperglikemia <b>Observasi:</b> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor intake dan output cairan <b>Edukasi:</b> 1. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 2. Anjurkan kepatuhan terhadap diet 3J (Jumlah, Jenis, Jadwal) dan olahraga 3. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan). <b>Kolaborasi:</b> 1. Kolaborasi pemberian insulin

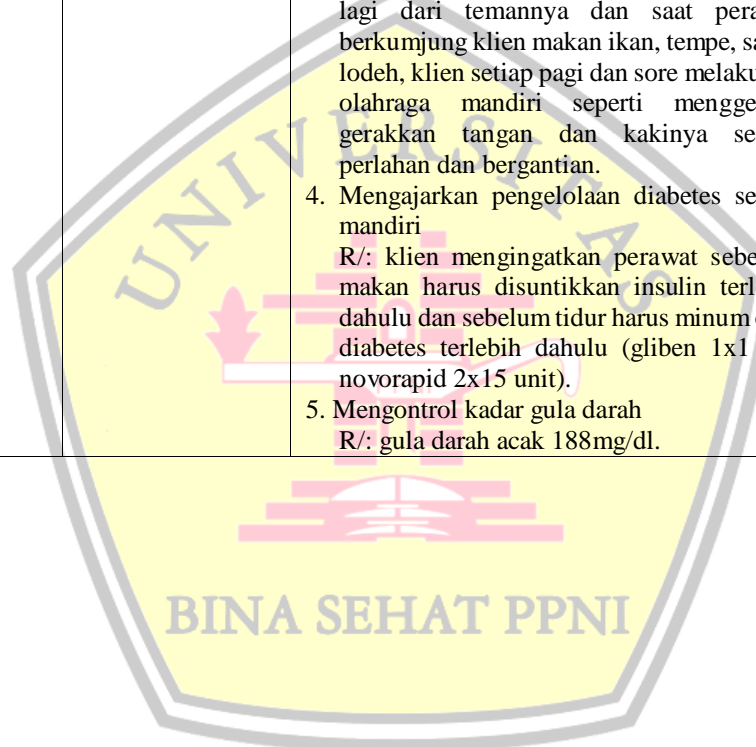


## 2.4 Implementasi Keperawatan

**Tabel 2 2 Implementasi Keperawatan**

No.	Tanggal, Waktu/jam	Implementasi	TTD
1.	Kamis, 20-07-2023 08.00	1. Memperkenalkan diri dan BHSP serta melakukan edukasi mengenai manajemen diri dan pengendalian diabetes mellitus R/: klien juga mau memperkenalkan diri dan kooperatif 2. Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia R/: klien sering makan-makanan yang sembarangan dan tidak mengikuti anjuran diet, sering meminta minum-minuman yang manis pada temannya dan tidak berolahraga karena rentang gerak yang terbatas 3. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia R/: klien polydipsia, polyuria, polyfagia 4. Menerapkan pola diet 3J (Jumlah, Jenis, Jadwal) dan olahraga R/: klien mengatakan akan melakukan diet yang dianjurkan oleh perawat serta akan mengikuti jadwal makan sesuai dengan waktu yang ditentukan 5. Mengajarkan pengelolaan diabetes secara mandiri R/: klien mampu meminum obat secara mandiri dan mengetahui jadwal pemberian suntik insulin (gliben 1x1 dan novorapid 2x15 unit) 6. Mengontrol kadar glukosa darah R/: hasil gula darah 223mg/dl	
1.	Jumat. 21-07-2023 08.00	1. Perawat memberikan salam dan sapa kepada klien R/: klien membalas sapaan perawat dan memberikan jawaban salam 2. Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia R/: klien makan-makanan sesuai dengan anjuran gizi dan sesuai diet, klien juga mengurangi minum teh dan kopi dan juga menggantikannya dengan minum air putih 3. Mengidentifikasi tanda dan gejala hiperglikemia R/: klien polyuria dan polydipsia 4. Menerapkan pola diet 3J (Jumlah, Jenis, Jadwal) dan olahraga R/: klien tetap mengikuti pola diet dan hanya makan-makanan yang diberikan oleh ahli gizi yaitu ayam, tahu dan sayur bening, klien juga melakukan olahraga mandiri dikamar seperti menggerak-gerakkan tangan dan kakinya secara perlahan	

		<p>5. Mengajarkan pengelolaan diabetes secara mandiri R/: klien mengingatkan perawat sebelum makan harus disuntikkan insulin terlebih dahulu dan sebelum tidur harus minum obat diabetes terlebih dahulu (gliben 1x1 dan novorapid 2x15 unit)</p>	
1.	Sabtu, 22-07-2023 08.00	<p>1. Perawat memberikan salam dan sapa kepada klien R/: klien membalas sapaan perawat dan memberikan jawaban salam</p> <p>2. Mengidentifikasi penyebab hiperglikemia R/: klien polyuria dan polydipsia</p> <p>3. Menerapkan pola diet 3J (Jumlah, Jenis, Jadwal) dan olahraga. R/: klien sudah terbiasa makan-makanan yang diberikan gizi tanpa meminta makan lagi dari temannya dan saat perawat berkumpul klien makan ikan, tempe, sayur lodeh, klien setiap pagi dan sore melakukan olahraga mandiri seperti menggerakkan tangan dan kakinya secara perlahan dan bergantian.</p> <p>4. Mengajarkan pengelolaan diabetes secara mandiri R/: klien mengingatkan perawat sebelum makan harus disuntikkan insulin terlebih dahulu dan sebelum tidur harus minum obat diabetes terlebih dahulu (gliben 1x1 dan novorapid 2x15 unit).</p> <p>5. Mengontrol kadar gula darah R/: gula darah acak 188mg/dl.</p>	



## 2.5 Evaluasi Keperawatan

**Tabel 2 3 Evaluasi Keperawatan**

No.	Tanggal/waktu	Evaluasi (S-O-A-P)	TTD
1.	Kamis, 20-07-2023 09.00	<p>S: Px mengatakan badan lemes, mudah lelah, sering lapar dan haus, sering kencing dan saat kencing terasa panas, makan dan minum sembarangan tidak mengikuti anjuran diet dengan tepat</p> <p>O: k/u: lemah GCS: 456 kesadaran: composmentis Ttv: TD: 130/90 mmhg, N: 80x/mnt S: 36.8 RR: 20x/mnt TB: 165CM, BB: 60kg, IMT: 22.03 kg/m<sup>2</sup></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien sering makan</li> <li>2. klien meminta minum es teh</li> <li>3. terdapat ulkus dan edema pada ekstremitas kanan bawah</li> <li>4. GDA: 223mg/dl</li> </ol> <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perkenalkan diri dan BHSP serta melakukan edukasi mengenai manajemen diri dan pengendalian diabetes mellitus</li> <li>2. Identifikasi penyebab hiperglikemia</li> <li>3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>4. Anjurkan kepatuhan terhadap pola diet 3J (Jumlah, Jenis, Jadwal) dan olahraga</li> <li>5. Ajarkan pengelolaan diabetes secara mandiri</li> <li>6. Kontrol kadar glukosa darah</li> </ol>	
1.	Jumat 21-07-2023 09.00	<p>S: Px mengatakan badan masih sedikit lemas, mudah lelah, sering haus dan sering kencing tetapi sudah tidak terasa panas, menghindari factor penyebab diabetes mellitus, mulai mengikuti anjuran diet 3J (Jumlah, Jenis, Jadwal) dan olahraga yang dianjurkan oleh perawat</p> <p>O: k/u: cukup GCS: 456 Kesadaran: composmentis Ttv: TD: 130/80 mmhg, N: 82x/mnt S: 36.5 RR: 20x/mnt TB: 165CM, BB: 60kg, IMT: 22.03 kg/m<sup>2</sup></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien terlihat sering minum</li> <li>2. terdapat ulkus dan edema pada ekstremitas bawah kanan</li> <li>3. klien tetap mengikuti pola diet dan hanya makan-makanan yang</li> </ol>	



		<p>diberikan oleh ahli gizi yaitu ayam, tahu dan sayur bening, klien juga melakukan olahraga mandiri dikamar seperti menggerak-gerakkan tangan dan kakinya secara perlahan</p> <p>4. klien minum air putih</p> <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan nomor 1-6</p>	
1.	<p>Sabtu 22-07-2023 09.00</p>	<p>S: Px mengatakan badan sudah tidak lemas, sering haus tapi sudah tidak seperti biasanya dan masih sering kencing, menghindari factor penyebab diabetes mellitus, mulai terbiasa mengikuti anjuran diet 3J (Jumlah, Jenis, Jadwal) dan olahraga yang dianjurkan oleh perawat</p> <p>O: k/u: cukup GCS: 456 Kesadaran: composmentis Ttv: TD: 130/80 mmhg, N: 80x/mnt S: 36.4 RR: 20x/mnt TB: 165CM, BB: 60kg, IMT: 22.03 kg/m<sup>2</sup></p> <p>1. terdapat ulkus dan edema pada kaki</p> <p>2. klien sudah terbiasa makan-makanan yang diberikan gizi tanpa meminta makan lagi dari temannya dan saat perawat berkunjung klien makan ikan, tempe, sayur lodeh, klien setiap pagi dan sore melakukan olahraga mandiri seperti menggerak-gerakkan tangan dan kakinya secara perlahan dan bergantian.</p> <p>3. klien minum air putih</p> <p>4. hasil GDA 188mg/dl</p> <p>A: Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan nomor 1-6</p>	