

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Dasar

Ny, H usia 50 tahun masuk rumah sakit hari Minggu, 08 Maret 2020, pukul 09.30 WIB di ruang bedah, nomor rekam medis 21-69-19, dengan diagnosa medis diabetes mellitus Tipe II. Klien telah menikah, berprofesi sebagai seorang Ibu rumah tangga, dan beragama Islam. Pendidikan terakhir klien SMA (Sekolah Menengah Atas). Klien berasal dari suku jawa dan bahasa yang biasa digunakan untuk berkomunikasi adalah bahasa indonesia. Klien tinggal di Kotabumi selatan. Sumber biaya yang digunakan untuk perawatan selama di rumah sakit berasal dari BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial).

Tn.J usia 58 tahun adalah suami klien, pendidikan terakhir adalah SMA, Tn.J berprofesi sebagai seorang TNI dan bertempat tinggal di Kotabumi selatan.

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Masuk Rumah Sakit

Klien datang pada tanggal 09 Maret 2020 akibat tidak sadarkan diri. GCS E₂V₂M₁, sesak napas, klien terdapat luka pada kaki kanan. Klien diantar keluarganya ke UGD RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi, Lampung Utara pada pukul 09.00 WIB. Keluarga mengatakan klien tidak sadarkan diri sejak

pukul 04.00 dini hari. Keluarga mengatakan klien telah menderita penyakit DM sejak 1 tahun yang lalu, GDS terakhir 287 mg/dL SMRS. Berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan data tekanan darah 215/86 mmHg, frekuensi nadi 75 kali per menit, frekuensi pernapasan 24 kali per menit, suhu 36,5°C, SPO₂ 99%, dan kadar glukosa darah sewaktu 47 mg/dl . Klien mendapatkan terapi infus Dextrose® 10%30 Tetes permenit, Dextrose® 40% 3 flakon @ 25 ml (bolus), Ceftriaxon® 2x1gr (iv), Metronidazole® 3x500 mg (infus), Amlodipin® 1x10 mg (oral) dan pemberian oksigen lewat nasal kanul 3 liter/menit. Saat kondisi klien telah stabil, klien dipindahkan ke Ruang Perawatan Bedah untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

Keluhan Utama: Klien mengatakan badannya terasa lemas, sehingga tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri. Semua aktivitas klien dibantu keluarga.

P : Ulkus diabetes mellitus pada telapak kaki kanan

Q : Nyeri hilang timbul, tetapi lebih sering muncul ketika malam hari dan jika digunakan untuk berjalan.

R : Nyeri terjadi disekitar ulkus dan punggung kaki kanan.

S : Skala nyeri pasien 5 sampai 6

T : Sering terjadi pada waktu malam hari, lamanya sekitar 15 menit, kadang hilang timbul, nyeri berkurang ketika tidak berjalan.

Keluhan Penyerta : klien mengatakan paha dan betisnya sering merasakan kesemutan, klien mengatakan kepalanya terasa pusing, klien mengatakan merasa lapar, klien mengantuk, klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas karena merasa lemas, klien mengatakan memiliki luka disertai nanah pada telapak kaki kanan, klien mengatakan luka sukar sembuh sejak 2 minggu lalu, dan klien merasakan nyeri pada area luka (skala nyeri = 5).

c. Riwayat Kesehatan Lalu:

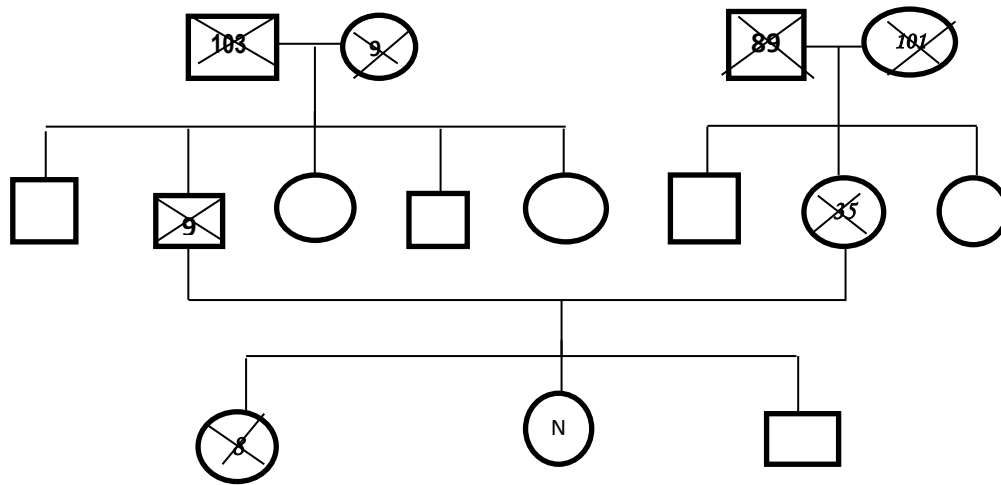
Klien mengatakan tidak memiliki alergi obat ataupun makanan, klien tidak pernah mengalami kecelakaan, Klien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya, Klien memiliki Hiperglikemi sejak 1 tahun lalu, Sebelumnya klien hanya kontrol rutin ke puskesmas untuk mengobati penyakit DM nya. Dari Puskesmas klien diberikan terapi obat Metformin® 500 mg 1x1 (oral) dan Ranitidine® 150mg 1x1 (oral), Klien belum pernah menjalani prosedur operasi

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga Ny. H. secara ringkas ditampilkan melalui genogram pada gambar 3.1.

Gambar 3.1

Genogram Ny H



Keterangan :

○ : Perempuan

✕ : Meninggal

—+ : Keturunan

□ : Laki-laki

↗ : Klien

— : Menikah

Kakek dari Ayah Ny. H adalah seorang petani yang meninggal di usia 103 tahun sekitar 10 tahun silam karena penyakit stroke, sedangkan neneknya juga telah meninggal pada usia 97 tahun karena hipertensi dan terjatuh dari kamar mandi. Kakek dari ibu Ny H juga telah meninggal dunia pada usia 89 tahun karena penyakit gagal jantung, sedangkan nenek dari ibu Ny H juga telah meninggal pada usia 101 tahun karena penyakit paru yang telah lama dimiliki. Ayah kandung dari Ny H sendiri telah meninggal pada usia 93 tahun karena penyakit hipertensi yang berakhir pada penyakit stroke dan gagal jantung, sedangkan ibu dari Ny H juga telah meninggal pada usia 35

tahun saat melahirkan klien. Ny H memiliki kakak perempuan yang telah meninggal pada usia 80 tahun karena penyakit stroke

3. Riwayat Psikosoial

a. Sumber stress :

Klien sedang tidak mengalami stress dan tidak ada sistem nilai kepercayaan yang bertentangan dengan pengobatan selama berada di RS.

b. Lingkungan :

- 1) Keadaan rumah klien bersih . Klien mengatakan rumahnya disapu 2 kali sehari. Rumah klien berada di pedesaan dan jauh dari polusi udara (Carbon Monoksida)
- 2) Pekerjaan klien adalah sebagai IRT , jauh dari bahaya atau yang meningkatkan risiko bahaya klien terhadap penyakitnya .

4. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan sesudah sakit

a) Pola nutrisi

Klien sebelum sakit makan dengan frekuensi 3 kali sehari, nafsu makan klien baik, diit makanan biasa, namun porsi nasi dikurangi, klien senang mengonsumsi sayur, namun jarang mengonsumsi buah-buahan, tidak ada alergi makanan, namun asupan gula harus dibatasi. Berat badan sebelum sakit 60 kg .

Setelah sakit, klien makan dengan diit TKTP karena mengalami hipoglikemia. Nafsu makan kurang, klien hanya makan ½ porsi dalam sekali makan. frekuensi makan 2-3 kali sehari. Berat

badan saat ini 58 kg. klien mengalami penurunan berat badan dalam 1 bulan terakhir.

b) Pola cairan

Sebelum sakit

Dalam 24 jam klien biasanya minum ± 15 gelas dalam sehari @ 240 cc. jadi dalam 24 jam klien dapat mengonsumsi air minum ± 2880 cc. klien biasa mengonsumsi air putih, tidak suka minum kopi. Terkadang klien mengonsumsi teh hangat, namun tidak setiap hari.

Sesudah sakit

Klien terpasang infus dextrose 10% 30 tpm. jadi dalam satu hari klien dapat menghabiskan 4 kolf @ 500 cc. Jadi infus yang masuk dalam 24 jam adalah 2.000 cc. Klien juga mengonsumsi air putih per-oral 3 kali sehari @ ± 240 cc. Asuhan oral per hari ± 720 cc. Jadi Total cairan seluruhnya dalam 24 jam adalah $2.000 \text{ cc} + \pm 720 \text{ cc} = \pm 2.720$ cc dalam 24 jam.

c) Pola Eliminasi

a) BAK

Sebelum sakit Dalam satu hari , klien dapat berkemih hingga ± 8 kali @ 200 cc. Jadi dalam sehari jumlah output urine klien ± 1600 cc. Urine berwarna jernih dan berbau keton (seperti bau pada cat kuku) .

Setelah sakit Klien BAK melalui foley kateter (klien terpasang kateter dengan no.18). Total jumlah urine dalam 24 jam

yang tertampung pada urine bag adalah 500 cc. Warna urine kuning jernih, , dan bau khas keton.

b) BAB

Sebelum sakit Klien BAB 1 kali sehari, dengan konsistensi padat, dan bau khas feses. Warna feses kecoklatan. Tidak ada keluhan saat BAB. Setelah sakit Selama berada di RS, klien belum pernah BAB.

c) IWL

Setelah sakit berat badan klien 58 kg x 15 jadi IWL klien sebanyak 870 cc/24 jam

d) Personal Hygiene

Sebelum sakit Klien mandi 2 kali sehari secara mandiri pada pagi dan sore hari, menyikat gigi 3 kali sehari pada pagi, sore, dan malam hari sebelum tidur yang dilakukan secara mandiri. Dan mencuci rambut 2 hari sekali.

Setelah sakit Klien mandi dengan cara di lap oleh perawat atau keluarganya. Menyikat gigi dengan bantuan 1 kali sehari, dan klien mengatakan belum pernah mencuci rambutnya selama berada di RS. Kulit kepala dan rambut klien tampak kotor, kulit lembab dan berwarna sawo matang, kulit klien berkeriat berlebihan, dan kuku klien panjang.

e) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit Klien biasa tidur dari pukul 22.00 hingga pukul 04.00 selama 6 jam. Klien tidak mengalami masalah tidur. Klien mengatakan merasa puas setelah tidur, klien tidak pernah tidur siang .

Setelah sakit Klien tidur siang dari pukul 12.00 – 13.00. Pada malam hari klien mulai tidur pukul 22.00 sampai pukul 05.00. klien sering terbangun pada malam hari karena merasa kakinya kesemutan dan area luka terasa nyeri serta klien merasa tidak nyaman dengan ruangan perawatan.

f) Pola aktivitas

Sebelum sakit Klien terbiasa beraktivitas secara mandiri. klien mulai bekerja (sebagai ibu rumah tangga) dari pukul 04.30 sampai selesai, setelah selesai klien beristirahat dan nonton tv.

Setelah sakit Setelah sakit, klien mengalami bedrest dan seluruh aktivitasnya memerlukan bantuan. Skala aktivitas= 3 (dibantu orang lain dan alat).

g) Pola Persepsi dan manajemen kesehatan

Pengetahuan klien tentang penyakitnya Klien tidak mengerti tentang penyakitnya, klien menunjukkan persepsi yang keliru tentang penyakitnya dan klien tidak mengetahui tentang proses penyakit dan komplikasi penyakitnya. Tindakan klien/keluarga mengatasi masalah kesehatan Keluarga membawa

klien ke Puskesmas, namun kurang dalam pengontrolan kepatuhan minum obat. Pola Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan:

Klien tidak merokok ataupun minum-minuman beralkohol. Namun klien harus minum obat setiap harinya untuk mengontrol kadar glikosa darah (*Metformin*® 1x1 dan *Ranidine*® 1x1).

h) Pola seksualitas

Tidak terkaji.

5. Pengkajian Fisik

a. Keadaan Umum

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny H pada tanggal 10 Maret 2020 kondisi klien sadar dan terbaring lemah di tempat tidur didapatkan hasil tekanan darah 180/90 mmHg, frekuensi pernapasan 20 kali per menit irama teratur dan tidak ada suara napas tambahan, frekuensi nadi 58 kali per menit lokasi pemeriksaan pada area nadi radialis irama reguler (teratur) dan nadi teraba lemah, akral dingin, serta suhu tubuh 36,8°C .

b. Pemeriksaan persystem

1) Sistem Penglihatan

Posisi mata simetris, pupil isokor, pergerakan bola mata simetris tidak ada strabismus, kornea jernih, konjungtiva anemis, sklera ikterik, tidak ada tanda-tanda radang, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, dan lapang pandang $> 180^{\circ}$.

2) Sistem Pendengaran

Daun telinga simetris, tidak ada tanda peradangan, serumen encer dan berwarna kuning kecoklatan, fungsi pendengaran masih baik, dan tidak ada alat bantu pendengaran.

3) Sistem Wicara : Tidak ada keluhan

4) Sistem Pernafasan

Jalan napas bersih, frekwensi napas : 20 kali per menit, irama reguler, tidak ada keluhan sesak saat pengkajian, nyeri saat bernapas tidak ada, suara napas vesikuler, klien tidak batuk, tidak ada penggunaan otot dan alat bantu pernapasan.

5) Sistem Kardiovaskuler

Nadi radialis 58 kali permenit, nadi teraba lemah , akral teraba dingin, kulit tampak pucat, tidak ada sianosis, tidak ada kemerahan dan CRT = 3 detik.

6) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apikal 58 Kali permenit , teraba lemah dan reguler. Bunyi jantung Lub-Dub. Klien tampak lemah, klien berkeringat, klien sering merasa kesemutan, ujung kaki dan tangan teraba dingin. Tidak ada nyeri dada. Tidak ada pembengkakan jantung.

7) Sistem Neurologi

GCS : E₄V₅M₆ (composmentis). kekuatan otot lemah

4444	4444
4444	4444

Pemeriksaan sensorik :

Klien masih dapat membedakan sensasi panas dan dingin, namun klien tidak merasakan rangsang raba dengan kapas pada kedua kakinya . Pemeriksaan refleks tidak ada keluhan, Tanda rangsang meningeal tidak ada keluhan, Pemeriksaan syaraf kranial (N I – N XII) Tidak ada keluhan.

8) Sistem Pencernaan

Klien mengatakan merasa lapar, mulut klien kotor, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada muntah, Bising usus 12 kali permenit. Tidak ada asites, tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri lepas dan tidak ada penggunaan kolostomi.

9) Sistem Imunologi

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

10) Sistem Endokrin

Napas bau keton, terdapat luka pada pnggung dan telapak kaki kanan klien sepanjang ± 10 cm, luka terdapat pus dan pus tidak dapat dikeluarkan, tidak ada exophthalmus, tidak ada tremor, terdapat tanda tanda poliuri, polidipsi dan polifagi .



Keterangan : Di kaki kanan klien terdapat luka sepanjang kurang lebih 10 cm, pada luka terdapat pus dan ulkus.

11) Sistem Urogenital

Klien terpasang kateter no.18, klien poliuria, dan keadaan genital bersih, urin mengalir dengan lancar.

12) Sistem Integumen

Rambut kotor, kulit klien berkeringat, akral dingin, kuku klien panjang. Terdapat luka disertai pus sepanjang ± 10 cm disertai pus dan pus tak bisa keluar.

13) Sistem Muskuloskeletal

Klien bergerak dengan bantuan, kekuatan otot menurun. tidak ada fraktur, dan tidak ada kelainan bentuk tulang.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien Ny. H pada tanggal 10- 12 Maret 2020 ditunjukkan dalam tabel 3.1, 3.2, 3.3

Tabel 3.1
 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. H di Ruang Bedah
 RSD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 Tanggal 10 Maret 2020

No	Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	2	3	4
1.	Leukosit	25.48x10³ uL	4.00 -10.00
2.	Eritrosit	3.41x10⁶/uL	3.50 -5.50
3.	Hemoglobin	9.4 g/dL	11.0-16.0
4.	Hematokrit	28.6%	37.0 -54.0
5.	MCV	83.8 fL	80.0 – 100.0
6.	MCH	27.6 pg	27.0 – 34.0
7.	MCHC	32.9 g/dL	32.0 -36,0
8.	RDW-CV	15.4%	11.00 – 16.00
9.	RDW-SD	54.7 fL	35.0 – 56.0
10.	Platelet	234x10 ³ /uL	150-450
11.	MPV	8.5 Fl	6.5 – 12.0
12.	PDW	16.3	9.0 – 17.0
13.	PCT	0.199	0.108 – 0.282
14.	Glukosa Darah Sewaktu (pukul 10.30 WIB)	47 mg/dL	100 – 200 mg/Dl
15.	Glukosa Darah Sewaktu (pukul 11.30 WIB)	142 mg/dL	100 -200 mg/dL

Tabel 3.2
 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny H di Ruang Bedah
 RSD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 Tanggal 11 Maret 2020

No	Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	Glukosa darah Sewaktu (pukul 9.30 WIB)	55 mg/dL	100 – 200 mg/dL
2.	Glukosa darah Sewaktu (pukul 10.30 WIB)	142 mg/dL	100 -200 mg/dL

Tabel 3.3
 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny H di Ruang Bedah
 RSD Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 Tanggal 12 Maret 2020:

No	Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	Glukosa darah Sewaktu	196 mg/dL	100 – 200 mg/Dl

7. Program Terapi

Tabel 3.4
Penatalaksanaan Medis

No	Senin, 09 Maret 2020	Selasa, 10 Maret 2020	Rabu, 11 Maret 2020
1	Infus <i>Dextrose</i> ® 10% 30 tpm (infus)	Infus <i>Dextrose</i> ® 10% 30 tpm (infus)	Infus <i>Dextrose</i> ® 5% 20 tpm (infus)
2	Injeksi <i>Dextrose</i> ® 40% 3 flakon@ 25ml (bolus)	<i>Amlodipin</i> ® 1x10 mg (oral)	<i>Ranitidine</i> ® 2x50 mg (iv)
3	<i>Ceftriaxon</i> ® 3x1 gr(iv)	<i>Metronidazole</i> ®3x 500mg (infus)	<i>Ceftriaxon</i> ® 2x1 gr (iv)
4	<i>Amlodipin</i> ® 1x10mg (oral)	<i>Ceftriaxon</i> ® 2x1 gr (iv)	
5		Injeksi <i>Dextrose</i> ® 40% 3 flakon@ 25ml (bolus)	

8. Data Fokus

Dari hasil pengkajian telah didapat beberapa data senjang sebagai berikut:

Tabel 3.5
Data Fokus

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1. Klien mengatakan merasa lemas 2. Klien mengatakan merasa pusing 3. Klien mngatakan segala aktivitasnya memerlukan bantuan 4. Klien mengatakan sering merasa kebas dan kesemutan pada paha dan betisnya. 5. Klien mengatakan merasa sulit menggerakkan ekstremitas karena merasa lemas 6. Klien mengatakan merasa lapar 7. Klien mengatakan takut menggerakkan kaki kanan karena terdapat luka 8. Kien mengatakan merasa nyeri pada area luka . 9. Klien mengatakan sering Bak terutama pada malam hari. 10. Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat DM sejak 1 tahun yang lalu (GDS = 287 mg/dL SMRS) 11. Nafsu makan kurang 12. Klien mengeluh sering terbangun malam hari 13. Klien mengatakan sering minum obat tidak sesuai anjuran.	1. Klien tampak lemah 2. Klien berkeringat 3. Kulit lembab 4. Klien mengantuk 5. Kulit pucat Akral dingin 6. CRT 3 detik 7. Skala nyeri = 5 8. GDS tidak stabil 9. Terdapat luka dengan pus ± 10 cm pada telapak kaki kanan klien 10. Luka sejak 2 minggu yang lalu, dengan pus ± 10 11. Penurunan kekuatan otot 4444 4444 4444 4444 12. Hasil pemeriksaan TTV TD : 180/90 mmHg, N: 58 x/m, reguler teraba lemah ,RR : 20x/m, T : 36,8°C 13. Leukosit = 25.480 uL 14. Hemoglobin 9.4 g/dL 15. Klien terpasang kateter 16. Terdapat tanda poliuria, klien dapat berkemih hingga ± 8 kali @ 200 cc 17. Napas bau keton 18. Rambut kotor 19. Kuku panjang 20. Mulut kotor 21. Visus mata rabun 22. Klien tidak bisa merasakan rangsang raba dengan sentuhan kapas 23. Klien tidak mengerti tentang penyakitnya.

9. Analisa Data

Analisa data keperawatan pada Tn. T adalah seperti tabel berikut:

Tabel 3.6
Analisa Data

No.	Data Masalah	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	DS : 1. Klien mengatakan merasa lapar 2. Klien mengatakan merasa pusing DO : 1. Kadar glukosa darah rendah, gula darah sewaktu 55 mg/dL 2. Klien mengantuk 3. Klien berkeringat	Ketidakstabilan kadar glukosa darah.	Penggunaan obat hipoglikemik oral
2.	DS : 1. Klien mengatakan sering merasa kesemutan pada paha dan betis 2. Klien mengatakan nyeri pada telapak kaki kanan DO : 1. CRT 3 detik 2. Nadi perifer 58 kali per menit , irama reguler, Warna kulit pucat	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Penurunan aliran arteri
3.	DS : 1. Klien mengatakan merasa sulit menggerakkan ekstremitas 2. Klien mengatakan takut menggerakkan kaki kanan karena terdapat luka	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan kekuatan otot

1	2	3	4
	DO : 1. Klien tampak lemah 2. Kekuatan otot menurun 4444 4444 4444 4444		
4.	DS :- DO : 1. Terdapat luka dengan pus ± 10 cm pada telapak kaki kanan klien 2. luka sukar sembuh 3. Skala nyeri = 5	Gangguan integritas kulit/jaringan	Perubahan sirkulasi
5.	DS : 1. Klien mengatakan merasa lapar 2. Klien mengatakan merasa pusing DO : 1. Kadar glukosa darah rendah 2. Klien berkeringat	Risiko Jatuh	Perubahan kadar glukosa darah

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan berdasarkan data hasil pengkajian terhadap Ny H adalah sebagai berikut:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan penggunaan obat hipoglikemik oral ditandai dengan klien mengatakan merasa lapar, klien mengatakan merasa pusing, kadar glukosa darah rendah, dan klien berkeringat
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri ditandai dengan klien mengatakan sering merasa kesemutan pada paha dan

betis, klien mengatakan nyeri pada telapak kaki kanan, CRT 3 detik, Nadi perifer menurun (58 kali per menit, irama reguler, dan terasa lemah), Akral teraba dingin, Warna kulit pucat, dan Luka sulit sembuh

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan. penurunnn kekuatan otot ditandai denganklien mengatakan merasa sulit menggerakkan ekstremitas karena merasa lemas, klien mengatakan takut menggerakkan kaki kanan karena terdapat luka, klien tampak lemah, dan Kekuatan otot menurun

4444	4444
4444	4444

4. Gangguan integritas kulit/ jaringan b.d. perubahan sirkulasi d.d. terdapat luka dengan pus ± 10 cm pada telapak kaki kanan klien, luka sukar sembuh, dan skala nyeri = 5
5. Risiko jatuh d.d klien mengatakan merasa pusing.

Prioritas diagnosa yang utama pada diagnosa keperawatan tersebut yaitu:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d. penggunaan obat hipoglikemik oral d.d. klien mengatakan merasa lapar, klien mengatakan merasa pusing, kadar glukosa darah rendah, dan klien berkeringat
2. Perfusi perifer tidak efektif b.d. penurunan aliran arteri d.d. Klien mengatakan sering merasa kesemutan pada paha dan betis, Klien mengatakan nyeri pada telapak kaki kanan, CRT 3 detik, Nadi perifer menurun (58 kali per menit, irama reguler, dan terasa lemah), akral teraba dingin, Warna kulit pucat

3. Gangguan mobilitas fisik b.d. penurunan kekuatan otot d.d. klien mengatakan merasa sulit menggerakkan ekstremitas karena merasa lemas, klien mengatakan takut menggerakkan kaki kanan karena terdapat luka, Klien tampak lemah, dan Kekuatan otot menurun.

4444	4444
4444	4444

4. Gangguan integritas kulit/ jaringan b.d. perubahan sirkulasi d.d. terdapat luka dengan pus ± 10 cm pada telapak kaki dan punggung kaki kanan klien, luka sukar sembuh, dan skala nyeri = 5.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan terhadap tiga diagnosa utama yang penulis tegakkan berdasarkan prioritas seperti pada tabel berikut:

Tabel 3.7
Rencana Keperawatan

Tgl	Dex. Kep	NOC	NIC
1	2	3	4
13/5/19	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d. penggunaan obat hipoglikemik oral d.d. klien mengatakan merasa lapar, klien mengatakan merasa pusing, kadar glukosa darah rendah, dan klien berkeringat	Keparahan Hipoglikemia (2113) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan terjadi kestabilan kadar glukosa darah, dengan kriteria hasil: 1. Kelaparan teratasi 2. Kelemahan teratasi 3. Penurunan kadar glukosa darah teratasi	Manajemen Hipoglikemia (2130) 1. Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi 2. Monitor tanda dangejala hipoglikemia 3. Berikan glukosa secara intravena, sesuai indikasi 4. Pertahankan akses intravena 5. Lindungi dari trauma

1	2	3	4
			6. Instruksikan pasien untuk selalu patuh terhadap diitnya. Manajemen Pengobatan (2380) 1. Tentukan obat yang diperlukan. 2. Monitor efektifitas cara pemberian obat 3. Monitor mengenai efek terapeutik obat 4. Monitor efek samping obat 5. Monitor respon terhadap perubahan pengobatan, dengan cara yang tepat 6. Kembangkan strategi bersama pasien untuk meningkatkan keparuhan mengenai regimen obat yang diresepkan.
13/5/19	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri d.d. Klien mengatakan sering merasa kesemutan pada paha dan betis, Klien mengatakan nyeri pada telapak dan pungung kaki kanan, CRT 3 detik, Nadi	Perfusi jaringan : perifer (0407) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer kembali efektif, dengan kriteria hasil: 1. Parastesia teratasi 2. Mati rasa teratasi 3. Nekrosis tidak Meluas	Manajemen sensasi perifer (2660) 1. Monitor sensasi tajam, tumpul, panas, dan dingin 2. Monitor adanya parastesia dengan tepat 3. Dorong pasien untuk menggunakan bagian tubuh yang tidak terganggu 4. Instruksikan pasien dan

1	2	3	4
	perifer menurun (58 kali per menit, irama reguler, dan terasa lemah), Akral teraba dingin, Warna kulit pucat, dan Luka sulit sembuh	Manajemen diri : Diabetes (1619) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer kembali efektif, dengan kriteria hasil: 1. Melakukan prosedur yang benar untuk mengecek kadar glukosa darah 2. Memantau glukosa darah Partisipasi dalam latihan (1633) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan terjadi peningkatan latihan, dengan kriteria hasil: 1. Merencanakan latihan yang tepat dengan tenaga kesehatan sebelum memulai latihan . 2. Mengidentifikasi hambatan dalam latihan 3. Patuh pada program latihan	keluarga untuk mengecek adanya kerusakan kulit setiap hari 5. Letakkan bantalan pada area tubuh yang terganggu untuk melindungi area tersebut. 6. Lindungi tubuh terhadap perubahan suhu yang ekstrim. 7. Identifikasi penyebab sensasi abnormal atau perubahan sensasi yang terjadi Tes laboratorium disamping tempat tidur (7610) 1. Lakukan pengambilan spesimen seefektif mungkin 2. Gunakan alat pelindung diri ketika menangani pasien 3. Segera berikan label pada sampel 4. Dokumentasikan hasil pemeriksaan 5. Laporkan hasil yang tidak normal atau krisis Perawatan Sirkulasi 1. Lakukan penilaian sirkulasi perifer secara komprehensif (seperti mengecek nadi, edema, CRT, warna dan suhu ekstremitas).

1	2	3	4
			2. Monitor kemampuan sensori dan kognitif. 3. Berikan tranfusi darah jika perlu
13/5/19	Gangguan mobilitas fisik b.d. penurun kekuatan otot d.d. klien mengatakan merasa sulit menggerakkan ekstremitas karena merasa lemas, klien mengatakan takut menggerakkan kaki kanan karena terdapat luka, Klien tampak lemah, dan Kekuatan otot menurun 4444 4444 4444 4444	Energi psikomotor (0006) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas kembali normal, dengan kriteria hasil: 1. Menunjukkan tingkat energi yang stabil 2. Mematuhi regiment pengobatan 3. Letargi teratasi Ambulasi (0200) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas kembali normal, dengan kriteria hasil: 1. Mampu menopang berat badan 2. Berjalan dengan pelan 3. Berjalan dengan langkah efektif	Manajemen energi (0180) 1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 2. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal terkait keterbatasan yang dialami 3. Monitor intake nutrisi secara adekuat 4. Monitor / catat waktu istirahat pasien 5. Kurangi ketidaknyamanan fisik 6. Batasi jumlah dan gangguan pengunjung 7. Anjurkan periode istirahat dan kegiatan secara bergantian 8. Lakukan ROM aktif untuk mengurangi kekakuan otot 9. Berikan aktivitas pengalihan yang menenangkan untuk meningkatkan relaksasi 10. Anjurkan tidur

1	2	3	4
			siang, bila memungkinkan 11. Bantu pasien untuk duduk ditempat tidur bila pasien tidak memungkinkan untuk berpindah Terapi latihan : Ambulasi (0221) 1. Dorong klien untuk duduk ditempat tidur 2. Konsultasi terhadap ahli terapi fisik terkait ambulasi 3. Bantu klien untuk perpindahan 4. Instruksikan <i>caregiver</i> terkait ambulasi yang aman 5. Sediakan tempat tidur berketinggian rendah, yang sesuai. 6. Dorong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering yang diinginkan.
	Gangguan integritas kulit/ jaringan b.d. perubahan sirkulasi d.d. terdapat luka dengan pus ± 10 cm pada telapak kaki kanan klien, luka sukar sembuh, dan skala nyeri = 5.	Penyembuhan luka sekunder (1103) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan kembali normal, dengan kriteria hasil: 1. Peradangan pada luka tidak terjadi 2. Erythema pada luka tidak terjadi 3. Nekrosis	Perawatan luka (3660) 1. Angkat balutan dan plester perekat 2. Monitor karakteristik luka 3. Ukur luas luka yang sesuai 4. Bersihkan dengan normal 5. Saline atau pembersih yang tidak beracun, dengan tepat

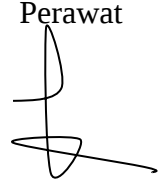
1	2	3	4
		berkurang 4. Bau busuk pada luka berkurang Respon Pengobatan (2301) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan kembali normal, dengan kriteria hasil: 1. Efek terapeutik yang diharapkan (dapat mengurangi infeksi) 2. Reaksi alergi (tidak ada). Dampak buruk tidak ada .	6. Berikan perawatan ulkus pada kulit 7. Berikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi 8. Perkuat balutan/luka,sesuai kebutuhan 9. Ganti balutan sesuai dengan jumlah drainase dan eksudat 10. Periksa luka setiap kali mengganti balutan 11. Anjurkan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi Pemberian obat intravena (I. 02065) 1. Idenifikasi kemungkinan alergi 2. Periksa tanggal kadaluwarsa obat 3. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium, bila perlu 4. Lakukan prinsip 6 benar obat (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi) 5. Berikan obat IV dengan kecepatan yang tepat. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan, dan efek samping sebelum pemberian.

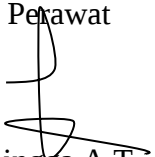
D. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi dan evaluasi pada Ny H adalah seperti pada tabel berikut:

Tabel 3.8
Implementasi dan Evaluasi

No Dx	Tanggal dan Waktu	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
	09 Maret 2020 Pukul 10.35	- Melakukan pengecekan kadar gula sewaktu pasien. - Melihat dan memperhatikan tanda dan gejala hipoglikemia pada klien apakah klien mengalami penurunan kesadaran, berkeringat, lemas, merasa lapar, dan mengantuk	S : Pukul 11.00 - Klien mengatakan badannya masih terasa lemas - Klien mengatakan masih merasa lapar O : Pukul 10.40 - Kadar GDS rendah yaitu 55 mg/dL Pukul 11.00 - Kesadaran Compos mentis - Klien lemah - Klien mengantuk A : Masalah Teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi atau tidak) - Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi - Monitor tanda dan gejala hipoglikemia - Berikan glukosa secara intravena. Dextrose 40% sebanyak 3 flakon - Pertahankan akses intravena - Instruksikan pasien untuk selalu patuh terhadap diitnya.

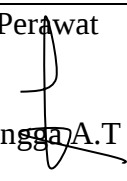
1	2	3	4
			Perawat  Lingga A.T
2	9 Maret 2020 Pukul 11.30 Pukul 11.35 Pukul 11.40	- Mengamati keluhan pasien apakah pasien mengalami keluhan kesemutan atau tidak? Seberapa sering? - Mengecek adanya kerusakan kulit pada pasien (adakah luka, bagaimana keadaan lukanya?) - Melakukan pengecekan pada pasien apakah masih mampu mengenal sensasi tajam, tumpul, panas, dan dingin pada kulit (menggunakan tutup pena yang digoreskan ke kaki pasien, serta air es dan air hangat apakah klien masih dapat membedakanya?) - Menganjurkan pasien untuk menggunakan bagian tubuh yang tidak terganggu (seperti kaki kiri yang tidak terdapat luka) - Lakukan pemeriksaan CRT, TD, S, N, RR.	S : Pukul 11.45 - Klien dapat merasakan sensasi panas dan dingin, tajam dan tumpul namun tidak dapat merasakan sentuhan yang diberikan dengan tangan. - Klien mengatakan kakinya terasa kesemutan - Klien mengatakan bisa menggunakan kaki kirinya untuk melakukan latihan ringan - O : Pukul 11.30 - Terdapat luka pada area ibu jari kaki kanan, panjang $\pm$ 10 cm, lebar $\pm$ 5 cm, dan kedalaman 1 cm, terdapat pus, luka kemerahan. - TTV klien, TD: 130/80 mmHg, N: 90x/m, S: 36,7°C, RR: 23x/m - CRT 3 detik - Akral teraba dingin A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi - Dorong pasien untuk menggunakan bagian tubuh yang tidak

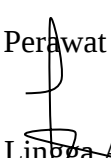
1	2	3	4
			terganggu - Instruksikan pasien dan keluarga untuk mengecek adanya kerusakan kulit setiap hari - Letakkan bantalan pada area tubuh yang terganggu untuk melindungi area tersebut. - Lindungi tubuh terhadap perubahan suhu yang ekstrim. Perawat  Lingga A.T
3	09 Maret 2020 Pukul 12.15 Pukul 13.00 Pukul 13.15	- Mengajukan pasien mengungkapkan perasaan / bercerita terkait keterbatasan yang dialami, mengganggu aktifitas tidak? - Menanyakan waktu istirahat pasien, pukul berapa pasien tidur? Apakah tidurnya berkualitas? Berapa jam? - Memberi semangat dan bantuan klien untuk duduk ditempat tidur, agar tubuh bergerak sehingga meminimalkan terjadi luka dekubitus lainnya. - Membantu klien untuk perpindahan dari tempat tidur ke kursi.	S : Pukul 12.25 - Klien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga Pukul 13.10 - Klien mengatakan tidur pukul 22.00 hingga pukul 05.00, namun sering terbangun pada malam hari, tidur $\pm$ 6-7 jam. O : Pukul 13.20 - Klien belum mampu duduk dan berjalan atau berpindah secara mandiri - Klien tampak lemah A : Masalah belum teratasi

1	2	3	4
			P : Lanjutkan Intervensi - Monitor intake nutrisi secara adekuat - Dorong klien untuk duduk ditempat tidur - Bantu klien untuk perpindahan - Dorong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering yang diinginkan. Perawat  Lingga A.T
4	9 Maret 2020 Pukul 14.00 Pukul 14.15	- Mengamati dan memonitor karakteristik luka. - Mengukur luas luka - Memberikan perawatan ulkus pada kulit, dengan membersihkan ulkus. - Mengganti balutan dengan balutan basah-kering dengan (NaCl) - Menganjurkan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi (bernanah, sakit, kemerahan sekitar daerah luka)	Pukul 14.40 S : - Klien mengatakan masih merasa nyeri dan kurang nyaman terhadap area luka O : Pukul 14.45 - Luka terdapat pus terletak pada ibu jari kaki bagian kanan, - Luka kemerahan - Pus tidak dapat keluar - Luas luka ± 10 cm - Luka berbau busuk - Skala nyeri=5 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Angkat balutan dan plester perekat - Monitor karakteristik luka. - Luka masih terdapat pus yang tidak dapat dikeluarkan dengan

1	2	3	4
			cara nekrotomi . - Ukur luas luka. - Bersihkan luka dengan normal saline - Ganti balutan dengan teknik basah-kering dengan NaCl steril Perawat Lingga A.T
1	10 Maret 2020 Pukul 09.45 Pukul 11.00	- Memperhatikan tanda dan gejala hipoglikemia yang terjadi pada pasien seperti lemas, kehilangan kesadaran, merasa lapar, mengantuk, dan kesemutan. - Memberikan glukosa secara intravena. Dextrose 40% sebanyak 3 flakon (pemberian dilakukan karena melihat GDS pasien sebelumnya adalah 55 gr/dl) - Memeriksa kembali kadar glukosa darah pasien, untuk memantau apakah klien kadar gula darah pasien masih dalam kategori Hipoglikemi - Menganjurkan pasien untuk selalu patuh terhadap diitnya (menghindari makanan manis, minuman bersoda, makanan berlemak tinggi, dan makanan tinggi karbohidrat) ajurkan pasien makan sayuran, ubi, olahan daging	S : Pukul 10.00 - Klien mengatakan masih lemas, masih sering merasakan kesemutan Pukul 11.15 - Klien mengatakan akan mematuhi aturan diitnya Pukul 10.30 - Kadar GDS 142 mg/dL - KU lemah A : Masalah Teratasi Sebagian P : lanjutkan Intervensi - Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi - Monitor tanda dan gejala hipoglikemia - Instruksikan pasien untuk selalu patuh terhadap diitnya Perawat Lingga A.T

1	2	3	4
			- Klien belum mampu duduk secara mandiri - Klien tampak lemah A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi - Dorong klien untuk duduk ditempat tidur Instruksikan <i>caregiver</i> terkait ambulasi yang aman - Sediakan tempat tidur berketinggian rendah Perawat  Lingga A.T.
4	Tanggal Pukul 08.00	- Mengangkat balutan dan plester perekat - Memonitor karakteristik luka. Luka masih terdapat pus yang tidak dapat dikeluarkan dengan cara nekrotomi. - Mengukur luas luka. Luas luka ± 10 cm - Membersihkan luka dengan normal saline Mengganti balutan dengan teknik basah kering dengan NaCl steril.	Pukul 09:00 S : - Klien mengatakan masih merasa nyeri dan kurang nyaman terhadap area luka O : - Luka terdapat pus - Pus tidak dapat keluar - Luas luka ± 10 cm - Luka berbau busuk - Skala nyeri= 5 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor karakteristik luka. - Ukur luas luka. - Perkuat balutan luka, sesuai kebutuhan.

1	2	3	4
			Perawat  Lingga A.T.
1	11 Maret 2020 Pukul 20.00	- Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi - Memonitor tanda dan gejala hipoglikemia - Instruksikan pasien untuk selalu patuh terhadap diitnya	S : Pukul 20.20 - Klien mengatakan lemas sudah berkurang - Klien mengatakan mulai ada tenaga untuk beraktivitas - Klien mengatakan akan mematuhi aturan diietnya. - Klien mengatakan lapar sudah teratasi O : - GDS : 196 gr/dl A : Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi - Pantau perkembangan kesehatan klien Perawat  Lingga A.T.
2	Tanggal Pukul 20.20 Pukul 20.40	- Meletakkan bantalan pada area tubuh yang terganggu untuk melindungi area luka tersebut. - Melindungi tubuh terhadap perubahan suhu yang ekstrim. - Menggunakan jadwal tindak lanjut untuk meningkatkan motivasi . - Memotivasi klien agar melakukan aktivitas atau latihan hingga saat sudah pulang dari rumah	S: Pukul 20.30 - Klien mengatakan kesemutan frekuensinya telah berkurang O : Pukul 20.45 - CRT 3 detik - Akral teraba hangat - Klien masih mengingat gerakan latihan tangan dan kaki A: Masalah teratasi

1	2	3	4
		sakit - Cek kembali CRT pasien, dan akral	P : Hentikan Intervensi Perawat  Lingga A.T
3	Tanggal 11 Maret 2020 Pukul 21.00 Pukul 21.45	- Mengurangi ketidaknyamanan fisik - Melakukan ROM aktif untuk mengurangi kekakuan otot - Mendorong klien untuk duduk ditempat tidur - Menyediakan tempat tidur berketinggian rendah, yang sesuai	S: Pukul 21.25 - Klien mengatakan sudah mulai mencoba beraktivitas O : Pukul 21.30 - Klien belum mampu duduk secara mandiri - Klien mampu mengikuti gerakan ROM dengan baik A : masalah teratasi P : Hentikan Intervensi Perawat  Lingga A.T
4	Tanggal 11 Maret Pukul 08.00	- Memonitor karakteristik luka. Luka masih terdapat pus yang tidak dapat keluar. - Mengukur luas luka . ukuran luka ± 10 cm - Memperkuat balutan luka, sesuai kebutuhan. - Memeriksa tanggal kadaluwarsa obat. Kadaluwarsa pada Agustus 2021. - Melakukan prinsip 6 benar obat (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi) - Memberikan obat IV dengan kecepatan yang tepat. <i>ceftriaxone</i> ® 1 gr.	Pukul 09.00 S : - Klien mengatakan masih merasa nyeri, namun nyeri telah berkurang O : - Luka terdapat pus - Pus tidak dapat keluar - Luas luka ± 10 cm - Bau busuk berkurang - Skala nyeri=4 A: Masalah teratasi sebagian P : Hentikan intervensi. - Klien pada pukul 11.30 WIB untuk dilakukan <i>debridement</i> .

1	2	3	4
			- Pantau perkembangan kesehatan dan proses penyembuhan luka klien setelah dilakukan operasi <i>debridement</i>