

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Tarwoto (2011) pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan. Tahap ini sangat penting dalam menentukan tahap tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penepatan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko dan spritual.

Brunner, Sudarth (2005) dalam Wijaya & Putri (2013 : 214) tanda dan gejala *ulkus diabetik* dapat dilihat berdasarkan stadium, bila terjadi sumbatan kronik, maka akan timbul gambaran klinis sebagai berikut : Stadium 1 gejala tidak khas (kesemutan), stadium II terjadi klaudikasio (jarak tempuh menjadi pendek), stadium III timbul nyeri saat istirahat, stadium IV terjadi kerusakan jaringan karena ulkus.

Pada saat penulis melakukan pengkajian pada tanggal 08 – 10 Maret 2021 pada Tn.K, terdapat kesamaan antara konsep teori dengan pengakjian yakni klien mengatakan nyeri pada punggung kaki kanan, terdapat kerusakan kulit / jaringan akibat luka ulkus, terdapat kemerahan pada luka disertai push dan berbau, klien mengatakan skalanya nyeri 5 (0-10), pada saat pemeriksaan tekanan darah klien 130/90 mmHg, nadi 98x/menit, Rr 20x/menit, suhu 36,8°C, klien juga mengatakan nyeri saat kaki digerakkan

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2015) Diagnosa Keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi

keperawatan yang mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan yang ada pada tanggung jawabnya.

Diagnosa yang sering muncul pada klien *ulkus diabetikum* menurut teori (Nurarif & Kusuma, 2015 : 188) yaitu :

1. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan perubahan Sirkulasi ditandai dengan kerusakan jaringan / lapisan kulit, kemerahan.
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologi (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan adanya luka pada kaki
4. Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)
5. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan aliran arteri / vena.

Saat dilakukan pengakajian tanggal 08 – 10 Maret 2021 pada Tn.K didapatkan diagnosa keperawatan yang muncul :

1. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme ditandai dengan terdapat luka pada punggung kaki kanan, panjang luka sekitar 8-10 cm, lebar 5 cm, kedalaman 2mm, luka berbau, warna luka kemerahan serta terdapat pus kekuningan
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis (inflamasi dan Iskemi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, skala nyeri 5 (0-10)
3. Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)
4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan klien mengatakan tidak bisa tidur dengan nyenyak, klien mengatakan sering terbangun pada malam hari
5. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan GDP : 379 mg/dl, Klien tampak lemah, klien mengeluh pusing
6. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengatakan semenjak dirawat di rumah sakit klien sama sekali belum mandi, kuku klien tampak kotor

7. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan klien mengatakan susah untuk berjalan karena luka kaki, klien mengatakan lemah.
8. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan klien mengatakan khawatir terhadap lukanya, sulit tidur

Berdasarkan data yang muncul penulis memprioritaskan 3 diagnosa yakni

1. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme ditandai dengan terdapat luka pada punggung kaki kanan, panjang luka sekitar 8-10 cm, lebar 5 cm, kedalaman 2mm, luka berbau, warna luka kemerahan serta terdapat pus kekuningan
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis (inflamasi dan Iskemi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, skala nyeri 5 (0-10)
3. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan GDP : 379 mg/dl, Klien tampak lemah, klien mengeluh pusing

Berdasarkan data diatas didapatkan persamaan diagnosa antara teori dengan pengakajian, hanya saja ada tambahan diagnosa lain yang muncul berbeda dari teori saat dilakukan pengakajian karena terdapat data keluhan dari klien sebagai penunjang munculnya diagnosa tersebut.

C. Rencana Keperawatan

Tahap perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni,L & Apriyani,H, 2017).

Rencana keperawatan yang dibuat penulis pada kasus *ulkus diabetikum* pada Tn. K dengan diagnosa keperawatan :

- a. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme ditandai dengan terdapat luka pada punggung kaki kanan, panjang luka sekitar 8-10 cm, lebar 5 cm, kedalaman 2mm, luka berbau, warna luka kemerahan serta terdapat pus kekuningan

- b. Berdasarkan label SLKI dibawah, gangguan integritas kulit/jaringan dipilih karena ditemukannya luka pada punggung kaki kanan klien yang berwarna kemerahan disertai push, dan terdapat kerusakan kulit akibat dari adanya luka.

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018)

a. Integritas Kulit / Jaringan (L.14125)

- 1) Kerusakan jaringan menurun
- 2) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Kemerahan menurun

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018)

b. Perawatan Integritas Kulit (I.11353)

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
- 2) Anjurkan minum air putih yang cukup
- 3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

c. Perawatan Luka (I.14564)

- 1) Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau)
- 2) Monitor tanda tanda infeksi
- 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 4) Bersihkan dengan
- 5) cairan NaCl ataupun pembersih non toksik
- 6) Bersihkan jaringan nekrotik
- 7) Pasang balutan sesuai jenis luka

2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pecendera fisiologis (inflamasi dan Iskemi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, skala nyeri 5 (0-10)
Label SLKI tingkat nyeri dipilih karena sesuai dengan hasil pengkajian pada Tn.K yang mengatakan merasakan nyeri pada luka punggung kaki kanannya, skala nyeri 5(0-10).

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018)

- a. Tingkat Nyeri (L.08066)
 - 1) Keluhan nyeri menurun
 - 2) Skala nyeri 5 menurun

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018)

- a. Manajemen Nyeri (I.08238)
 - 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas nyeri
 - 2) Identifikasi skala nyeri
 - 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 - 4) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
 - 5) Mengukur Tanda tanda vital
 - 6) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
 - 7) Fasilitasi istirahat dan tidur
 - 8) Jelaskan strategi meredakan nyeri
 - 9) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
 - 10) Kolaborasi pemberian analgetik

- 3. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan GDS : 379 mg/dl,,Klien tampak lemah, klien mengeluh pusing

Label SLKI ketidakstabilan kadar glukosa darah dipilih karena sesuai dengan kondisi klien saat pengkajian dimana kadar glukosa darah klien mencapai 379 mg/dl, , Klien tampak lemah, klien mengeluh pusing

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018).

- a. Kestabilan kadar glukosa darah Luaran (L.03022):
 - 1) Kadar glukosa dalam darah membaik
 - 2) Lemah menurun

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018)

- a. Manajemen Hiperglikemia (I.03115)
 - 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
 - 2) Monitor kadar glukosa darah
 - 3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia

- 4) Berikan asupan cairan oral
- 5) Anjurkan monitor glukosa darah secara mandiri
- 6) Kolaborasi pemberian cairan IV
- 7) Kolaborasi pemberian obat

Penulis telah menyusun dan melaksanakan rencana keperawatan sesuai dengan masalah klien, hanya saja ada rencana keperawatan yang tidak dapat dilakukan yakni memfasilitasi istirahat dan tidur dikarenakan klien sendiri sekarang berada di ruang bangsal dimana lingkungan rumah sakit sendiri sedikit bising dengan adanya keluarga pasien lain yang berdatangan.

D. Implementasi Keperawatan

Tarwoto & Wartonah (2015) implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemulihan kesehatan.

Dalam pelaksanaan ini penulis melaksanakan semua intervensi yang telah disusun berdasarkan kondisi klien selama 3 hari (08-10 Maret 2021) dengan alat yang tersedia dan sumber daya yang ada dirumah sakit serta kemampuan perawat ruangan.

Dari rencana keperawatan yang telah dibuat, terdapat satu rencana yakni memfasilitasi istirahat dan tidur tidak dilakukan karena, hanya saja ada rencana keperawatan yang tidak dapat dilakukan yakni memfasilitasi istirahat dan tidur dikarenakan klien sendiri sekarang berada di ruang bangsal dimana lingkungan rumah sakit sendiri sedikit bising dengan adanya keluarga pasien lain yang berdatangan.

Penulis juga memilih SLKI dan SIKI yang sesuai dengan kondisi klien sehingga tujuan dapat tercapai dan keluhan klien berkurang.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap dimana proses keperawatan menyangkut pengumpulan data objektif dan subjektif yang dapat menunjukkan masalah apa yang diselesaikan, apa yang perlu dikaji dan direncanakan, dilaksanakan dan dinilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum, sebagian tercapai atau timbul masalah baru (Wahid & Suprpto, 2013).

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada tanggal 08-10 Maret 2021 didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut :

1. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan teratasi sebagian
2. Nyeri Akut teratasi
3. Ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi.

Dari evaluasi ini diharapkan agar klien saat pulang kerumah untuk menjaga kebersihan lukanya dan rajin mengganti balutannya, agar tidak terjadi hal hal yang menyebabkan infeksi.

Hambatan dalam penulisan laporan tugas akhir ini adalah interaksi dengan klien agak terlalu sulit karena mengikuti protokol kesehatan karena pandemi, hingga untuk pengkajian sedikit berjarak. Lalu ada juga hambatan lain seperti keterbatasan alat alat steril seperti handcoon dirumah sakit, sehingga untuk membersihkan luka menggunakan alat yang sama dari satu pasien ke pasien lain. Serta referensi buku diperpustakaan ada yang terbitan tahun lama, diharapkan prodi untuk menambah referensi buku buku ulkus diabetikum dengan terbitan tahun terbaru lebih banyak.