

BAB III

LAPORAN STUDY KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Pengkajian dilakukan hari Kamis tanggal 11 Maret 2021, klien masuk rumah sakit pada tanggal 6 Maret 2021, Nama klien Tn.S, umur 60 tahun, dengan diagnosa medis *ulkus diabetikum + post debridement*, dirawat di RSUD Mayjend HM.Ryacudu Kotabumi Lampung Utara, alamat klien Kebon Empat, status perkawinan sudah menikah, beragama Islam, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama (SMP)

2. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Klien datang ke IGD RSUD Mayjend HM.Ryacudu Kotabumi Lampung Utara, pada tanggal 6 Maret 2021 sebelumnya dirawat di Ruang Penyakit Dalam dengan keluhan keluhan lemas, nyeri, dan terdapat luka di punggung kaki sebelah kanan. Saat tanggal 10 Maret 2021 di rawat di ruang bedah klien mengatakan terdapat luka di punggung kaki sebelah kanan, luka sekitar 7 cm, luka bau, warna luka merah disekitar luka cenderung kehitaman, terdapat pus.

b. Keluhan saat pengkajian

Ketika dilakukan pengkajian klien pada tanggal 11 Maret 2021 mengatakan ada luka di punggung kaki sebelah kanan, klien mengatakan nyeri pada luka ulkus di punggung kaki kanan, nyeri dirasakan sudah 2 minggu yang lalu, nyeri

dirasakan jika kaki digerakkan, skala nyeri 6 , nyeri hilang
timbul saat klien

beristirahat, klien tampak meringis dan menahan nyeri, klien mengatakan nyeri sampai bagian ke betis pada kaki, tampak meringis kesakitan. selain keluhan diatas ada keluhan klien mengatakan lemas dan Lesu.

3. Riwayat Kesehatan lalu:

Klien mengatakan tidak ada alergi obat, klien mengatakan belum pernah mengalami kecelakaan, klien mengatakan baru kali ini dirawat di rumah sakit, klien memiliki riwayat *hipertensi* dan *diabetes*, tidak ada riwayat pengobatan, sudah melakukan operasi *debridement* pada 12 Maret 2021.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Pada saat pengkajian klien tidak mengetahui kesehatan keluarganya apakah keluarganya ada yang terkena ulkus diabetikum atau tidak.

5. Pengkajian psikososial dan spiritual

Klien tampak gelisah, klien tegang, dapat berkonsentrasi dengan baik, kontak mata klien baik, tidak marah, dan suara tidak bergetar jika saat berbicara klien mengatakan tidak ada masalah saat berkomunikasi dengan keluarga maupun orang asing.

6. Lingkungan

Keluarga klien mengatakan lingkungan rumah bersih, tidak ada polusi, tidak terdapat pabrik disekitar rumah.

7. Pola nutrisi dan cairan

a. Pola nutrisi

Keluarga klien mengatakan klien makan melalui oral, klien makan 3 kali sehari menghabiskan seluruh porsi, keluarga klien mengatakan klien tidak ada alergi makanan, klien tidak mengalami gangguan menelan dan tidak terdapat sariawan.

b. Pola cairan

Keluarga klien mengatakan klien minum kurang lebih 5-6 gelas per hari, klien terpasang RL 20 tetes per menit, klien tidak mengalami edema.

8. Pola Eliminasi

a. Buang air kecil (Bak)

Keluarga klien mengatakan Bak 4-5 kali sehari, warna *urine* kuning jernih, terdapat bau khas pada *urine*, tidak ada keluhan saat Bak.

b. Buang air besar (Bab)

Keluarga klien mengatakan Bab 1-2 kali dalam 2 hari, terdapat warna khas *feses*, terdapat bau khas *feses*, Klien tidak menggunakan obat pencahar, klien mengatakan tidak nyaman saat bab karena rasa nyeri pada kaki sebelah kanan.

9. Pola *personal hygiene*

Keluarga klien mengatakan mandi 2 kali dalam sehari, Klien mengatakan mandi hanya di usap, klien mandi pagi dan sore.

10. Pola istirahat dan tidur

Keluarga klien mengatakan klien sulit tidur karena nyeri, skala nyeri 6 dan klien mengalami perubahan pola tidur biasanya klien tidur 7-8 jam perhari setiap malam saat dirumah, saat sakit dirumah sakit klien tidur hanya 4-5 jam perhari setiap malam, keluarga klien juga mengatakan klien sering terbangun saat tidur dimalam hari maupun disiang hari, kondisi klien tampak lemas dan lesu.

11. Pola Aktivitas dan latihan

Keluarga klien mengatakan klien bekerja sebagai petani, klien mengatakan kerja dari pagi sampai sore, klien mengatakan

kadang sakit di kaki, saat sakit klien hanya terbaring di tempat tidur, klien mengeluh nyeri saat bergerak, klien cemas saat bergerak, keluarga mengatakan aktivitas klien saat sakit di bantu seperti mandi, bab/bak, klien tampak lemah.

12. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya, klien merokok 5-6 batang/hari, tidak meminum minuman keras, dan tidak ketergantungan obat.

13. Pola seksual reproduksi

Klien tidak memiliki masalah dalam seksual reproduksi

14. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Tingkat kesadaran Klien : composmentis

Glasgow Coma Scale (GCS) : E₄M₆V₅

TB/BB: 160cm /60kg

Tanda –tanda vital : Tekanan darah: 143/84, Nadi: 80x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 °C

b. Kepala

Bentuk kepala bulat , rambut klien sudah terdapat uban , tidak terdapat benjolan pada tulang kepala , rambut bersih, penyebaran rambut merata, tidak terdapat kotoran, struktur pada wajah klien lengkap dan simetris.

c. Sistem Penglihatan

Klien tidak ada masalah penglihatan, posisi mata simetris kanan dan kiri, *konjungtiva* tidak *anemis*, *sklera* tidak *ikterik*, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, tidak ada

menggunakan alat bantu penglihatan (kaca mata) , reflek pupil *isikor* ,tidak ada nyeri tekan pada mata, ukuran pupil 2ml.

d. Sistem pendengaran

Klien tidak ada masalah pendengaran ,simetris kanan dan kiri,ukuran telinga sedang,tidak terdapat benda asing dan tidak ada pendarahan, tidak ada serumen, telinga bersih, tidak ada cairan pada telinga dan klien mampu mendengar dengan baik.

e. Sistem wicara

Klien tidak memiliki gangguan wicara, dapat berbicara jelas.

f. Sistem pernafasan

Klien mengatakan tidak sesak, tidak ada suara nafas tambahan,klien tidak terpasang O₂, RR: 20x/menit

g. Sistem *kardiovaskuler*

Klien tidak memiliki masalah *kardiovaskuler*, Nadi: 80x/menit, pengisian *CRT*<3 detik, klien tidak merasakan nyeri dada

h. *Neurologi*

kekuatan otot

4444	4444
4444	4444

i. Sistem pencernaan

Klien mengatakan tidak mengalami kesulitan saat menelan,
Klien tidak muntah, tidak ada nyeri pada daerah perut.

j. Sistem *imunologi*

Klien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening

k. Sistem *endokrin*

Tidak tremor, napas klien tidak bau keton, tidak ada pembesaran kelenjar *tyroid*, klien mengatakan merasa haus

l. Sistem *genital*

Klien tidak ada masalah sistem *genital*, klien tidak terpasang kateter.

m. Sistem *integumen*

Keadaan kuku klien bersih, keadaan kulit klien tidak bersih, ada bekas luka dikulit, kering, klien terdapat luka ulkus di punggung kaki, panjang luka 7cm, lebar 5cm, kedalaman 1 mm, luka berbau, warna luka merah disekitar luka cenderung kehitaman.

n. Sistem *muskuloskeletal*

Klien tidak ada *fraktur*, sakit pada tulang dan sendi, klien tidak menggunakan alat bantu

15. Penatalaksanaan Medis

Tabel 3.1
Pengobatan Tn.S diruang bedah RSD Mayjend HM.Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara 11-13 Maret 2021

11 maret 2021	12 maret 2021	13 maret 2021
Ceftriaxone 2x1	Ceftriaxone 2x1	Ceftriaxone 2x1
Ketorolac 3x1	Ketorolac 3x1	Ketorolac 3x1
Ranitidin 2x1	Ranitidin 2x1	Ranitidin 2x1
Sucralfate 3x1	Sucralfate 3x1	Sucralfate 3x1

16. penatalaksanaan keperawatan

- a. Menagganti balutan
- b. Memonitor tanda tanda vital
- c. Memantau keluhan klien

d. Memonitor glukosa darah

17. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2
Hasil Laboratorium Tn. S di ruang bedah RSD Mayjend
HM.Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 10-12 Maret 2021

No	Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai
1	10 maret 2021	Glukosa Darah Sewaktu	108	100-200mg/Dl
2	11 Maret 2021	Glukosa Darah Sewaktu	125	100-200mg/Dl
3	12 Maret 2021	Glukosa Darah Sewaktu	169	100-200mg/Dl
4	10 maret 2021	<i>Hemoglobin</i>	11,6	11.0-15.0 gr/dl

18. Data Fokus

Dari hasil pengkajian dapat di paparkan beberapa data yang bermasalah pada Tn.S yang tertulis pada tabel sebagai berikut:

Tabel 3.3
Data Fokus Tn. S diruang bedah RSD Mayjend HM.Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara
11-13Maret 2021

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1. Klien mengatakan ada luka pada kaki sebelah kanan nya	1. Tampak luka di punggung kaki kanan klien
2. klien mengatakan Nyeri pada <i>ulkus</i> di punggung kaki	2. Panjang luka 7cm, lebar 5 cm, kedalaman 1 mm
3. klien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk jarum	3. Warna luka merah disekitar luka cenderung kehitaman
4. klien mengatakan nyeri	4. Terdapat pus

<p>timbul ketika kaki di gerakkan</p> <p>5. klien mengatakan nyeri hilang timbul saat istirahat</p> <p>1</p>	<p>5. Luka berbau</p> <p>6. Pasien tampak meringis kesakitan skala nyeri 6 (0-10)</p> <p>2</p>
<p>6. Pasien mengatakan nyeri sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>7. Klien mengatakan lemas</p> <p>8. Keluarga klien mengatakan klien sulit tidur dan mudah terbangun</p> <p>9. Klien mengatakan saat sakit tidur 4-5 jam dalam sehari</p> <p>10. Klien mengatakan jika mandi 2kali sehari pagi dan sore hanya di usap</p> <p>11. Klien di bantu oleh keluarga dalam Bab dan Bak</p>	<p>7. klien tampak lemah</p> <p>8. TD: 143/84 mmHg</p> <p>9. RR: 20x/menit</p> <p>10. T: 36,5C</p> <p>11. N: 80x/menit</p> <p>12. GDS : 169 mg/dl</p> <p>13. Pasien di bantu oleh keluarganya dalam Bab dan Bak</p> <p>14. Klien hanya terbaring di tempat tidur</p> <p>15. <i>Hemoglobin</i>: 11,6 gr/dl</p>

19. Analisa data

Dari hasil pengkajian terhadap Tn.S sebagaimana tercantum pada data fokus maka dapat dilakukan analisa data sebagai berikut:

Tabel 3.4
 Analisa Data
 Tn.S pada kasus ulkus diabetikum
 Di ruang bedah RSD.Mayjend HM.Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	DS : 1. Klien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki kanan DO : 1. Tampak luka pada punggung kaki kanan 2. panjang luka 7cm, lebar 5 cm, kedalaman 1 mm 3. Terdapat <i>pus</i> 4. Luka berbau 5. Warna luka merah disekitar luka cenderung kehitaman	Gangguan integritas kulit dan jaringan	<i>Nekrosis luka ulkus diabetikum</i>

1	2	3	4
2	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan Nyeri pada luka ulkus di kaki 2. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk jarum 3. Klien mengatakan nyeri hilang saat istirahat 4. Klien mengatakan Nyeri sejak 2 minggu yang lalu <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis kesakitan 2. Skala nyeri 6 (0-10) 	Nyeri Akut	Agen pencedera fisiologis (inflamasi dan iskemi)

1	2	3	4
3.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan lemas 2. Klien mengatakan lesu 3. Klien mengatakan pusing <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. GDS : Gula Darah Sewaktu <p>Tanggal 10: 108 mg/dl Tanggal 11: 125 mg/dl Tanggal 12 : 169mg/dl</p>	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	Gangguan toleransi glukosa

1	2	3	4
4	DS : 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Klien mengatakan mudah terbangun saat tidur 3. Klien mengatakan saat sakit tidur 4-5 jam dalam sehari DO : 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak lemas 3. Klien tampak les	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur

1	2	3	4
5	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan dibantu oleh keluarga untuk mandi 2. klien mrngatakan dibantu keluarga dalam Bab dan Bak <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien tampak diusap keluarganya saat dimandikan pagi dan sore 2. klien tampak dibantu keluarga dalam Bak dan Bab 	Defisit Perawatan Diri	Kelemahan

1	2	3	4
6	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit <i>diabetes</i> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak terdapat luka pada punggung kaki kanan 2. ukuran luas luka Panjang 7 cm, lebar 5 cm, kedalaman 1 mm 3. <i>Hemoglobin</i>: 11,6 gr/dl 	Resiko Infeksi	Penyakit kronis(<i>diabetes melitus</i>)

B. Diagnosa Keperawatan

1. Dari analisa data dapat ditegakkan diagnosa keperawatan, antara lain :
 - a. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan nekrosis luka ulkus ditandai dengan kerusakan kulit/jaringan,kemerahan
 - b. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri,tampak meringis
 - c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa ditandai dengan pasien lelah dan lesu
 - d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur ditandai dengan pasien mengeluh sulit tidur
 - e. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan tidak mampu mandi/ke toilet/secara mandiri
 - f. Resiko Infeksi ditandai dengan penyakit kronis diabetes melitus

2. Prioritas diagnosa keperawatan
 - a. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan *nekrosis* luka *ulkus* ditandai dengan kerusakan kulit/jaringan,kemerahan.
 - b. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri,tampak meringis.
 - c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan pasien lelah dan lesu

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5
Rencana keperawatan kepada Tn. S di ruang bedah RSD mayjend.HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan diabetes melitus ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki kanan <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak luka pada punggung kaki kanan 2. panjang luka 7 cm, lebar 5 cm, kedalaman 1 mm 3. Terdapat <i>pus</i> 4. Luka berbau 5. Warna luka merah sekitar luka cenderung kehitaman 	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.kerusakan jaringan menurun 2. kerusakan lapisan kulit menurun 3. nyeri berkurang 4. kemerahan berkurang 5. pigmentasi normal 	<p>Perawatan luka (1.14564)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.monitor karakteristik luka (<i>drainase</i>, warna, ukuran, bau) 2. bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik 3. bersihkan jaringan nekrotik 4. pasang balutan sesuai jenis luka 5. ganti balutan sesuai jumlah exsudat dan drainase 6. kolaborasi prosedur debridement

1	2	3	4
2	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan Nyeri pada luka <i>ulkus</i> di punggung kaki 2. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk jarum 3. Klien mengatakan nyeri hilang saat istirahat 4. Klien mengatakan Nyeri sejak 2 minggu yang lalu <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis kesakitan 2. Skala nyeri 6 (0-10) 3. TD : 143/84mmhg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,5 C 	<p>Tingkat Nyeri (c: L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada Keluhan nyeri 2. Meringis 3. Gelisah 4. Tekanan darah normal 	<p>Manajemen Nyeri (c: I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam) 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 6. Kolaborasi dalam pemberian analgetik 7. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri

1	2	3	4
3	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan lemas 2. Klien mengatakan lesu 3. Klien mengatakan pusing <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. GDS : Gula Darah Sewaktu <p>tanggal 10 : 108 mg/dl tanggal 11 : 125 mg/dl tanggal 12 : 169 mg/dl</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah (L.03022 h:43)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lelah/lesu berkurang 2. Berkeringat 3. Rasa haus 4. Tidak pusing 	<p>Manajemen Hiperglikemia (I. 03115 h: 180)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar gula darah 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 4. Berikan asupan cairan oral 5. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 6. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 7. Ajarkan pengelolaan diabetes (pengganti karbohidrat)

D. Implementasi dan evaluasi

Tabel 3.6
Implementasi dan Evaluasi kepada Tn. S di ruang bedah RSD. Mayjend HM.Ryacudu kotabumi,Lampung utara
Catatan Perkembangan hari pertama

No	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	11 Maret 2021 20.00 Wib 20.30 Wib 20.45 Wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat karakteristik luka misalnya warna luka,ukuran luka,bau luka 2. Melihat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 	<p>Pukul: 21.00 Wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki kanan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak luka pada punggung kaki kanan 2. Panjang luka 7cm, lebar 5cm, kedalaman 1 mm 3. Terdapat pus 4. Luka berbau 5. Warna luka merah sekitar luka cend erung kehitaman <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Perawatan luka (c: I.14564 h: 328)

1	2	3	4
2	11 Maret 2021 20.50 20.55 21.00 21.10 21.15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji nyeri seperti lokasi, karakteristik 2. Mengkaji skala nyeri 3. Mengkaji faktor memperberat dan memperingan nyeri 4. Memonitor tanda tanda vital 	Pukul: 21.50Wib S: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan Nyeri pada luka ulkus di punggung kaki 2. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk jarum 3. Klien mengatakan nyeri hilang timbul saat istirahat 4. Klien mengatakan Nyeri sejak 2 minggu yang lalu O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis kesakitan 2. Skala nyeri 6 (0-10) 3. TD : 140/90 mmhg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,5 C A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Nyeri

1	2	3	4
3	11 Maret 2021 21.20 Wib 21.25 Wib 21.30 Wib 21.35 Wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kemungkinan penyebab <i>hiperglikemia</i> 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memonitor tanda dan gejala <i>hiperglikemia</i> 4. Pemberian insulin 8 unit IM 	Pukul: 24.00 Wib S: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan lemas 2. Klien mengatakan lesu 3. Klien mengatakan pusing O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. GDS pada tanggal 10 : 108 mg/dl A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Manajemen Hiperglikemia

Tabel 3.7
Implementasi dan Evaluasi kepada Ny.S di ruang bedah Fresia lantai 3 RS Handayani
Catatan perkembangan hari kedua

No	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	12 maret 2021 07.00 Wib 07.30Wib 07.35 Wib 07.40 Wib 09.00 Wib 12.30 Wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan perawatan luka dengan cara bersihkan dengan cairan NaCl dan pasang balutan 2. Monitor karakteristik luka 3. Menganjurkan perubahan posisi miring kanan miring kiri setiap 2 jam 4. Menganjurkan minum air yang cukup 8 gelas/hari 5. Kolaborasi Prosedur debridement diruang oprasi 6. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik ceftriaxone 1 ampul IV 	<p>Pukul: 14.00 Wib</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyaman setelah diganti balutan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak lebih nyaman 2. Panjang luka 7 cm, lebar 5 cm, kedalaman 1mm 3. Luka tampak bersih 4. warna luka merah sekitar luka cenderung kehitaman 5. Luka masih sedikit bau 6. Telah dilakukan prosedur debridement diruang oprasi <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Perawatan luka (c: I.14564 h: 328)</p>

1	2	3	4
2	12 Maret 2021 07.45 Wib 07.50 Wib 08.00 Wib 10.00 Wib 12.30 Wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji nyeri seperti lokasi, karakteristik 2. Mengkaji skala nyeri 3. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam 4. Memonitor tanda tanda vital 5. Kolaborasi dalam pemberian analgetik Ketorolac 1 ampul IV Ranitidin 2 ampul IV	Pukul: 14.00 Wib S: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang setelah melakukan relaksasi nafas dalam 2. Klien mengatakan lebih nyaman O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak mengerti cara relaksasi nafas dalam 2. Klien tampak menahan nyeri 3. Skala nyeri 3 (0-10) 4. TD : 140/85 mmhg N : 80 x/menit RR : 22 x/menit S : 36,2 C A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Nyeri (c: 08238 h: 201)

1	2	3	4
3	12 Maret 2021 10.05 Wib 10.10 Wib 10.15 Wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kadar glukosa darah 2. Menganjurkan minum yang cukup 3. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet diabetes 	Pukul:12.00 Wib S: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih sedikit lesu 2. Klien mengatakan pusing berkurang O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak masih lemah 2. GDS pada tanggal 11: 125 mg/dl A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi Manajemen Hiperglikemia L.03115

Tabel 3.8
Implementasi dan Evaluasi kepada Tn.S diRuang bedah RSD mayjend HM.Ryacudu kotabumi, Lampung utara
Catatan perkembangan hari ketiga

No	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	13 Maret 2021 07.00 Wib 07.10 Wib 11.45 Wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan perawatan luka bersihkan dengan cairan NaCl 2. Monitor karakteristik luka 3. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik ceftriaxone 1ampul IV 	Pukul: 14.00 Wib S: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyaman setelah di ganti balutan O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka tampak bersih 2. Warna luka merah kehitaman 3. Bau berkurang A: masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan luka (L.14564)

1	2	3	4
2	13 Maret 2021 09.00 Wib 09.15 Wib 11.30 Wib 12.00 Wib 12.30 Wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji nyeri seperti lokasi, karakteristik 2. Mengkaji skala nyeri 3. Memonitor tanda tanda vital 4. Mengevaluasi teknik relaksasi nafas dalam 5. Kolaborasi dalam pemberian Obat <ul style="list-style-type: none"> -Ketorolac 1ampul IV -Ranitidin 1 ampul jam IV 	Pukul: 14.00 Wib S: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah bisa melakukan secara mandiri cara relaksai nafas dalam 2. Klien mengatakan lebih nyaman 3. Klien mengatakan sudah tidak nyeri O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak nyaman 2. Skala Nyeri 3 (0-10) 3. TD : 143/84 mmhg <ul style="list-style-type: none"> N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,5 C A: masalah teratasi P: lanjutkan intervensi Hentikan intervensi

1	2	3	4
3	13 Maret 2021 13.00 Wib 13.15 Wib	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan pengelolaan <i>diabetes</i> dengan mengganti nasi dengan ubi-ubian 2. Memonitor kadar glukosa darah 	Pukul: 15.00 Wib S: <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah tidak terlalu lesu seperti ygbelumnya O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sudah tidak lemah 2. GDS tanggal 12 : 169 mg/dl A: Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Hiperglikemia (L.02062)