

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL

4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian dilakukan di RS Siti Khodijah Sepanjang diruang Sofa Marwah kamar 6 yang memiliki 3 bad dan dilengkapi dengan lemari setiap bad dan tutup hordel, posisi Klien yang di teliti adalah dibad 1. Sedangkan Klien 2 di kamar 8 yang memiliki 1 bad klien dan dilengkapi dengan lemari

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien Pertama Tn.N

Tn.N umur 55 tahun berjenis kelamin laki-laki, suku bangsa Jawa Indonesia, alamat Tanggung Sari , pekerjaan swasta, pendidikan SMP, agama islam, masuk rumah sakit pada tanggal 24.07.2016 pada pukul 13.00 WIB dengan diagnosa Medis DM gangren.

2. Keluhan Utama

Pada klien pertama : terdapat luka gangren pada kaki kiri.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada klien pertama : Klien mengatakan datang ke IGD Jam 10.00 WIB Tanggal:24 juli 2016 dengan keluhan terdapat luka pada kaki sebelah kiri, Klien di UGD dilakukan pemeriksaan TTV: didapatkan Tensi: 130/80 mmHg, Suhu: 36,8°C, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit, dan tindakan injeksi: Terfacef 2x1. Ceftriaxone 2x1gr. Klien mengatakan luka tersebut awalnya

terkena duri dan dibiarkan begitu saja hanya dibersihkan dirumah, setelah 1 bulan lebih ternyata luka tersebut tidak sembuh akhirnya klien dibawa ke puskesmas kedurus untuk dibersihkan dan diperiksakan lukanya, klien di IGD disarankan untuk rawat inap kemudian pasien dibawa keruang Sofmar dengan Diagnosa medis DM gangren.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

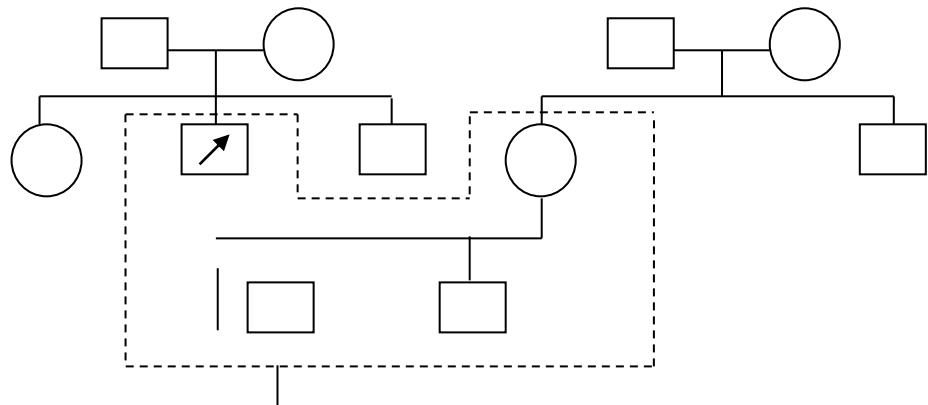
Pada pasien pertama pasien mengatakan dirinya menderita DM sejak 8 bulan yang lalu, dan sebelumnya pernah dirawat di puskesmas kedurus \pm 5 bulan yang lalu karena luka gangren di kaki kirinya. Pada saat ditanya tentang riwayat kontrol dan minum obat, pasien mengatakan jarang minum obat dan tidak pernah kontrol. Klien tidak memiliki riwayat alergi baik makanan, obat, atau yang lain.


5. Riwayat Penyakit Keluarga


Pada riwayat penyakit keluarga didapatkan data : Pada pasien pertama pasien mengatakan ada keluarga pasien yang menderita penyakit Kencing Manis dan ada yang meninggal karena penyakit tersebut yaitu dari ibu pasien. Ibu meninggal 7 tahun yang lalu.


Genogram

Genogram Tn.N



Ket :  = Laki – Laki

 = Perempuan

 = Pasien

----- = Tinggal Serumah

POLA FUNGSI KESEHATAN

1. Pola Persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pada pasien pertama didapatkan data :

SMRS: pasien mengatakan di rumah pasien jarang berolahraga, pasien merokok dan kalau sakit hanya membeli obat di warung biasa, mandi 3 kali sehari, dan sikat gigi 2 kali perhari

MRS: pasien mengatakan sudah tidak merokok, mandi 2 kali sehari dengan cara diseka diatas tempat tidur oleh keluarga

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien pertama didapatkan data :

SMRS: Pasien mengatakan di rumah makan sebanyak 3 kali sehari dengan menu sayur, nasi, lauk dan 1 porsi habis dan terkadang pasien klo ada makan

buah setelah makan. Pasien mengatakan minum \pm 2000 ml/hari air putih, teh, susu, BB 44

MRS: Pasien mengatakan makan 3x sehari dapat diet dari RS 2100 kalori habis setengah porsi, minum \pm 1500 ml/hari air putih, teh anget. Badan pasien kurus tetapi tidak terlihat kering, pasien tidak mual dan muntah, bibir lembab,

BB: Dari 44 turun jadi 42. jadi turun 2 kg , mendapatkan terapi Infus RL 20 tpm.

A : Berat Badan 42 kg, Tinggi Badan 155 cm

B : HGB = 11,0

RBC = 4.46

WBC = 8.81

C : GCS 4.5.6

D : TKTP Bubur Halus

Masalah keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3. Pola Eliminasi

1) Eliminasi Alvi

Pada pasien pertama didapatkan data :

SMRS: Pasien mengatakan di rumah BAB sebanyak 1 kali sehari dengan berbentuk padat, warna kuning kecoklatan, berbau khas. . Pasien tidak ada kesulitan saat buang air besar.

MRS: pasien mengatakan BAB 1x/ hari, dengan berbentuk padat, warna kuning kecoklatan, berbau khas. pasien ke kamar mandi dibantu oleh keluarganya.

2) Eliminasi Uri

Pada pasien pertama didapatkan data :

SMRS: Pasien mengatakan BAK dalam satu hari 4-5 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih dan berbau khas, dan tidak ada kesulitan saat buang air kecil.

MRS: pasien mengatakan BAK dalam satu hari 6-7 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih berbau khas kira-kira sebanyak 1000cc/ hari, dan Pasien tidak terpasang keteter. Pasien saat buang air kecil ke kamar mandi dengan bantuan keluarganya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4. Pola Istirahat dan tidur

Pada pasien pertama di dapatkan data :

SMRS: pasien mengatakan di rumah biasanya tidur ± 7 jam. Pasien tidur siang di rumah ± 2 jam dan total tidur sehari 9 jam.

MRS: Pasien mengatakan bisa tidur malam dan malam tetapi sering terbangun dikarenakan terasa nyeri dan lembab pada kaki sebelah kiri. Tidur siang dan malam ± 5 jam.

Masalah keperawatan : gangguan pola tidur

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Pada pasien pertama di dapatkan data :

SMRS: Pasien mengatakan selama di rumah pasien bekerja sebagai pedagang dan pasien jarang berolahraga,

MRS: Pasien mengatakan bisa melakukan sebagian aktivitas seperti ke kamar mandi, sholat di tempat tidur dan berdo'a semoga cepet sembuh.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

6. Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri

Pada pasien pertama di dapatkan data :

pasien mengatakan mengerti tentang penyakit yang di deritanya, dan pasien menerima kondisi tubuhnya yang lagi sakit dan berharap agar dirinya cepat sembuh.

Harga Diri

Pada pasien pertama di dapatkan data :

Pasien mengatakan tidak merasa malu walau dirinya sedang di rawat di rumah sakit karena terdapat penyakit Kencing manis. (Luka Gangren).

Ideal diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan dapat berkumpul kembali dengan keluarganya.

Peran

Pada pasien pertama di dapatkan data :

Pasien mengatakan berperan sebagai kepala keluarga yaitu ayah untuk anak-anaknya dan kakek untuk cucunya, pasien bekerja swasta yaitu pedagang

Pada saat di rawat di rumah sakit pasien tidak bisa melakukan perannya hanya bisa berbaring diatas tempat tidur, dan pasien berperan sebagai pasien.

Identitas diri

Pada pasien pertama di dapatkan data :

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan anak kedua dari 3 bersaudara.

7. Pola sensori dan kognitif

Sensori

Pada pasien pertama di dapatkan data :

pasien mengatakan kelima panca indera berfungsi dengan baik, kecuali kaki sebelah kiri sulit untuk digerakkan karena terdapat luka gangren sejak 4 bulan yang lalu.

Kognitif

Pada pasien pertama di dapatkan data :

Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dideritanya yaitu kencing manis, pasien tidak mengerti tentang cara pengobatan penyakit kencing manis, dan makann apa yang tidak diperbolehkan untuk penyakit kencing manis.

Masalah keperawatan : defisiensi pengetahuan

8. Pola reproduksi seksual

Pada pasien pertama di dapatkan data :

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan pasien sudah menikah dan sudah punya anak 2 yaitu 2 laki-laki.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9. Pola hubungan peran

Pada pasien pertama di dapatkan data :

Pasien mengatakan didalam keluarga pasien berperan sebagai bapak dan menjalin hubungan baik dengan keluarganya dan anak- anaknya, dan masyarakat disekitarnya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

10. Pola penanggulangan stres

Pada pasien pertama di dapatkan data :

pasien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan istrinya atau keluarganya. Pasien ingin cepet sembuh dan cepet pulang dikarenakan pasien ingin berkumpul dengan keluarganya dirumah dan tidak enak tinggal dirumah sakit.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pada pasien pertama di dapatkan data :

SMRS: Pasien megatakan di rumah solat 5 waktu dan biasanya pasien mengaji setelah solat.

MSR: Pasien mengatakan solat 5 waktu di atas tempat tidur tetapi tidak ngaji.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

Pemeriksaan Fisik

1. Kesehatan umum

Pada pasien pertama keadaan penyakit pasien ringan, tingkat kesadaran umum pasien kompos mentis, suara bicara jelas.

2. Tanda-tanda vital

Pasien pertama TD: 120/80 mmHg, Suhu: 36,8°C, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit,

3. Kepala

Pasien pertama didapatkan data:

Inspeksi: Kepala pasien berbentuk simetris, rambut berwarna hitam, tidak ada lesi, kulit kepala bersih.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan di kepala, tidak ada benjolan.

4. Muka

pada pasien pertama terdapat data:

Inspeksi: Pada pasien pertama wajah berbentuk oval, wajah sedikit menyeringai saat kaki bergerak, dikarnakan kaki kiri terdapat luka gangren, tidak ada lesi pada wajah, wajah tampak bersih.

5. Mata

Pada pasien pertama terdapat data:

inspeksi: Sekelera putih, konjungtiva merah muda, mata normal tidak menggunakan alat bantu, mata cowong, kornea hitam, pupil isokor

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan.

6. Telinga

Pada pasien pertama terdapat data:

Inspeksi: Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, telinga tampak bersih tidak ada serumen, tidak ada nyeri, peradangan normal, tidak lesi.

Palpasi: Tidak ada benjola, tidak ada nyeri tekan.

7. Hidung

Pada pasien pertama terdapat data:

Inspeksi: Bentuk simetris, terdapat bulu hidung, tidak ada polip, bersih, tidak ada epistaksis, tidak ada sekret. hidung tidak terpasang bantuan alat pernafasan / O₂

Nasal kanul

Palpasi: pada daerah sinus, frontalis, maksilaris, tidak ada nyeri tekan.

8. Mulut dan faring

Pada pasien pertama terdapat data:

Mulut bentuk simetris, mukosa bibir lembab, gigi lengkap, tidak kotor, dan tidak ada pendarahan pada gusi, tidak ada stomatitis, pasien tidak ada kesulitan bicara.

9. Leher

Pada pasien pertama didapatkan data:

Tidak ada kelainan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada leher, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

10. Thorax

Pada pasien pertama didapatkan data:

Bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak ada pembesaran jantung, tidak ada nyeri tekan pada dada, terdapat suara sonor diparuparu, dan jantung suara redup, suara nafas vesikuler, tidak ada wheezing dan ronchi suara S₁-S₂ tunggal.

11. Abdomen

Pada pasien pertama didapatkan data:

Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada asites, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, terdapat suara tympani, bising usus 12x/menit

12. Inguinal,genital dan anus

Pada pasien pertama didapatkan data:

Inguinal bersih, pasien tidak terpasang kateter tidak terdapat lesi, tidak ada peradangan. Anus bersih, tidak ada hemoroid, dan tidak ada lecet.

13. Integumen

Pada pasien pertama didapatkan data:

Kulit berwarna sawo matang, akral hangat, turgor kulit tidak baik, terdapat odem kaki kiri, dan terdapat luka gangren, luka ditutup dengan kasa steril, kaki agak sedikit kemerahan, derajat luka yaitu termasuk katagori 2 derajat, luas luka $\pm 10 \text{ cm}^2$, terdapat nekrosis pada kulit, nanah $\pm 1 \text{ cc}$ luka terdapat bau khas terpasang selang infus pada tangan sebelah kiri, turgor kulit kembali ± 3 detik.

14. Ekstremitas dan neurologis

Pada pasien pertama

Ekstremitas atas : untuk seluruh ekstrimitas atas pada pasien pertama dapat di gerakkan semua mulai dari kepala sampai perut.

Ektriemitas bawah : untuk ekstrimitas bawah bagian kaki sebelah kiri terbatas pergerakannya karena terdapat luka gangren di derajat II, GCS 4-5-6

Kekuatan otot	5		5
	<hr/>		
	5		5

Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien pertama

Nama : Tn.N

Umur : 55 tahun

Tanggal : 29 Juli 2016

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
HGB	11.0 [g/dl]	13,0-18,0
RBC	4.46 [$10^6/uL$]	4,5-5,5
HCT	33.3 [%]	40,0-50,0
MCV	74.7 [fL]	82,0-92,0
MCH	24.7 [pg]	27,0-31,0
MCHC	33.0 [g/dL]	32,0-37,0
RDW-SD	38.2 [fL]	35-47
RDW-CV	14.3 [%]	11,5-14,5
WBC	8.81 [$10^3/uL$]	4,0-11,0
PLT	234 [$10^3/uL$]	150-400
PDW	11,0 [fL]	9,0-13,0
MPV	9.9 [fL]	7,2-11,1
P-LCR	24.8 [%]	15,0-25,0
PCT	0,23 [%]	0,150-0,400

2. Terapi

Pasien pertama :

Tanggal : 28 Juli 2016

- 1) Infus RL 20 tpm
- 2) Injeksi santagesik 3x1 ampul
- 3) Injeksi ceftriaxone 2x1 gr
- 4) Humulil R 3x6 U (SC)
- 5) B Compex 3x1.
- 6) Santagesik 3x1 kp

Daftar masalah keperawatan

Daftar masalah yang muncul dari klien pertama sebagai berikut

1. Kerusakan integritas kulit
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
3. Gangguan pola tidur
4. Defisiensi pengetahuan

1. Identitas Klien Kedua Tn.A

Tn.A umur 45 tahun berjenis kelamin laki-laki, suku bangsa Jawa Indonesia, Alamat Geluran Taman RT 15 RW 3.pekerjaan sopir, pendidikan terakhir SMA, agama islam, masuk rumah sakit pada tanggal 27.07 .2016 pada pukul 09.00 WIB dengan diagnosa medis DM gangren.

2. Keluhan Utama

Pada klien kedua : terdapat luka gangren pada kaki kiri.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

pada pasien kedua: klien mengatakan terdapat luka pada kaki sebelah kiri dengan derajat II , Klien di UGD dilakukan pemeriksaan TTV: didapatkan Tensi: 110/80 mmHg, Suhu: 36,2°C, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit, dan tindakan injeksi: Terfacef 2x.1 Ceftriaxone 2x1gr. Klien

mengatakan luka tersebut awalnya terkena paku dan dibiarkan begitu saja hanya dibersihkan dirumah, setelah 2 minggu ternyata luka tersebut tidak sembuh akhirnya klien dibawa ke IGD untuk dibersihkan dan diperiksa lukanya, dan awalnya pasien tidak disarankan untuk rawat inap seteah 1 bulan ternyata luka tersebut luka tersebut tidak sembuh akhirnya pasien dibawa lagi ke IGD Siti Khodijah Sepanjang, klien di IGD disarankan untuk rawat inap kemudian pasien dibawa keruang Sofmar dengan Diagnosa medis DM gangren.

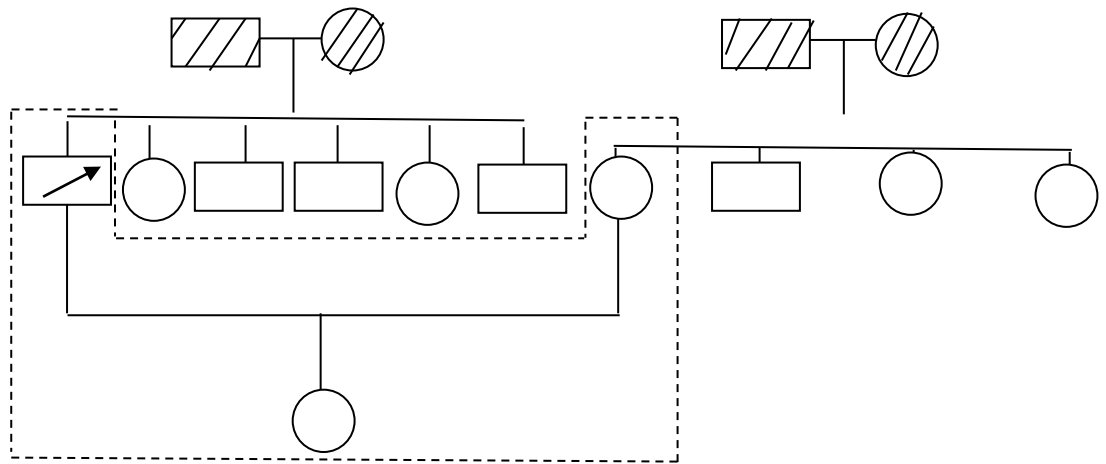
4. Riwayat Penyakit Dahulu


Pada klienke dua pasien mengatakan dirinya menderita DM sejak 3 bulan yang lalu, dan mempunyai riwayat gula darah tinggi sejak 3,5 tahun yang lalu \pm 306 dan sebelumnya pernah dirawat di RS Siti Khodijah Sepanjang sejak \pm 3 minggu yang lalu karena luka di kaki kirinya. Pada saat ditanya tentang riwayat kontrol dan minum obat, pasien mengatakan obat yang sudah dikasih dari RS Siti Khodijah Sepanjang diminum sampek habis ketika ditanya obat apa yang dikasih pasien mengatakan lupa namanya, namun tidak pernah kontrol. Klien tidak memiliki riwayat alergi baik makanan, obat, atau yang lain.


5. Riwayat Penyakit Keluarga


Sedangkan pada pasien kedua didapatkan data pasien mengatakan ada keluarga pasien yang menderita penyakit Kencing Manis yaitu dari keluarga bapak pasien, Ayahnya meninggal 5 tahun yang lalu.

Genogram Tn.A




Ket :  = Laki - laki

 = Perempuan

 = Pasien

 = Laki-Laki Meninggal

 = Perempuan Meninggal

----- = Tinggal Serumah

POLA FUNGSI KESEHATAN

1. Pola Persepsi dan tata laksana hidup sehat

Sedangkan pasien kedua didapatkan data :

SMRS: pasien mengatakan, di rumah pasien jarang berolahraga, pasien merokok dan kalau sakit hanya membeli obat di warung biasa, terkadang periksa ke RS Siti Khodijah Sepanjang, mandi 3 kali sehari, dan sikat gigi 3x kali sehari

MRS: pasien mengatakan sudah tidak merokok, mandi 2 kali sehari dengan cara diseka diatas tempat tidur oleh keluarga.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada klien kedua didapatkan data :

SMRS: Klien mengatakan di rumah makan sebanyak 3 kali sehari dengan menu sayur, nasi, lauk dan 1 porsi habis dan terkadang kalau ada klien makan buah setelah makan. Klien mengatakan minum \pm 2500 ml/hari air putih, teh, susu, BB 60

MRS: pasien mengatakan makan 3x sehari dapat diet dari RS 2100 kalori habis setengah porsi, minum \pm 1500 ml/hri air putih, teh anget. BB: Dari 60 turun jadi 56, jadi turun 4 kg , pasien gemuk, tidak kering, bibir lembab danmendapatkan terapi Infus RL 20 tpm.

A : Berat Badan 42 kg, Tinggi Badan 155 cm

B : HGB = 11,0

RBC = 4.46

WBC = 8.81

C : GCS 4.5.6

D : TKTP Bubur Halus

Masalah keperawatan : ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3. Pola Eliminasi

Eliminasi Alvi

Pada pasien kedua didapatkan data:

SMRS: Pasien mengatakan di rumah BAB sebanyak 1 kali sehari dengan berbentuk padat, warna kuning kecoklatan, berbau khas. Pasien tidak ada kesulitan saat buang air besar

MRS: pasien mengatakan BAB 1x/ hari, dengan berbentuk padat, warna kuning kecoklatan, berbau khas, pasien saat buang air besar lewat pispot dengan cara dibantu oleh keluarganya.

Eliminasi Uri

Pada pasien kedua didapatkan data:

SMRS: Pasien mengatakan BAK dalam satu hari 4-5 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih dan berbau khas, dan tidak ada kesulitan saat buang air kecil.

MRS: Pasien mengatakan BAK dalam satu hari 4-5 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih berbau khas kira-kira sebanyak 1000cc/ hari, dan Pasien terpasang keteter.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

4. Pola Istirahat dan tidur

Pada pasien kedua di dapatkan data:

SMRS: pasien mengatakan di rumah biasanya tidur ± 6 jam. Pasien tidur siang di rumah ± 2 jam total tidur selama sehari selama 8 jam.

MRS: Pasien mengatakan tidur ± 4 jam tetapi sering terbangun dikarenakan ruangnya terlalu dingin. Dan siang jarang tidur

Masalah keperawatan : gangguan pola tidur

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Pada pasien kedua di dapatkan data :

SMRS: Pasien mengatakan selama di rumah pasien bekerja sebagai sopir.

MRS: Pasien mengatakan kesulitan membolak balik posisi di karenakan nyeri di bagian luka pasien dan pergerakan pasien hanya miring kanan dan kiri, duduk, di bantu oleh keluarga dan perawat.

Masalah keperawatan : hambatan mobilitas fisik

6. Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri

Pada pasien kedua di dapatkan data :

pasien mengatakan sudah mengerti tentang sakit yang dialaminya saat ini pasien hanya berharap agar dirinya cepat sembuh, dan pasien menerima pada kondisi tubuhnya yang lagi sakit.

Harga Diri

Pada pasien kedua di dapatkan data :

Pasien mengatakan tidak merasa malu walau dirinya sedang di rawat di rumah sakit karena terdapat penyakit Kencing manis.

Identitas diri

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin cepat berkumpul lagi dengan keluarganya di rumah.

Peran

Pada pasien kedua di dapatkan data :

Pasien mengatakan berperan sebagai kepala keluarga yaitu ayah untuk anak-anaknya, pasien bekerja sebagai sopir. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien tidak bisa melakukan perannya hanya bisa berbaring diatas tempat tidur, dan pasien berperan sebagai pasien.

Identitas diri

Pada pasien kedua di dapatkan data :

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan anak pertama dari 6 bersaudara

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

7. Pola sensori dan kognitif**Sensori**

Pada pasien kedua di dapatkan data :

pasien mengatakan kelima panca indera berfungsi dengan baik, kecuali kaki sebelah kiri sulit untuk digerakkan karena terdapat luka gangren sejak 1 tahun yang lalu.

Kognitif

Pada pasien kedua di dapatkan data :

Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dideritanya yaitu kencing manis, pasien tidak mengerti tentang cara pengobatan penyakit

kencing manis, dan makann apa yang tidak diperbolehkan untuk penyakit kencing manis.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

8. Pola reproduksi seksual

Pada pasien kedua di dapatkan data :

pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan pasien sudah menikah dan sudah punya anak 1 perempuan.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

9. Pola hubungan peran

Pada pasien kedua di dapatkan data :

pasien mengatakan didalam keluarga pasien berperan sebagai bapak dan menjalin hubungan baik dengan keluarganya dan anak-anaknya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

10. Pola penanggulangan stres

Pada pasien kedua di dapatkan data :

pasien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan istrinya atau keluarganya. Pasien ingin cepet sembuh dan cepet pulang dikarenakan pasien merasa tidak enak tinggal dirumah sakit, ingin tinggal dirumah.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pada pasien kedua di dapatkan data :

SMR: Pasien megatakan di rumah solat 5 waktu dan biasanya pasien mengaji setelah solat malam (magrib dan isyak)

SMR: Jarang sholat dikarenakan terpasang kateter tetapi selalu berdo'a agar cepet sembuh penyakitnya.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

Pemeriksaan Fisik

1. Kesehatan umum

Sedangkan pasien kedua keadaan penyakit pasien sedang, tingkat kesadaran kompos metis, suara bicara serak.

2. Tanda-tanda vital

Sedangkan pasien kedua TD : 110/80 mmHg, Suhu : 36,2°C, Nadi : 88x/menit, RR : 20x/menit.

3. Kepala

Pasien kedua didapatkan data:

Inspeksi: Kepala pasien berbentuk simetris, rambut berwarna hitam Putih, terdapat uban, rambut pirang, tidak ada lesi, kulit kepala bersih.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan di kepala, tidak ada benjolan.

4. Muka

Pada pasien kedua terdapat data: wajah berbentuk bulat, wajah sedikit menyeringai saat kaki bergerak, dikarenakan kaki kiri terdapat luka gangren, tidak ada lesi pada wajah, wajah tampak kusam.

5. Mata

Pada pasien kedua terdapat data:

inspeksi: Seklera putih, konjungtiva merah muda, mata tidak menggunakan alat bantu (kacamata), mata cowong, kornea hitam, pupil isokor.

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan.

6. Telinga

Pada pasien kedua terdapat data:

Inspeksi: Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, telinga sedikit kotor, tidak ada serumen, tidak ada nyeri, peradangan normal, tidak lesi.

Palpasi: Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

7. Hidung

Pada pasien kedua terdapat data:

Inspeksi: Bentuk simetris, terdapat bulu hidung, tidak ada polip, bersih, tidak epitaksis, tidak ada sekret. hidung tidak terpasang bantuan alat pernafasan / O2

Nasal kanul.

Palpasi: pada daerah sinus, frontalis, maksilaris, tidak ada nyeri tekan.

8. Mulut dan faring

Sedangkan pada pasien kedua didapatkan data:

Mulut bentuk simetris, mukosa bibir lembab, gigi lengkap, tidak kotor, dan tidak ada pendarahan pada gusi, tidak ada stomatitis, pasien tidak ada kesulitan bicara.

9. Leher

Pada pasien kedua didapatkan data.

Tidak ada kelainan, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada leher, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

10. Thorax

Pada pasien kedua didapatkan data:

Bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak ada pembesaran jantung, tidak ada nyeri tekan pada dada, pada paru sonor dan jantung redup, tidak ada wheezing dan ronchi, suara SI-S2 tunggal.

11. Abdomen

Pada pasien kedua didapatkan data: Bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada asites, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, terdapat suara tympani, bising usus 16x/menit

12. Inguinal, Genital dan Anus

Pada pasien kedua terdapat data:

Inguinal bersih, pasien terpasang kateter tidak terdapat lesi, tidak ada peradangan. Anus bersih, tidak ada hemoroid, dan tidak ada lecet.

13. Integumen

Pada pasien kedua didapatkan data:

Kulit berwarna sawo matang, akral hangat, turgor kulit tidak baik, terdapat edem pada kaki sebelah kiri turgor kulit kembali ± 7 detik dan terdapat luka ganren pada ulkus pedis, terdapat nekrosis pada kulit, luka tertutup dengan kasa steril, derajat luka termasuk kategori derajat 2, luas luka kurang lebih dari 15 cm, terpasang selang infus pada tangan sebelah kiri. turgor kulit pada kaki sebelah kiri kembali < 5 detik.

14. Ekstremitas dan Neurologis

Pada pasien pertama

Ekstremitas atas : untuk seluruh ekstremitas atas pada pasien pertama dapat di gerakan semua mulai dari kepala sampai perut.

Ektriemitas bawah : untuk ektrimitas bawah bagian kaki sebelah kiri terbatas pergerakannya karena terdapat luka gangren di derajat II, GCS 4-5-6

Kekuatan otot	5	5
	5	5

Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien kedua

Nama : Tn.A

Umur : 45 tahun

Tanggal : 28 Juli 2016

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
HGB	13.3 [g/dL]	13,0-18,0
RBC	4.47 [$10^6/uL$]	4,5-5,5
HCT	34.6 [%]	40,0-50,0
MCV	77.6 [fL]	82,0-92,0
MCH	26.6 [pg]	27,0-31,0
MCHC	36,6 [g/dL]	32,0-37,0
RDW-SD	34.0 [fL]	35-47
RDW-CV	12.4 [%]	11,5-14,5
WBC	22.73 [$10^3/uL$]	4,0-11,0
PLT	234 [$10^3/uL$]	150-400

PDW	133	[fL]	9,0-13,0
MPV	10.8	[fL]	7,2-11,1
P-LCR	31.1	[%]	15,0-25,0
PCT	0,25	[%]	0,150-0,400

4. Terapi

Pasien kedua

Tanggal : 29 Juli 2016

- 1) Infus RL 21 tpm
- 2) Inf Trikodazole 3 x 500 gr
- 3) Santagesik 3x1 kp
- 4) Ceftriakxone 2x1 gr
- 5) Injeksi Brainect 1x1

Daftar masalah keperawatan

Daftar masalah keperawatan yang muncul pada klien kedua sebagai berikut :

1. Kerusakan integritas kulit
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Gangguan pola tidur
4. Defisiensi pengetahuan
5. Hambatan mobilitas fisik

4.1.3 Analisa Data

4.1.3.1 Analisa Data Pada Klien Pertama

1. Kelompok data pertama

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan makan 3x sehari dapat diet dari RS 2100 kalori habis setengah porsi, minum \pm 1500 ml/hari air putih, teh hangat. Badan pasien kurus tetapi tidak terlihat kering, pasien tidak mual dan muntah, bibir lembab, BB: Dari 44 turun jadi 42. jadi turun 2 kg , mendapatkan terapi Infus RL 20 tpm.

A : Berat Badan 42 kg, Tinggi Badan 155 cm

B : HGB = 11,0

RBC = 4.46

WBC = 8.81

C : GCS 4.5.6

D : TKTP Bubur Halus

- b. Data Obyektif : Klien terlihat tidak terlalu berselera makan.
- c. Masalah keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- d. Penyebab : tidak ada nafsu makan

2. Kelompok data kedua

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan bisa tidur malam dan malam tetapi sering terbangun dikarenakan terasa nyeri dan lembab pada kaki sebelah kiri. Total tidur siang dan malam \pm 5 jam.

- b. Data Obyektif : wajah klien tampak semringah karena luka yang di alami
- c. Masalah keperawatan : Gangguan pola tidur

Penyebab : nyeri dan lembab pada kaki kiri.

3. Kelompok data ketiga

- a. Data Subyektif : Klien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit yang dideritanya yaitu kencing manis, pasien tidak mengerti tentang cara pengobatan penyakit kencing manis, dan makann apa yang tidak diperbolehkan untuk penyakit kencing manis.
- b. Data obyektif : klien tampak mengeti akan penyakitnya
- c. Masalah keperawatan : defisiensi pengetahuan
- d. Penyebab : keterbatasan kognitif

4. Kelompok data ke empat

- a. Data Subyektif: Pasien mengatakan mempunyai luka di kaki sejak 3 bulan yang lalu
- b. Data Obyektif: Luka di kaki kiri Derajat II, luas luka 10 cm², terdapat nekrosis, ada darah, ada nanah, kedalaman 1 cm, Bau khas luka gangren terdapat odem.
- c. Masalah keperawatan:Kerusakan Integritas Kulit
- d. Penyebab : jaringan mati (nekrosis) / infeksi

4.1.3.2 Analisa Data Pada Klien Kedua

1. Kelompok data pertama

- a. Data subyektif : pasien mengatakan makan 3x sehari dapat diet dari RS 2100 kalori habis setengah porsi, minum ± 1500 ml/hri air putih, teh

hangat. BB: Dari 60 turun jadi 56, jadi turun 4 kg , pasien gemuk, tidak kering, bibir lembab danmendapatkan terapi Infus RL 20 tpm.

A : Berat Badan 56 kg, Tinggi Badan 160 cm

B : HGB = 13,3

RBC = 4.47

WBC = 22.73

C : GCS 4.5.6

D : TKTP Bubur Halus

- b. Data obyektif : klien tampak tidak pernah menghabiskan porsi yang di sediakan oleh RS dan menghabiskan setengah porsi yang di sediakan oleh RS.
- c. Masalah keperawatan : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
- d. Penyebab : tidak adanya nafsu makan.

2. Kelompok data kedua

- a. Data subyektif : Pasien mengatakan tidur \pm 4 jam tetapi sering terbangun dikarenakan ruangnya terlalu dingin. Dan siang jarang tidur total tidur 4 jam.
- b. Data obyektif : klien tampak kedinginan dan tidak bisa tidur dengan nyenyak.
- c. Msalah keperawatan : gangguan pola tidur
- d. Penyebab : kelembaban lingkungan sekitar.

3. Kelompok data ketiga

- a. Data subyektif : Pasien mengatakan hanya bisa berbaring di atas tempat tidur, miring kanan dan kiri, duduk, di bantu oleh keluarga dan perawat.
- b. Data obyektif : klien tampak masih terbatas pergerakannya namun masih bisa ke kamar mandi meskipun di bantu oleh keluarganya dan skala otot 4.
- c. Masalah keperawatan : hambatan mobilitas fisik
- d. Penyebab : adanya luka di bagian kaki kiri

4. Kelompok data ke empat

- a. Data Subyektif: Pasien mengatakan mempunyai luka di kaki sejak 1 bulan yang lalu
- b. Data Obyektif: : Luka kaki kiri Derajat II luas 13cm^2 , nekrosis, ada darah, ada Nanah, kedalaman 2 cm, Bau khas luka gangren terdapat odem
- c. Masalah keperawatan:Kerusakan Integritas Kulit
- d. Penyebab : jaringan mati (nekrosis) / infeksi

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

A. Klien pertama Tn.N

- 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d tidak ada nafsu makan.
- 2. Gangguan pola tidur b/d nyeri dan lembab pada kaki kiri.
- 3. Defisiensi pengetahuan b/d keterbatasan kognitif.
- 4. Kerusakan integritas kulit b/d jaringan mati(nekrosis) / infeksi

B. Klien Kedua Tn.A

- 1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d tidak ada nafsu makan

2. Gangguan pola tidur b/d kelembaban lingkungan sekitar
3. Hambatan mobilitas fisik b/d adanya luka di bagian kaki kiri
4. Kerusakan integritas kulit b/d jaringan mati (nekrosis) / infeksi
- 5.

4.1.5 Intervensi Keperawatan

4.1.5.1 Intervensi keperawatan pada klien pertama Tn.N dan klien kedua

Tn.A.

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka gangren (pedis).

Tujuan : Kerusakan integritas kulit dapat berkurang atau menunjukkan

Penyembuhan dalam waktu 4 sampai 5 hari.

Dengan kriteria hasil:

1. Integritas kulit baik bisa dipertahankan.
2. Tidak ada luka/ lesi pada kulit.
3. Mampu mempertahankan kelembaban kulit.

Rencana Tindakan :

1. Berikan BHSP terhadap pasien dan keluarga
2. Observasi TTV
3. Batasi jumlah pengunjung pasien.
4. Kaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area luka.
5. Lakukan perawatan luka 2x/hari di pagi dan sore hari.
6. Atur posisi pasien nyaman mungkin.
7. Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat santagesik 3x1 kp, ceftriaxone 2x1 gr, injeksi brainect 1x1.
8. Awasi insisi untuk tanda atau infeksi luka, seperti kemerahan, peningk

tan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Rasional:

1. Agar pasien dan keluarga saling percaya terhadap perawat.
2. Agar mengetahui perkembangan kondisi pasien
3. Dengan membatasi jumlah pengunjung pasien merasa tenang.
4. Kulit harus berwarna merah muda atau mirip dengan kulit sekitarnya.
5. Mencegah timbulkan infeksi.
6. Agar tidur pasien terasa nyaman.
7. Agar masalah segera teratasi.
8. Agar tidak terjadi infeksi pada luka.

4.1.6 Implementasi Pasien Pertama Tn.N

Hari pertama Tanggal 28 Juli 2016

Jam **07.00** Memberikan BHSP terhadap pasien dan keluarga

Respon: Pasien dan keluarga saling percaya antara perawat sama keluarga

Jam**08.00** Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 120/70mmHg, Suhu: 36,8°C, Nadi: 88x/meni, RR: 20x/menit.

Jam**09.00** Memberikan posisi pasien senyaman mungkin.

Respon: Memberikan pasien posisi semi fowler

Jam**09.30** Mengkaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang luka.

Respon: Warna kulit merah, terdapat nanah \pm 2cc terdapat nekrosis dan ada darah, Odem, luas luka \pm 10 cm²

Jam10.30 Memberikan insisi terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Jendela dibuka dan luka cuma ditutup dengan kasa steril.

Jam11.00 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

Respon: Pasien dikasih obat Terfacef 2x1 ceftriaxone 2x1gr. Santagesik 3x1 Bcomplex 3x1

Jam11.30 Merawat Luka di bagian kaki kiri.

Respon: Membersihkan nekrosis dan membersihkan dengan cairan PZ.

Jam13.00 Awasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Respon: Pasien terdapat odem, ada kemerahan disekitar luka di kaki kiri, dan luka terdapat bau khas, dan terdapat nyeri dengan sekali 4 luas luka \pm 10 cm²

Hari kedua Tanggal 29 Juli 2016.

Jam07.00 Menanyakan kondosi pasien

Respon: Konisi Pasien agak sedikit membaik dari yang sebelumnya.

Jam07.30 Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Pasien kooperatif. Badan pasien tidak kotor, dan pasien terasa segar.

Jam08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 130/80mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/meni, RR:20 x/menit.

Jam09.30 Mengkaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang

luka.

Respon: Warna kulit merah, terdapat nekrosis, dan ada odem, luka bau khas, ke dalam luka \pm 1cm

Jam10.00Melakukan perawatan luka.

Respon: Setelah luka dibersihkan, luka sedikit bersih, dan pasien mengatakan sudah sedikit enak merasa segar.

Jam10.30 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

Respon: Pasien dikasih obat Terfacef 2x1 ceftriaxone 2x1gr. Santagesik 3x1 B complex 3x1

Jam11.30Merawat Luka di bagian kaki sebelah kiri.

Respon: Memebersihkan luka dan membersihkan dengan cairan PZ

Jam13.00 Awasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya biasanya, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Respon: Pasien terdapat odem, ada sedikit kemerahan disekitar luka di kaki kiri, dan luka terdapat bau khas, dan terdapat nyeri dengan sekali 4 luas luka \pm 10 cm²

Hari ke tiga 30 Juli 2016

Jam07.00 Menanyakan kondisi pasien

Rasional: Kondisi Pasien agak sedikit membaik dari yang sebelumnya.

Jam07.30 Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Pasien kooperatif. Badan pasien tidak kotor, dan setelah mandi pasien tersa segar.

Jam08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 120/80mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/meni, RR: 20x/menit.

Jam09.30 Mengkaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang luka.

Respon: Warna kulit merah, terdapat nekrosis, dan ada odem, luka bau khas, kedalaman luka \pm 1 cm

Jam10.00Melakukan perawatan luka.

Respon: Setelah luka dibersihkan, luka sedikit bersih, dan pasien mengatakan sudah seikit enak merasa segar.

Jam10.30 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

Respon: Pasien dikasih obat Terfacef 2x1 ceftriaxone 2x1gr. Santagesik 3x1 B complex 3x1

Jam12.30Merawat luka di bagian kaki sebelah kiri.

Respon: Membersihkan luka dan membersihkan dengan cairan PZ.

Jam13.00 Awasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Respon: Pasien terdapat odem, ada kemerahan disekitar luka di kaki kiri, dan luka bau lika sudah berkurang, dan terdapat nyeri dengan skala 4 luas luka \pm 9cm² ada darah

Hari ke empat Tanggal 31 Juli 2016.

Jam07.00 Menanyakan kondisi pasien

Respon: Kondisi Pasien sedikit membaik dari yang sebelumnya.

Jam07.30 Membnatu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Badan pasien tidak kotor dan pasien terasa segar klo sudah mandi.

Jam08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 120/70mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit.

Jam08.30 Membatasi jumlah pengunjung pasien.

Respon: Pengunjung disuruh masuk sedikit 3 orang.

Jam09.30 Mengkaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang luka.

Respon: Warna kulit merah, terdapat nekrosis, dan tidak ada odem, bau luka sudah berkurang , kedalaman luka \pm 1cm tidak ada darah.

Jam10.00Melakukan perawatan luka

Respon: Pasien sudah tidak kotor pasien dibersihkan dengan cairan Na Cl

Jam10.30 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

Respon: Pasien dikasih obat Terfacef 2x1 ceftriaxone 2x1gr. Santagesik 3x1 Bcomplex 3x1

Respon: Pasien minum obat Bcomplex dan santagesik.

Jam12.30Merawat luka di bagian kaki sebelah kiri

Respon: Membersihkan luka dan membersihkan dengan cairan PZ.

Jam13.00 Awasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya, peningkatan Odem, dan yeri, dan peningkatan suhu.

Respon: Pasien tidak odem, ada sedikit kemerahan disekitar luka di kaki kiri, bau luka sudah berkurang , dan terdapat nyeri dengan skala 4 luas luka \pm 9 cm² ada darah.

Implementasi Pasien Kedua Tn.A

Hari pertama Tanggal 29 Juli 2016

Rencana Tindakan :

Jam07.00 memberikan BHSP terhadap pasien dan keluarga

Respon: Pasien dan keluarga pesian kooperatif.

Jam08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 120/80mmHg, Suhu: 36,9°C, Nadi: 88x/meni, RR:
20x/menit.

Jam08.30 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien memakai pakaian bawahannya sarung, atasannya baju hame.

Jam09.00 Mengkaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang luka.

Respon: Warna kulit merah, terdapat nanah 2cc terdapat nekrosis ada darah.

Jam09.30 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa set eril.

Respon: Setelah luka dibersihkan, luka sedikit bersih, dan pasien mengatakan sudah merasa seger di bagian lukanya.

Jam10.30 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa seteril

Jam12.00 Awasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, seperti kemeraha n, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Respon: Pasien terdapat odem, terdapat kemerahan disekitar luka di kaki kiri , dan luka terdapat bau khas, dan terdapat nyeri dengan sekali 4 luas l uka $\pm 13 \text{ cm}^2$

Hari kedua Tanggal 30 Juli 2016.

Jam07.00 Menyakan kondisi pasien

Respon: Kondisi Pasien agak sedikit membaik dari yang sebelumnya.

Jam07.30 Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Pasien kooperatif. Badan pasien tidak kotor

Jam08.00 Observasi TTV

Respon: Observasi TTV : 120/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/meni, RR:
20x/menit.

Jam09.00 Mengajukan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien memakai pakaian bawahannya sarung, atasannya baju hame

Jam10.30 Mengkaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area

luka.

Respon: Warna kulit merah, terdapat nekrosis, tidak ada tandur kulit, dan terdapat odem.

Jam12.00 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: luka ditutup dengan kasa steril dan dikasih obat Nebasetin

Jam13.00 Mengawasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, seperti

kemerahan, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Respon: Pasien terdapat odem, ada kemerahan disekitar luka di kaki kiri, dan

luka terdapat bau khas, dan terdapat nyeri dengan sekali luas luka ±

13 cm²

Hari ke tiga 31 Juli 2016

Jam**07.30** Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Setelah mandi terasa segar, pasien tidak kotor.

Jam**08.00** Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 130/70 mmHg, Suhu: 36,9°C, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit.

Jam**08.30** Mengajukan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien menggunakan sarung, atasannya pakek baju hame.

Jam**09.00** Mengkaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang luka.

Respon: Warna kulit merah, terdapat nekrosis, luas luka $\pm 13\text{cm}^2$ tidak ada sedikit darah dan ada sedikit nanah, luka gangren bau khas

Jam**10.30** Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa steril

Jam**12.00** Mengawasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Respon: Pasien terdapat odem, ada kemerahan disekitar luka di kaki kiri, dan bau luka sudah mendingan, dan terdapat nyeri dengan skala 4 luas luka $\pm 13\text{cm}^2$

Hari ke empat Tanggal 01 Agustus 2016.

Jam**07.00** Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Setelah mandi terasa segar, pasien tidak kotor.

Jam**08.00** Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 120/70 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit.

Jam09.00 Mengkaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area luka.

Respon: Warna kulit sudah tidak merah, terdapat nekrosis luas luka \pm 12 cm² ada sedikit darah terdapat sedikit nanah, luka gangren bau khas

Jam09.30 Memberikan posisi pasien senyaman mungkin.

Respon: Memberikan pasien tempat tidur dengan posisi semi fowler.

Jam10.00 Melakukan perawatan luka.

Respon: Setelah luka dibersihkan, luka sedikit bersih, dan pasien mengatakan sudah merasa segar di bagian luka.

Jam10.30 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa steril

Jam13.00 Mengawasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya biasanya, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Respon: Odem pasien berkurang, ada sedikit kemerahan disekitar luka di kaki kiri, dan bau luka sudah mendingan, dan terdapat nyeri dengan skala nyeri 4 luas luka gangren \pm 12cm² luka sudah bersih.

Hari ke lima Tanggal 02 Agustus 2016

Jam07.00 Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Setelah mandi terasa segar, pasien tidak kotor.

Jam08.00 Observasi TTV setiap

Respon: Observasi TTV : 130/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit.

Jam08.30 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien menggunakan sarung, atasnya baju hame.

Jam09.00 Mengkaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang luka.

Respon: Warna kulit sudah sedikit merah, terdapat nekrosis luas luka ± 11cm² ada darah terdapat sedikit nanah, terdapat nyeri dengan skala 4 luka gangren bau khas

Jam09.30 Melakukan perawatan luka.

Respon: Setelah luka dibersihkan, luka sedikit bersih, dan pasien mengatakan sudah merasa seger di bagian luka.

Jam10.30 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

Respon: Pasien dikasih obat Inj : Santagesik, Inj: Ceftriaxone, 2x1 Inj: Terfac ef 2x, Inj Humulin R 3x6 u (SC)

Jam11.30 Menganjurkan pasien untuk minum obat yang sudah diresep oleh dokter.

Respon: Pasien minum obat santagesik 3x1, B Comlek 3x1

Jam12.00 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa seteril

Jam12.30 Awasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya biasanya, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Respon: Odem pasien berkurang , ada sedikit kemerahan disekitar luka di kaki kiri, dan luka tidak sudah bau, dan terdapat nyeri dengan skala 4 luas luka $\pm 11 \text{ cm}^2$

4.1.5 Evaluasi Pada Pasien Pertama

Diagnosa Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan luka Gangren Pedis

Tanggal 28 Juli 2016

S: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri.

O: Keadaan umum lemah luka dikaki kiri Derajat II, luas 10 cm^2 , terdapat nekrosis, ada darah, ada Nanah, kedalaman 1 cm, Bau khas luka gangren terdapat odem, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV : 120/70mmHg, Suhu: $36,7^\circ\text{C}$, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit.

Gula darah 224

keadaan kesadaran kompos mitis, GCS: 4-5-6

A: Kerusakan integritas kulit belum teratasi

P: Rencana tindakan dilanjut 2,3,4,5,6,7,8

Tanggal 29 Juli 2016

S: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri.

O: Keadaan umum lemah luka dikaki kiri Derajat II, luas 10 cm^2 , terdapat nekrosis, ada darah, ada Nanah, kedalaman 1 cm, Bau khas luka gangren terdapat odem, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV : 130/80mmHg

mHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/meni, RR: 20x/menit

kesadaran kompos mitis, GCS: 4-5-6

A: Kerusakan integritas kulit belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan 3,4,5,6,7,8,

Tanggal 30 Juli 2016

S: Pasien mengatakan luka sudah mulai membaik dari hari sebelumnya.

O: Keadaan umum cukup luka kaki kiri Derajat II, luas 10cm², luka sudah bersih, terdapat nekrosis, Warna kulit merah, tidak ada tandur kulit, dan ada odem, bau luka sudah berkurang, kedalaman luka ± 1cm ada darah, ada Nanah, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV : 120/80mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/meni, RR: 20x/menit. Pasien tidak mual muntah
Gula darah 224

A : Kerusakan integritas kulit tertasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan 4,5,6,7,8

Tanggal 31 Juli 2016

S: Pasien mengatakan lukanya semakin membaik dari hari sebelumnya.

O: Keadaan umum cukup luka dikaki kiri Derajat II, luas 10cm², terdapat nekrosis, Warna kulit sudah tidak merah, tidak ada tandur kulit, dan tidak ada odem, luka sudah tidak bau, luka sudah kelihatan bersih, kedalaman luka ± 1 cm tidak ada darah, ada sedikit Nanah, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV: 120/70 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit.

A: Kerusakan integritas kulit teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi Pada Pasien Kedua Tn.A

Diagnosa Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Luka Gangren Pedis

Tanggal 29 Juli 2016

S: pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri.

O: Keadaan umum lemah luka kaki kiri Derajat II luas luka 15cm², terdapat nekrosis, adarah, ada nanah, kedalaman 2 cm², Bau khas luka gangren terdapat odem, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat TTV: 120/80mmHg, Suhu: 36,9°C, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit.

Gula darah 304

GCS: 4-5-6

A: Kerusakan integritas kulit belum teratasi

P: Rencana tindakan dilanjutkan 2,3,4,5,6,7,8

Tanggal 30 Juli 2016

S: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri.

O: Keadaan umum lemah luka kaki kiri Derajat II luas luka 15cm², terdapat nekrosis, adarah, ada nanah, kedalaman 2 cm², Bau khas luka gangren terdapat odem, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV : 120/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/menit, RR: 20x/menit

GCS: 4-5-6

A: Kerusakan integritas kulit belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan 3,4,5,6,7,8

Tanggal 31 Juli 2016

S: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri.

O: Keadaan umum lemah luka kaki kiri Derajat II luas luka 15cm², terdapat nekrosis, adarah, ada Nanah, kedalaman 2 cm², Bau khas luka gangren terdapat odem, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat TTV: 1830/70 mmHg, Suhu: 36,9°C, Nadi: 90x/menit, RR: 20x/menit.

GCS: 4-5-6

A: Kerusakan integritas kulit belum teratasi

P: Intervensi dilanjutkan 4,5,6,7,8

Tanggal 01 Agustus 2016

S: Pasien mengatakan Luka sudah sedikit membaik dari hari sebelumnya.

O: Keadaan umum cukup luka kaki kiri Derajat II luas luka 14cm², terdapat nekrosis, ada sedikit darah, dan ada sedikit Nanah, kedalaman 1 cm², Bau khas luka gangren terdapat odem, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV : 120/70 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/menit, RR: 20x/menit.

GCS: 4-5-6

A: Kerusakan integritas kulit teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan 5,6,7,8

Tanggal 02 Agustus 2016

S: Pasien mengatakan lukanya lebih membaik dari hari sebelumnya

O: Keadaan umum cukup luka kaki kiri Derajat II, luas luka 10cm^2 , terdapat nekrosis, tidak ada darah, tidak ada nanah, kedalaman 1cm^2 , luka gangren sudah tidak bau terdapat edem sedikit, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV : 130/80 mmHg, Suhu: $36,7^\circ\text{C}$, Nadi: 90x/menit, RR: 20 x/menit.

GCS: 4-5-6

A: Kerusakan integritas kulit teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan

4.2 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan membahas tentang kesenjangan yang ditemukan antara landasan teori dengan tinjauan kasus selama memberikan Asuhan keperawatan pada kasus DM Gangren yang dialami oleh Tn. N dan Tn. A dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit di ruang sofa marwah Rumah Sakit Khodijah Sepanjang, sesuai langkah-langkah asuhan keperawatan, diantaranya : Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama dan awal dari proses keperawatan, tahapannya terdiri dari pengumpulan data, penulis melakukan pendekatan pada klien dan data diperoleh melalui wawancara, pengamatan atau observasi langsung pada klien, catatan rekam medis dan petugas.

Pada tahap pengkajian pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua didapatkan kesamaan masalah yaitu gangguan integritas kulit. Pada

pasien pertama didapatkan data bahwa Tn. N Umur 55 tahun sedangkan Tn. A Umur 45, pasien terdapat luka pada kaki kiri sejak 8 bulan yang lalu, sedangkan data objektif yang didapatkan yaitu kaki kiri terdapat nekrosis, merah, nanah, kedalaman luka $\pm 1\text{cm}^2$ luas luka $\pm 10\text{ cm}$, luka terdapat bau khas, kaki terdapat odem GCS: 4-5-6. Sedangkan data Subyektif Tn. A adalah terdapat luka pada kaki kiri sejak 1 bulan yang lalu, luas luka $\pm 15\text{ cm}^2$, kedalaman luka 2cm^2 luka terdapat bau khas, terdapat darah dan terdapat nanah, ada nekrosis, kaki kiri terdapat odem. GCS: 4-5-6

Sendangkan Dalam Tinjauan teori pada pasien dengan DM Gangren terdapat keluhan biasanya luka tersebut kebanyakan di ulkus pedis dan disebabkan karena daya gesek, tekanan mobilitas fisik, dan Diabetes ini disebabkan karena faktor usia lebih dari 40 tahun, obesitas, yang merupakan salah satu faktor predisposisi Diabetes Mellitus tipe II dan riwayat keluarga, glukosa darah tinggi (sudoyo Aru, dkk, 2009). Namun pada saat dilakukan peninjauan kasus pasien dengan keluhan terdapat luka di ulkus pedis, dan juga glukosa darah tinggi.

Menurut Keterangan diatas yang didapat dari hasil tinjauan pustaka dan tinjauan kasus itu tidak ada kesenjangan antara data subjektif dan objektif yang ditemukan saat pengkajian pada Tn.N dan Tn.A terdapat keluhan yang sama yaitu terdapat luka di ulkus pedis dan kedua pasien sama-sama mempunyai Gula darah tinggi, Usia kedua pasien tersebut juga lebih dari 40 tahun, pasien sudah mengalami Diabetes Mellitus. Pada Tn.n yaitu sudah 3 bulan yang lalu sedangkan Tn.A yaitu 1 bulan yang lalu, luka tersebut awalnya terkena paku, luas luka pada Tn.N yaitu 10 cm^2 sedangkan pada

Tn.A yaitu 15 cm² terdapat nekrosis luka bau khas ada darah ada nanah, kulit disekitar luka merah sehingga kedua pasien sama2 mengalami kerusakan integritas kulit.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan.

Beberapa kesamaan dan perbedaan masalah keperawatan ditemukan penulis dalam tinjauan teori dengan tinjauan kasus, masalah keperawatan yang ditemukan dalam tinjauan teori diantaranya: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Faktor mekanik (mis, daya gesek, tekanan, imobilitas fisik), Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, Risiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit (DM), Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kekurangan volume cairan. Sedangkan dari hasil anamnesis pada kedua pasien mengalami yang sama yaitu : Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka gangren pada tungkai namun ada sedikit perbedaan antara pasien Tn. N dan Tn. A. yaitu kalau Tn N bisa ke kamar mandi sendiri tetapi masih dibantu oleh keluarga, dan sedangkan pada Tn. A yaitu terpasang kateter, buang BAB memakai pispot. dan ke kamar mandi saja sudah tidak bisa.

4.2.3 Perencanaan

Perencanaan intervensi keperawatan pada kedua pasien dengan menggunakan strategi pelaksanaan dilakukan selama 5 hari sejak tanggal 28 Juli-02 Agustus 2016. Tindakan ini terdiri dari 4 strategi pelaksanaan untuk

pasien, strategi pelaksanaan untuk keluarga, sebelum melakukan intervensi terlebih dahulu peneliti melakukan kontrak waktu dengan pasien, tempat yang akan digunakan dan menyiapkan alat yang akan digunakan yaitu kertas, alat tulis, lembar pengkajian dan lembar evaluasi. Sebelum memberikan intervensi peneliti melakukan BHSP dan mengkaji karakteristik DM Gangren

Dalam perencanaan tindakan keperawatan terhadap masalah yang ditemukan dalam tinjauan kasus disusun berdasarkan masalah yang diprioritaskan. Pada tinjauan kasus tujuan dan jangka waktu pelaksanaan perawatan di cantumkan sebagai pedoman dalam melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan. Sedangkan pada tinjauan pustaka tidak di cantumkan. Hal ini bisa disebabkan karena pada tinjauan kasus penulis mengamati pasien secara langsung. Rencana tindakan keperawatan pada tinjauan kasus dilakukan sesuai tinjauan teori yang sudah disusun namun lebih mengarah pada masalah prioritas utama yang terjadi pada tinjauan kasus, yaitu kerusakan integritas kulit. yang meliputi observasi TTV setiap 2 jam anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar, kaji warna kulit, membersihkan sekitar area luka menggunakan cairan dan kasa steril, berikan insisi terbuka terhadap udara sebanyak mungkin, mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

4.2.4 Pelaksanaan

Dari masalah utama yang ditemukan pada saat pengkajian, peneliti melakukan implementasi keperawatan dengan melakukan intervensi yang sudah sesuai dengan teori yaitu melakukan BHSP terhadap pasien,

mengobservasi TTV setiap 2 jam, mengkolaborasi dengan tim gizi, menganjurkan pada pasien untuk makan yang sudah dikasih dari Rumah Sakit, menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar, mengkaji warna kulit, membersihkan sekitar area luka menggunakan cairan dan kasa steril, memberikan insisi terbuka terhadap udara sebanyak mungkin, mengaganti balutan pada interval waktu yang sesuai. Hal ini dikarenakan dengan adanya kontak yang sering dengan pasien dan membina hubungan saling percaya akan mempermudah peneliti untuk menghindarkan faktor pencetus munculnya Diabetes. Semua rencana dapat dilakukan karena adanya kerjasama antara penulis dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang lainnya. Dalam melaksanakan rencana asuhan keperawatan tidak ada hambatan, dalam tinjauan kasus semua rencana dilakukan.

Semua rencana tindakan pada tinjauan kasus dapat terlaksana hal ini atas bantuan perawat ruangan, tidak kalah pentingnya peran serta keluarga, dokter, tim gizi dengan tidak mengesampingkan privasi pasien seperti meremehkan pasien dan tetap menjaga rahasia.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dengan tujuan untuk menilai sejauh mana keberhasilan pencapaian tujuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

Pada tinjauan pustaka tidak disebutkan hasil evaluasi dari hasil pelaksanaan, hal ini dikarenakan tidak ada pasien secara nyata. Sedangkan pada tinjauan kasus pertama dan kedua masalah yang teratasi sebagian selama 4 dan 5 hari yaitu kerusakan integritas kulit dan resiko infeksi. yaitu luas luka sudah berkurang, sudah tidak ada darah, sudah tidak ada nanah luka sudah tidak bau pada pasien pertama sudah tidak odem, dan pada pasien kedua odem sudah berkurang.