

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL

4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

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

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien pertama 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 22.06.2016 pada pukul 08.00 WIB dengan diagnosa Medis DM gangren.

Sedangkan klien kedua Tn.W umur 56 tahun berjenis kelamin laki-laki, suku bangsa Jawa Indonesia, Alamat Geluran Taman RT 15 RW 3. pekerjaan kepala mekanik, pendidikan terakhir SMA, agama islam, masuk rumah sakit pada tanggal 21.Juni .2016 pada pukul 07.00 WIB dengan diagnosa medis DM gangren.

2. Keluhan Utama

Pada klien pertama : Terdapat luka gangren pada kaki kiri.

Pada klien kedua : Terdapat luka gangren pada kaki kiri.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada pasien pertama : Tn.N Pasien mengatakan datang ke IGD Jam 09.30 WIB Tanggal:22 juni 2016 dengan keluhan terdapat luka pada kaki sebelah kiri, dengan derajat 1, tipe 2 luas luka 15 cm² pasien di UGD dilakukan pemeriksaan TTV: didapatkan Tensi: 124/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit, dan tindakan injeksi: Terfacef 2x1. Ceftriaxone 2x1gr. Klien mengatakan luka tersebut awalnya terkena paku dan dibiarkan begitu saja hanya dibersihkan dirumah, setelah 1 bulan ternyata luka tersebut tidak sembuh akhirnya klien dibawa ke Puskesmas Trosobo untuk dibersihkan dan diperiksakan lukanya, klien di IGD disarankan untuk rawat inap kemudian pasien dibawa keruang Sofmar dengan Diagnosa medis DM gangren.

Sedangkan pada pasien kedua Tn.W: Pasien mengatakan datang ke IGD pukul 07.00 tanggal 21 Juni 2016 dengan keluhan terdapat luka pada kaki sebelah kiri dengan derajat I tipe 2 luas luka 10 cm² , Klien di UGD dilakukan pemeriksaan TTV: didapatkan Tensi: 195/120 mmHg, Suhu: 36,9°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 diperiksakan lukanya, dan awalnya pasien tidak disarankan untuk rawat

inap setelah 1 bulan ternyata luka tersebut tidak sembuh akhirnya pasien dibawa lagi ke IGD Siti Khodijah Sepanjang, klien di IGD disarankan untuk rawat inap kemudian pasien dibawa ke ruang Sofmar dengan Diagnosa medis DM gangren.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pasien pertama pasien T.n N mengatakan dirinya menderita DM sejak 5 bulan yang lalu, dan sebelumnya pernah dirawat di Puskesmas Trosobo ± 4 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.

Pada klien ke dua pasien Tn. W mengatakan dirinya menderita DM sejak 1 bulan yang lalu, dan mempunyai riwayat gula darah tinggi sejak 2 tahun yang lalu ± 486 dan sebelumnya pernah dirawat di RS Siti Khodijah Sepanjang sejak ± 2 minggu yang lalu karena luka di kaki kirinya. Pada saat ditanya tentang riwayat kontrol dan minum obat, pasien mengatakan obat yang sudah diberikan dari RS Siti Khodijah Sepanjang diminum sampai habis ketika ditanya obat apa yang diberikan pasien mengatakan lupa namanya, namun tidak pernah kontrol. Klien tidak memiliki riwayat alergi baik makanan, obat, atau yang lain.

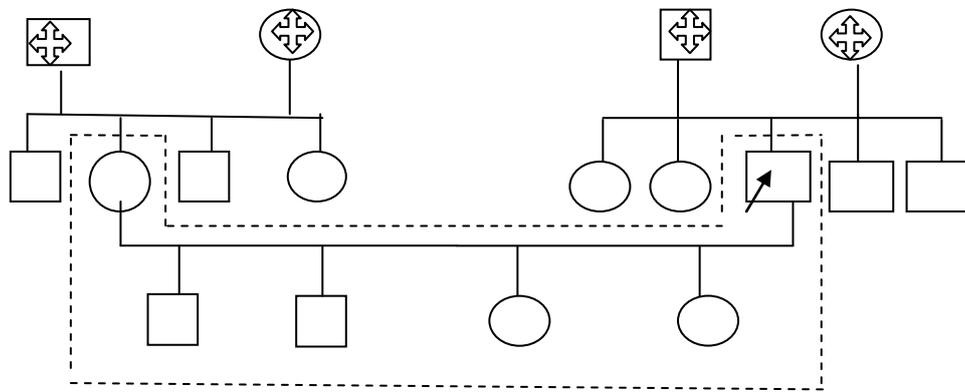
5. Riwayat Penyakit Keluarga

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 5 tahun yang lalu.

Sedangkan pada pasien kedua didapatkan data pasien mengatakan ada keluarga pasien yang menderita penyakit Kencing Manis yaitu dari keluarga bapak pasien, ayahnya meninggal 7 tahun yang lalu.

Genogram: Pasien pertama Tn. T



Keterangan :

□ : laki – laki hidup

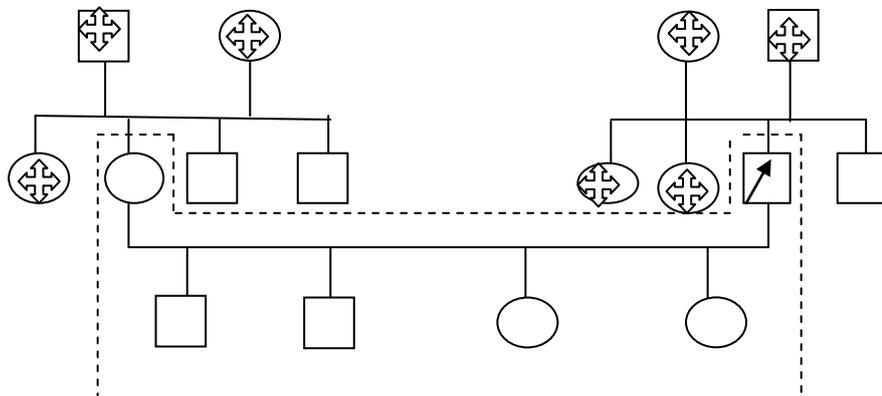
○ : perempuan hidup

↗ : Pasien

⊕ : Meninggal

---- : Tinggal Serumah

Genogram Pasien ke dua Tn. W



Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi dan tata laksana hidup sehat

a. Pada pasien pertama Tn. n 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 sehari

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

b. Sedangkan pasien kedua Tn. W 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.

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

a. 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 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 B 2100 kalori habis setengah porsi, minum \pm 1500 ml/hari air putih, teh anget. Badan pasien

kurus tetapi tidak terlihat kering, mual (-) dan muntah (-), bibir lembab, BB: Dari 44 turun jadi 42. jadi turun 2 kg , mendapatkan terapi Infus RL 20 tpm.

b. 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 B 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 kerin,g bibir lembab mual (-) muntah (-) mendapatkan terapi Infus RL 20 tpm.

3. Pola Eliminasi

1) Eliminasi Alvi

a. Pada pasien pertama didapatkan data :

SMR: 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 dengan cara dibantu sama keluarganya.

b. 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 pisport dengan cara dibantu sama keluarganya.

2) Eliminasi Uri

a. 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 4-5 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih berbau khas kira-kira sebanyak 1000cc/ hari, dan Pasien tidak terpasang keteter. Pasien saat buang air kecil kekmar mandi dgn bantuan keluarganya.

b. 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.

4. Pola Istirahat dan tidur

a. Pada pasien pertama di dapatkan data :

SMRS: pasien mengatakan di rumah biasanya tidur jam 22.00-04.00. ± 6 jam.

Pasien tidur siang dirumah jam 13.25-15.30. ± 2 jam.

MRS: Pasien mengatakan tidur malam jam 23.00-03.00 tetapi sering terbangun dikarenakan terasa nyeri dan lembab pada kaki sebelah kiri. Tidur siang jam 12.00-13.00. Tidur siang malam \pm 5 jam/ hari

b. Pada pasien kedua di dapatkan data:

SMRS: pasien mengatakan di rumah biasanya tidur jam 22.30-04.00. \pm 6 jam.

Pasien tidur siang dirumah jam 13.00-15.00. \pm 2 jam./hari

MRS: Pasien mengatakan tidur malam jam 23.00-03.00 \pm 4 jam tetapi sering terbangun dikarenakan ruangan terlalu dingin ruangnya. Siang jarang tidur

5. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Pada pasien pertama di dapatkan data :

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

MRS: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitasnya hanya bisa berbaring di atas tempat tidur, hanya ke kamar mandi, sholat di tempat tidur dan berdoa' semoga cepet sembuh.

b. Pada pasien kedua di dapatkan data :

SMRS: Pasien mengatakan selama di rumah pasien bekerja sebagai kepala mekanik.

MRS: Pasien mengatakan hanya bisa berbaring di atas tempat tidur, miring kanan dan kiri, duduk, di bantu oleh keluarga dan perawat.

6. Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri

- a. Pada pasien pertama pada Tn. N di dapatkan data :

Pasien mengatakan tidak sedih dengan penyakit yang dideritanya, dan pasien mengatakan menerima dengan penyakit yang diderita.

- b. Pada pasien kedua pada Tn.W di dapatkan data :

Pasien mengatakan sangat sedih atas penyakit yang dideritanya, dan pasien mengatakan menerima dengan penyakit yang dialaminya.

Harga Diri

- a. Pada pasien pertama pada Tn. N di dapatkan data :

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

- b. Pada pasien kedua pada Tn.W di dapatkan data :

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

Peran

- a. Pada pasien pertama pada Tn. N 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.

- b. Pada pasien kedua di dapatkan data : Tn.W

Pasien mengatakan berperan sebagai kepala keluarga yaitu ayah untuk anak-anaknya, pasien bekerja sebagai kepala mekanik. Pada saat di rawat di rumah

sakit pasien tidak bisa melakukan perannya hanya bisa berbaring diatas tempat tidur, dan pasien berbaring sebagai pasien.

Identitas diri

a. Pada pasien pertama pada Tn. N di dapatkan data :

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan anak kedua dari 4 bersaudara.

b. Pada pasien kedua pada Tn.W di dapatkan data :

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan anak ketiga dari 5 bersaudara

7. Pola sensori dan kognitif

Sensori

a. Pada pasien pertama pada Tn. N di dapatkan data :

pasien mengatakan kelima panca indera berfungsi dengan baik, kecuali kaki sebelah kiri sulit untuk digerakkan karena terdapat luka gangren sejak 5 bulan yang lalu Pasien terdapat nyeri, P:Nyri luka di kaki, Q: Seperti ditusuk tusuk, R: Dikaki sebelah kiri, S: Nyeri dengan skala 4, T: Nyeri saat bergerak.

b. Pada pasien kedua pada Tn.W 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 Pasien terdapat nyeri, P:Nyri luka di kaki, Q: Seperti ditusuk tusuk, R: Dikaki sebelah kiri, S: Nyeri dengan skala 4, T: Nyeri saat bergerak.

Kognitif

- a. Pada pasien pertama Tn. N 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.

- b. Pada pasien kedua Tn. W 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.

8. Pola reproduksi seksual

- a. Pada pasien pertama Tn.N di dapatkan data :

Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan pasien sudah menikah dan sudah punya anak 4 yaitu 2 perempuan 2 laki-laki.

- b. Pada pasien kedua Tn.W di dapatkan data :

pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan pasien sudah menikah dan sudah punya anak 5 yaitu laki-laki 2 perempuan 3.

9. Pola hubungan peran

- a. Pada pasien pertama Tn.N di dapatkan data :

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

- b. Pada pasien kedua Tn.W di dapatkan data :

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

10. Pola penanggulangan stres

a. Pada pasien pertama Tn. N 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.

b. Pada pasien kedua Tn. W 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.

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

a. Pada pasien pertama di dapatkan data :

SMR: 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.

b. 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 dikarnakan terpasang kateter tetapi selalu berdo'a agar cepet sembuh penyakitnya.

Pemeriksaan Fisik

1. Kesehatan umum

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

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

2. Tanda-tanda vital

Pasien pertama TD: 124/80 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit,

Sedangkan pasien kedua TD : 195/120 mmHg, Suhu : 36,9°C, Nadi : 88x/menit, RR : 20x/menit.

3. Kepala

a. 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.

b. 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

a. pada pasien pertama Tn. N terdapat data:

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

b. 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

a. Pada pasien pertama Tn. N terdapat data:

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

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan.

b. Pada pasien kedua Tn.W terdapat data:

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

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan.

6. Telinga

a. Pada pasien pertama Tn. N 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.

b. Pada pasien kedua Tn. W 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

a. Pada pasien pertama Tn. N 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.

b. Pada pasien kedua Tn.W 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

a. Pada pasien pertama Tn. N 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.

b. Sedangkan pada pasien kedua Tn.W 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

a. Pada pasien pertama Tn. N didapatkan data:

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

b. Pada pasien kedua Tn. W didapatkan data.

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

10. Thorax

a. Pada pasien pertama Tn. N didapatkan data:

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

b. Pada pasien kedua Tn. N didapatkan data:

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

11. Abdomen

a. Pada pasien pertama Tn. N 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

b. Pada pasien kedua Tn. W 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

a. Pada pasien pertama Tn. N didapatkan data:

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

b. Sedangkan pada pasien Tn. W 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

a. Pada pasien pertama Tn. N didapatkan data:

Kulit berwarna sawo matang, akral hangat, tugor kulit tidak baik, terdapat odem kaki kiri, dan terdapat luka gangren, luka ditutup dengan kasa steril, kaki agak sedikit kemerahan, derajat luka yaitu termasuk derajat 1, tipe 2 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, tugor kulit kembali ± 3 detik.

b. Pada pasien kedua Tn. W didapatkan data:

Kulit berwarna sawo matang, akral hangat, tugor kulit tidak baik, terdapat odem pada kaki sebelah kiri tugor kulit kembali ± 7 detik dan terdapat luka gangren pada ulkus pedis, terdapat nekrosis pada kulit, luka tertutup dengan kasa steril, derajat luka termasuk kategori derajat 1, tipe 2 luas luka kurang lebih dari 15 cm, terpasang selang infus pada tangan sebelah kiri. tugor kulit pada kaki sebelah kiri kembali < 5 detik.

14. Ekstremitas dan neurologis

Pada pasien pertama Tn. Npasien mampu menggerakkan seluruh ekstremitas kecuali kaki dan tangan sebelah kiri, GCS 4-5-6,

Kekuatan otot

5		5
<hr/>		
5		5

Sedangkan Pada pasien kedua pasien mampu menggerakkan seluruh ekstremitas kecuali kaki dan tangan sebelah kiri, GCS 4-5-6,

Kekuatan otot

5		5
<hr/>		
5		5

PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien pertama: Tn. N

Nama : Tn.n

Umur : 55 tahun

Tanggal : 25 Juni 2016

Parameters	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

Gula darah : 224

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien kedua: Tn. W

Nama : Tn.W

Umur : 56 tahun

Tanggal : 25 Juni 2016

Parameters	Hasil		Nilai rujukan
HGB	11.9	[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

Gula darah: 486

Pasien terpasang kateter, karena pasien tidak bisa ke kamar mandi sendiri, sehingga keluarga pasien meminta untuk dipasang kateter.

2. Terapi

Pasien pertama :T.n N

Tanggal : 24 Juni 2016

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

Pasien kedua Tn.W

Tanggal : 24 Juni 2016

- 1) Infus RL 21 tetes/menit
- 2) Inf Trikodazole3 x 500 gr
- 3) Santagesik 3x1 kp
- 4) Ceftriaxone 2x1 gr
- 5) Injeksi Braineect 1x1

4.1.3 Analisa Data

Pasien pertama: Tn.N

DS: Pasien mengatakan mempunyai luka di kaki sejak 3 bulan yang lalu

DO: Luka di kaki kiri Derajat 1, tipe 2 luas luka 10 cm², terdapat nekrosis, ada darah, terdapat nanah, kedalaman luka 1 cm, Glukosa darah 224 Bau khas luka gangren terdapat odem.

Masalah : Kerusakan Integritas Kulit

Kemungkinan Penyebab : Luka Gangren Pedis

Pasien kedua: Tn. W

DS: Pasien mengatakan mempunyai luka di kaki sejak 1 bulan yang lalu

DO: Luka kaki kiri Derajat 1, tipe 2 luas 15 cm², nekrosis, ada darah, ada Nanah, kedalaman 2 cm, Bau khas luka gangren terdapat odem

Masalah : Kerusakan Integritas Kulit

Kemungkinan Penyebab : Luka Gangren Pedis

4.1.4 Diagnosa Keperawatan:

Diagnosa Pertama pada Tn.N

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka Gangren Pedis

Diagnosa Kedua Pada Tn.W

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Luka Gangren Pedis

NOC

Pada pasien pertama Tn.N

Tujuan : Kerusakan integritas kulit dapat berkurang atau menunjukkan penyembuhan. dalam waktu 6x24 jam

Dengan kriteria hasil:

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

NOC

Pada Pasien kedua Tn. W

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x24 jam Kerusakan integritas kulit dapat berkurang atau menunjukkan penyembuhan.

Dengan kriteria hasil:

- 1) Integritas kulit baik bisa dipertahankan.
- 2) Tidak ada luka/ lesi pada kulit.
- 3) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami.

4.1.5 Perencanaan

Pasien Pertama Pada Tn.N

NIC

1. Berikan BHSP terhadap pasien dan keluarga
2. Observasi TTV
3. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.
4. Batasi jumlah pengunjung pasien.
5. Kaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang luka dan tandur kulit.
6. Bersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa steril steril.

7. Atur posisi pasien senyaman mungkin.
8. Longarkan baluta pada luka terhadap udara sebanyak mungkin.
9. Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.
10. Anjurkan pasien untuk minum obat sesuai dengan yang sudah diresep dokter
11. Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai.
12. Awasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya biasanya, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Rasional:

1. Agar pasien dan keluarga saling percaya terhadap perawat.
2. Agar mengetahui perkembangan kondisi pasien
3. Biar pasien bisa bergerak dengan bebas
4. Dengan membatasi jumlah pengunjung pasien merasa tenang.
5. Kulit harus berwarna merah muda atau mirip dengan kulit sekitarnya.
6. Mencegah timbulkan infeksi.
7. Agar tidur pasien terasa nyaman.
8. Melonggarkan balutan terbuka terhadap udara meningkatkan proses penyembuhan dan penurunan risiko infeksi.
9. Agar masalah segera teratasi.
10. Agar masalah segera teratasi, dan untuk mengetahui perkembangan pasien.
11. Balutan basah meningkatkan risiko kerusakan jaringan/ infeksi.
12. Agar tidak terjadi infeksi pada luka.

NIC

Perencanaan:

Pasien Kedua Pada Tn.W

1. Berikan BHSP terhadap pasien dan keluarga
2. Observasi TTV
3. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.
4. Batasi jumlah pengunjung pasien.
5. Kaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang luka dan tandur kulit.
6. Bersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa steril seteril.
7. Atur posisi pasien nyaman mungkin.
8. Longgarkan balutan luka terhadap udara sebanyak mungkin.
9. Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.
10. Anjurkan pasien untuk minum obat sesuai dengan yang sudah diresep dokter
11. Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai.
12. Awasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya biasanya, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu.

Rasional:

1. Agar pasien dan keluarga saling percaya terhadap perawat.
2. Agar mengetahui perkembangan kondisi pasien
3. Biar pasien bisa bergerak dengan bebas
4. Dengan membatasi jumlah pengunjung pasien merasa tenang.

5. Kulit harus berwarna merah muda atau mirip dengan kulit sekitarnya.
6. Mencegah timbulkan infeksi.
7. Agar tidur pasien terasa nyaman.
8. Metan longgarkan balutan terbuka terhadap udara meningkatkan proses penyembuhan dan penurunan risiko infeksi.
9. Agar masalah segera teratasi.
10. Agar masalah segera teratasi, dan untuk mengetahui perkembangan pasien.
11. Balutan basah meningkatkan risiko kerusakan jaringan/ infeksi.
12. Agar tidak terjadi infeksi pada luka.

4.1.5 Implementasi

Hari pertama Tanggal 23 Juni 2016

07.00 Memberikan BHSP terhadap pasien dan keluarga

Respon: Pasien dan keluarga saling percaya antara perawat sama keluarga.

08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 124/120mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/meni,
RR: 20x/menit.

08.30 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien menggunakan sarung atasnya baju hame.

09.00 Memberikan posisi pasien senyaman mungkin.

Respon: Pasien diberikan posisi semi fowler

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

10.00 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa steril.

Respon: Setelah luka dibersihkan dengan cairan NaCl, luka sudah sedikit
bersih.

10.30 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak
mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dibuka dan luka terdapat bau khas
gangren.

11.00 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

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

Bcomplex 3x1

11.30 Menganjurkan pasien untuk minum obat sesuai dengan yang sudah diersep dokter

Respon: Pasien pasien minum obat Bcomplex dan santagesik.

12.30 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa seteril

13.00 Mengawasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya, 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 luka $\pm 10 \text{ cm}^2$ gula darah 224

Hari kedua Tanggal 24 Juni 2016.

07.00 Menanyakan kondisi pasien

Rasional: Kondisi Pasien agak sedikit membaik dari yang sebelumnya.

07.30 Membnatu memandikan pasien dengan cara menyeka

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

08.00 Mengobservasi TTV

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

09.00 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien memaikai sarung, atasannya baju hame

09.3 0 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 ± 1 cm

10.00 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa seteril.

Respon: Pasien kooperatif, luka dibersihkan dengan cairan NaCl.

10.30 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dibuka dan luka terdapat bau khas gangren.

11.00 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

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

11.30 Menganjurkan pasien untuk minum obat sesuai dengan yang sudah diersep dokter

Respon: dan pasien minum obat Bcomplex dan santagesik.

12.30 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa seteril

13.00 Mengawasi 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 ± 10 cm²

Hari ke tiga 25 Juni 2016

07.00 Menanyakan kondosi pasien

Rasional: Kondisi Pasien sudah sedikit membaik dari yang sebelumnya.

07.30 Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

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

08.00 Mengobservasi TTV

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

09.00 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien memakai sarung, atasannya baju hame

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

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

10.00 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan NaCl dan kasa steril.

Respon: Pasien kooperatif, luka dibersihkan dengan cairan NaCl.

10.30 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dan luas luka sudah berkurang.

11.00 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

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

Bcomplex 3x1

11.30 Menganjurkan pasien untuk minum obat sesuai dengan yang sudah diresep dokter

Respon: dan pasien minum obat Bcomplex dan santagesik.

12.30 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa steril

13.00 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 luka bau lika sudah berkurang, dan terdapat nyeri dengan skala 4 luas luka $\pm 10\text{cm}^2$ ada darah gula darah 218

Hari ke empat Tanggal 26 Juni 2016.

07.00 Menanyakan kondisi pasien

Respon: Kondisi Pasien agak sedikit membaik dari yang sebelumnya.

07.30 Membantu Membantu menyeka pasien

Respon: Badan pasien tidak kotor dan pasien terasa segar setelah mandi.

08.00 Mengobservasi TTV

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

08.30 Membatasi jumlah pengunjung pasien.

Respon: Pengunjung disuruh masuk sedikit 3 orang.

09.00 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien sarung, atasannya baju hame

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

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

10.00 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa steril.

Respon: luka sudah tidak kotor pasien dibersihkan dengan cairan NaCl

10.30 Melongarkan balutan pada luka terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dan luas luka sudah berkurang luka tidak bau.

11.00 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

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

11.30 Menganjurkan pasien untuk minum obat sesuai dengan yang sudah diresep dokter

Respon: Pasien minum obat Bcomplex dan santagesik.

12.30 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: luka ditutup dengan kasa steril

13.00 Mengawasi 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

8cm² ada darah.

Hari ke lima Tanggal 27 Juni 2016

07.00 Menanyakan kondosi pasien

Rasional: Konisi Pasien agak sedikit membaik dari yang sebelumnya.

07.30 Membnatu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Badan pasien tidak kotor

08.00 Observasi TTV

Respon: Observasi TTV : 110/90 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit.

09.00 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon:Pasien memaikai pakaian bawahannya sarung, atasannya baju hame

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

Respon: Warna sudah tidak merah, terdapat nikrosis, tidak ada tandur kulit, dan tidak ada odem, bau luka sudah berkurang, kedalaman luka ± 1cm tidak ada darah darah.

10.00 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa seteril.

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

10.30 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dan luas luka sudah berkurang.

11.00 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

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

Bcomplex 3x1

11.30 Menganjurkan pasien untuk minum obat sesuai dengan yang sudah diresep dokter

Respon: Pasien minum obat Bcomplex dan santagesik.

12.30 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Pasien kooperatif, luka ditutup dengan kasa steril

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

Respon: Pasien tidak odem, tidak ada kemerahan disekitar luka di kaki kiri, dan bau luka sudah mendingan, dan terdapat nyeri dengan skala 4 luas luka $\pm 8 \text{ cm}^2$ tidak ada adarah. gula darah 215

Hari yang ke enam Tanggal 28 Juni 2016

07.00 Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Pasien tidak kotor dan pasien merasa segar setelah mandi.

08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 120/100 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/menit, RR: 20x/menit.

08.30 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien bawahannya pakek sarung atasnya pakek baju hame.

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

Respon: Warna kulit merah, terdapat sedikit nekrosis, tidak odem, ada nanah, luka bau khas, luas luka $\pm 8 \text{ cm}^2$ luka sudah terlihat bersih.

09.30 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa seteril.

Respon: luka sudah tidak kotor pasien dibersihkan dengan cairan Na Cl.

10.00 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

Respon: Pasien dikasih obat Inj : Santagesik, Inj: Ceftriaxone, 2x1 Inj: Terfacef 2x, Inj Humulil R 3x6 u (SC)

10.30 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Balutan luka dionggarkan dan luas luka sudah berkurang

11.00 Menganjurkan pasien untuk minum obat yang sudah diresep oleh dokter.

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

11.30 Membatasi jumlah pengunjung pasien.

Respon : Pengunjung masuk sedikit-sedikit (3 orang)

12.30 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Pasien kooperatif, luka ditutup dengan kasa seteril

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

Respon: Pasien tidak odem di kaki sebelah kiri, tdak ada kemerahan disekitar luka di kaki kiri, dan luka luka sudah tidak bau, dan terdapat nyeri dengan sekala nyeri 4 luas luka sudah ada perubahan $\pm 8 \text{ cm}^2$

Implementasi Pada Pasien Kedua Tn.W

Hari pertama Tanggal 23 Juni 2016

Rencana Tindakan :

07.00 memberikan BHSP terhadap pasien dan keluarga

Respon: Pasien dan keluarga pasien kooperatif.

08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 195/120mmHg, Suhu: 36,9°C, Nadi: 88x/meni,

RR: 20x/menit.

08.30 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

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

09.00 Mengkaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang

luka dan tandur kulit.

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

09.30 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa steril.

Respon: Pasien kooperatif, luka dibersihkan dengan NaCl.

10.00 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dibuka dan luka terdapat bau khas gangren.

11.00 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa steril

12.00 Mengawasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya biasanya, 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 luka $\pm 15\text{cm}^2$ gula darah 486

Hari kedua Tanggal 24 Juni 2016.

07.00 Menyakan kondosi pasien

Rasional: Konisi Pasien sudah sedikit membaik dari yang sebelumnya.

07.30 Membnatu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Pasien kooperatif. Badan pasien tidak kotor

08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 180/100 mmHg, Suhu: $36,7^{\circ}\text{C}$, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit.

09.00 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien memaikai pakaian bawahannya sarung, atasannya baju hame

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

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

10.00 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa seteril.

Respon: Luka dibersihkan dengan cairan NaCl.

11.00 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dibuka dan luka terdapat bau khas

gangren.

12.00 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: luka ditutup dengan kasa steril dan dikasih obat Nebasetin

13.00 Mengawasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya 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 $\pm 15 \text{ cm}^2$

Hari ke tiga 25 Juni 2016

07.30 Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Pasien kooperatif, pasien tidak kotor.

08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 180/100 mmHg, Suhu: $36,9^{\circ}\text{C}$, Nadi: 90x/meni,
RR: 20x/menit.

08.30 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien menggunakan sarung, atasannya pakek baju hame.

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

Respon: Warna kulit merah, terdapat nekrosis, luas luka $\pm 15\text{cm}^2$ tidak ada sedikit darah dan ada sedikit nanah, luka gangren bau khas

09.30 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa steril.

Respon: Setelah luka dibersihkan, luka sedikit bersih, dan luka dibersihkan dengan cairan NaCl.

10.00 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dibuka dan luka sudah berkurang.

11.00 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa steril

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 kuka sudah mendingan, dan terdapat nyeri dengan skala 4 luas luka $\pm 15\text{cm}^2$ 482

Hari ke empat Tanggal 26 Juni 2016.

07.00 Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Pasien tidak kotor, pasien diseko menggunakan air hangat.

08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 160/90 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit.

08.30 Mengajukan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien Kooperatif. Pasien menggunakan sarung, atasannya baju hame.

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

Respon: Warna kulit sudah tidak merah, terdapat nekrosis luas luka $\pm 14\text{cm}^2$

ada sedikit darah terdapat sedikit nanah, luka gangren bau khas

09.30 Memberikan posisi pasien nyaman mungkin.

Respon: Pasien didikasih tempat tidur dengan semi powder dengan cara bad dikeatasin dan kepala dikasih bantal

09.30 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa seteril.

Respon: Setelah luka dibersihkan, luka sedikit bersih, luka dibersihkan dengan cairan NaCl.

10.00 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dibuka dan luas luka sudah berkurang

11.00 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa seteril

13.00 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 tipe 2 luka gangren \pm 14cm² luka sudah bersih.

Hari ke lima Tanggal 27 Juni 2016

07.00 Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Pasien tidak kotor, pasien diseko menggunakan air hangat.

08.00 Mengobservasi TTV setiap

Respon: Observasi TTV : 160/100 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/meni,
RR: 20x/menit.

08.30 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Pasien menggunakan sarung, atasanya baju hame.

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

Respon: Warna kulit sudah sedikit merah, terdapat nekrosis luas luka $\pm 13\text{cm}^2$
ada darah terdapat sedikit nanah, terdapat nyeri dengan skala 4 luka gangren
bau khas

09.30 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa
sesteril.

Respon: Setelah luka dibersihkan, luka sedikit bersih, luka dibersihkan dengan
cairan NaCl.

10.00 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak
mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dibuka dan luas luka sudah berkurang

10.30 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

Respon: Pasien dikasih obat Inj : Santagesik, Inj: Ceftriaxone, 2x1 Inj:
Terfacef 2x, Inj Humulil R 3x6 u (SC)

11.30 Menganjurkan pasien untuk minum obat yang sudah diresep oleh
dokter.

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

12.00 Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa sesteril

12.30 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 luka tidak sudah bau, dan terdapat nyeri dengan sekali 4 luas luka \pm 13 cm² tipe 2 gula darah 478

Hari yang ke enam Tanggal 28 Juni 2016

07.00 Membantu memandikan pasien dengan cara menyeka

Respon: Pasien tidak kotor, pasien diseko menggunakan air hangat.

08.00 Mengobservasi TTV

Respon: Observasi TTV : 170/100 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit.

08.30 Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar.

Respon: Setelah mandi tersa segar, pasien tidak kotor.

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

Respon: Warna kulit merah, terdapat nekrosis

09.30 Membersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa seteril.

Respon: Setelah luka dibersihkan, lukat sudah bersih, luka dibersihkan dengan cairan NaCl.

10.00 Mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat.

Respon: Pasien dikasih obat Inj : Santagesik, Inj: Ceftriaxone, 2x1 Inj:

Terfacef 2x, Inj Humulil R 3x6 u (SC)

10.30 Melongarkan baluta pada luka terbuka terhadap udara sebanyak mungkin.

Respon: Balutan luka dilonggarkan dibuka dan luas luka sudah berkurang.

11.00 Menganjurkan pasien untuk minum obat yang sudah diresep oleh dokter.

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

11.30 Membatasi jumlah pengunjung pasien.

Respon : Pengunjung sudah Pasien sudah masuk sedikit- sedikit.

12.30 Mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

Respon: Luka ditutup dengan kasa steril

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

Respon: Odem sudah berkurang , ada sedikit kemerahan disekitar luka di kaki kiri, dan luka sudah tidak bau, dan terdapat nyeri dengan skala nyeri 4 luas luka sudah ada perubahan $\pm 10 \text{ cm}^2$ tipe 2 luka sudah bersih.

4.1.5 Evaluasi

Diagnosa Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Luka Gangren Pedis

Tanggal 23 Juni 2016

S: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri.

O: Keadaan umum lemah luka dikaki kiri Derajat 1, tipe 2 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 : 124/120mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit.

Mual (-) Muntah (-) Glikosa

darah 224

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

A: Masalah belum teratasi

P: Rencana tindakan dilanjutkan 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12

Tanggal 24 Juni 2016

S: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri.

O: Keadaan umum lemah luka dikaki kiri Derajat 1, tipe 2 luas 10 cm²,
terdapat nekrosis, ada darah, ada Nanah, kedalaman 1 cm, Bau khas luka
gangren terdapat odem, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi
TTV : 120/120mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit. Mual (-)

Muntah (-)

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

A: Masalah belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12

Tanggal 25 Juni 2016

S: Pasien mengatakan luka sudah berkurang .

O: Keadaan umum cukup luka kaki kiri Derajat I tipe 2 luas 10 cm², 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 :

120/120mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/meni, RR: 20x/menit. Mual (-)

Muntah (-) Gula darah 218

A Masalah tertasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan 4,5,6,7,8,9,10,11,12

Tanggal 26 Juni 2016

S: Pasien mengatakan luas Luka sudah berkurang.

O: Keadaan umum cukup luka dikaki kiri Derajat I tipe 2 luas 8 cm², terdapat

nekrosis, Warna kulit ada sedikit kemerahan, tidak ada tandur kulit, dan tidak

ada odem, luka bau khas, kedalaman luka ± 1cm tidak ada darah, ada sedikit

Nanah, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV :

120/120mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 88x/meni, RR: 20x/menit. Mual (-)

Muntah (-) Gula darah 224

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan 5,6,7,8,9,10,11,12

Tanggal 27 Juni 2016

S: Pasien mengatakan luas Luka sudah berkurang

O: Keadaan umum cukup luka dikaki kiri Derajat I, tipe 2 luas 8 cm², terdapat

nekrosis, Warna kulit sudah tidak merah, tidak ada tandur kulit, dan tidak ada

odem, bau luka sudah berkurang, kedalaman luka ± 1cm tidak ada darah,

ada sedikit Nanah, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV :

110/90 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit. Mual (-)

Muntah (-) gula darah 215

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan 6,7,8,9,10,11,12

Tanggal 28 Juni 2016

S: Pasien mengatakan luas luka sudah berkurang.

O: Keadaan umum cukup luka dikaki kiri Derajat I, tipe 2 luas 10 cm², 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 ± 1cm tidak ada darah, ada sedikit Nanah, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV: 120/100 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/menit, RR: 20x/menit.

Mual (-) Muntah (-)

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi dihentikan

Evaluasi pada pasien ke dua

Diagnosa Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Luka Gangren Pedis

Tanggal 23 Juni 2016

S: pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri.

O: Keadaan umum lemah luka kaki kiri Derajat I tipe 2 luas luka 15 cm², terdapat nekrosis, ada darah, ada Nanah, kedalaman 2 cm², Bau khas luka gangren terdapat odem, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat TTV: 195/120mmHg, Suhu: 36,9°C, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit. Mual (-) Muntah (-) Glukosa darah 486 GCS: 4-5-6

A: Masalah belum teratasi

p: Rencana tindakan dilanjutkan 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12

Tanggal 24 uni 2016

S: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri.

O: Keadaan umum lemah luka kaki kiri Derajat I tipe 2 luas luka 15 cm², terdapat nekrosis, ada darah, ada Nanah, kedalaman 2 cm², Bau khas luka gangren terdapat odem, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV : 180/100 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit. Mual (-) Muntah (-)GCS: 4-5-6

A: Masalah belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12

Tanggal 25 Juni 2016

S: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri.

O: Keadaan umum lemah luka kaki kiri Derajat I tipe 2 luas luka 15 cm², terdapat nekrosis, ada darah, ada Nanah, kedalaman 2 cm², Bau khas luka gangren terdapat odem, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat TTV: 180/100 mmHg, Suhu: 36,9°C, Nadi: 90x/meni, RR: 20x/menit.

Mual (-) Muntah (-) GCS: 4-5-6 gula darah 482

A: Masalah belum teratsi

P: Intervensi dilanjutkan 4,5,6,7,8,9,10,11,12

Tanggal 26 Juni 2016

S: Pasien mengatakan luas Luka sudah berkurang.

O: Keadaan umum cukup luka kaki kiri Derajat I tipe 2luas luka 14 cm²,

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 : 160/90 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/menit, RR: 20x/menit.

Mual (-) Muntah (-) GCS: 4-5-6

A: Masalah teratasi sebagian

P: intervensi dilanjutkan 5,6,7,8,9,10,11,12

Tanggal 27 Juni 2016

S: Pasien mengatakan luas Luka sudah berkurang.

O: Keadaan umum cukup luka kaki kiri Derajat I tipe 2 luas luka 13 cm², terdapat nekrosis, ada darah, ada Nanah, kedalaman 1 cm², Bau luka gangren sudah mendingan, odem sudah mendingan, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat TTV: 160/100 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/menit, RR: 20x/menit. luka pasien ada sedikit membaik. gula darah 478

Mual (-) Muntah (-) GCS: 4-5-6

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi dilanjutkan 6,7,8,9,10,11,12

Tanggal 28 Juni 2016

S: Pasien mengatakan luas luka Sudah berkurang

O: Keadaan umum cukup luka kaki kiri Derajat I, tipe 2 luas luka 10 cm², terdapat nekrosis, tidak ada darah, tidak ada Nanah, kedalaman 1 cm², luka gangren sudah tidak bau terdapat odem sedikit, terdapat nyeri dengan skala 4 terdapat Observasi TTV : 170/100 mmHg, Suhu: 36,7°C, Nadi: 90x/menit, RR: 20x/menit.

Mual (-) Muntah (-) GCS: 4-5-6

A: Masalah teratasi sebagian

P: Intervensi dihentikan

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. w 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 Pasien Tn.N didapatkan data bahwa Tn. N Umur 55 tahun sedangkan Tn. W Umur 56, pasien terdapat luka pada kaki kiri sejak 5 bulan yang lalu, sedangkan data objektif yang didapatkan yaitu kaki kiri terdapat nekrosis, merah, nanah, kedalaman luka $\pm 1\text{cm}^2$ derajat 1 tipe 2 luas luka $\pm 10\text{ cm}^2$, luka terdapat bau khas, kaki terdapat odem GCS: 4-5-6. Sedangkan data Subyektif Tn. W adalah terdapat luka pada kaki kiri sejak 1 bulan yang lalu, luas luka $\pm 15\text{ cm}^2$, kedalaman

luka 2cm² luka terdapat bau khas, terdapat darah dan terdapat nanah, ada nekrosis, kaki kiri terdapat odem. GCS: 4-5-6

Sedangkan Dalam Tinjauan teori pada pasien dengan DM Gangren terdapat keluhan biasanya luka tersebut 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 saat dilakukan pengkajian kasus pasien mengeluh luka terdapat di ulkus pedis dan gula darah tinggi.

Pengkajian berdasarkan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus itu tidak ada kesenjangan antara data subjektif dan objektif yang ditemukan saat pengkajian pada Tn.n dan Tn.W terdapat keluhan yang sama yaitu terdapat luka di ulkus pedis dan kedua pasien sama-sama mempunyai Gula darah tinggi, pada Tn.N 224 sedangkan pada Tn. W yaitu 486 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. W yaitu 1 bulan yang lalu, luka tersebut awalnya terkena paku, luas luka pada Tn.N yaitu 10 cm² sedangkan pada Tn.W 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.

Pada tinjauan kasus Tn.N dan Tn.W ditemukan masalah yang sama yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka gangren pedis.

Sedangkan dalam tinjauan teori pada pasien DM Gangren didapatkan masalah diantaranya yaitu: Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik (Gaya gesek, tekanan), Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan, Resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan proses penyakit (DM), Resiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kekurangan volume cairan. (Nanda 2015-2017)

Masalah berdasarkan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan antara masalah yang ditemukan pada Tn. N dan Tn. W yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka gangren diulcus pedis.

4.2.3 Perencanaan

Perencanaan keperawatan pada Tn.N dan Tn.W yaitu dilakukan selama 6 hari sejak tanggal 23-28 Juni 2016. diantaranya yaitu BHSP terhadap pasien dan keluarga, Observasi TTV, anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar, berikan posisi pasien nyaman mungkin, kaji warna kulit, bersihkan diarea luka menggunakan cairan dan kasa steril, berikan insisi terbuka terhadap udara sebanyak mungkin, kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat, ganti balutan pada interval waktu yang sesuai, awasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh odem,nyeri,

Sedangkan perencanaan tindakan dalam teori diantaranya yaitu: Anjurkan pasien untuk memakai pakaian yang longgar, kaji warna kulit, Bersihkan sekitar area luka, menggunakan lidi kapas steril, Berikan insisi terbuka terhadap udara sebanyak mungkin, Catat atau laporkan adanya drainase seperti susu, Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai, Awasi

semua sisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya, peningkatan odem, nyeri, dan peningkatan suhu, (Nanda NIC 2015).

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 sekirat area luka menggunakan cairan dan kasa steril, berikan insisi terbuka terhafap udara sebanyak mungkin, mengaganti balutan pada interval waktu yang sesuai.

4.2.4 Pelaksanaan

Dari masalah utama yang ditemukan saat pengkajian pada Tn.N dan Tn.W 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 diberikan dari Rumah Sakit, menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar, mengkaji warna kulit, membersihkan sekirat area luka menggunakan cairan NaCl dan

kasa seteril, mengkaji warna kulit, memberikan insisi terbuka terhadap udara sebanyak mungkin, mengganti balutan pada interval waktu yang sesuai, mengkolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat antibiotik, menganjurkan pasien untuk minum obat sesuai yang sudah diresep oleh dokter, mengawasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, seperti odem, kemerahan, nyeri, membatasi pengunjung pasien, memberikan posisi pasien nyaman mungkin.

Sedangkan dalam Teori Berikan BHSP terhadap pasien dan keluarga, Observasi TTV, Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian longgar, Batasi jumlah pengunjung pasien, Kaji warna kulit/ suhu dan pengisian kapiler pada area yang luka dan tandur kulit, Bersihkan sekitar area luka, menggunakan cairan dan kasa seteril seteril, Atur posisi pasien nyaman mungkin, Longgarkan balutan luka terhadap udara sebanyak mungkin, Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat, Anjurkan pasien untuk minum obat sesuai dengan yang sudah diresep dokter, Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai, Awasi semua insisi untuk tanda atau infeksi luka, contoh kemerahan biasanya biasanya, peningkatan Odem, nyeri, dan peningkatan suhu. (Nanda NIC 2015)

Berdasarkan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan, hal ini dikarenakan dengan adanya kontak yang sering dengan pasien dan membina hubungan saling percaya akan mempermudah peneliti untuk menghindari faktor pencetus munculnya Diabetes. Semua rencana dapat dilakukan karena adanya kerjasama antara perawat 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. (Nursalam 2008)

Pada tinjauan pustaka tidak disebutkan hasil evaluasi dari hasil pelaksanaan, hal ini dikarenakan tidak ada pasien secara nyata. Sedangkan pada tinjauan kasus pertama Tn. N dan kedua Tn.W masalah yang teratasi sebagian dalam waktu 6 hari yaitu gangguan integritas kulit. 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.