

BAB 3

LAPORAN KASUS

Untuk lebih memahami Asuhan keperawatan pada pasien Diabetes mellitus dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus Diabetes Mellitus+ Gangren Pedis di Zal C RSUD. DR. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan. Kasus ini merupakan suatu proses Asuhan Keperawatan yang diberikan secara konsisten sesuai dengan intervensi yang dilakukan.

3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 Juni 2015 dimulai pukul 09,00 wib sampai dengan pukul 13,00 wib.

3.1.1 Hasil Pengkajian

1. Identitas

Pasien bernama Tn. F berjenis kelamin laki-laki umur 53 suku Jawa beragama islam dan pendidikan terakhir SM, pekerjaan Petani, alamat: Waru Kabupaten Pamekasan, No. RM: 13.21.2.XX.XXX, MRS hari Sabtu/ 20 Juni 2015 Pukul 11.00 wib dengan Diagnosa medis *DM+Gangren Pedis Sinistra*

2. Keluhan Utama

Klien mengeluh luka di kaki kiri

3. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke Unit Rawat Jalan RSUD DR H, Slamet Martodirdjo pada tanggal 20 juni 2015 pukul 11.00 dengan keluhan utama luka pada kaki kiri sejak seminggu yang lalu, luka tidak sembuh malah tambah meluas. Klien sudah

mencoba mengobati sendiri menggunakan binahong namun karena tidak kunjung sembuh maka keluarganya memutuskan untuk dibawa ke RS.

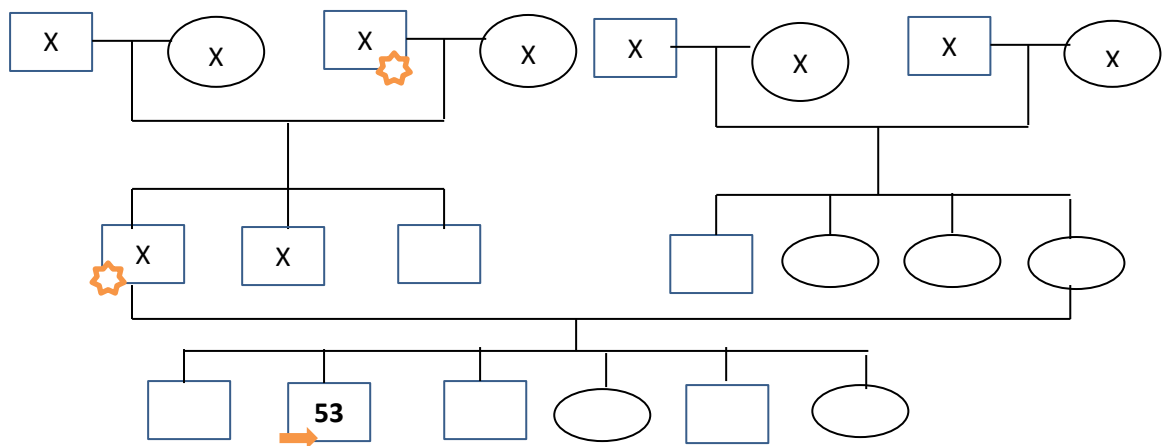
2) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan dirinya menderita DM sejak 3 Tahun yang lalu, dan pernah dirawat ± 3 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.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ayahnya memiliki riwayat penyakit kencing manis dan pernah diamputasi kaki kanannya. Ayahnya meninggal 7 tahun yang lalu.

Genogram :



Keterangan :

- : laki – laki hidup
- : perempuan hidup
- : pasien umur
- : hubungan
- ☆ : memiliki riwayat penyakit kronis
- X : Meninggal
- : Tinggal Serumah

4) Pola Fungsi Kesehatan

(1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Sebelum masuk RS mandi 2x sehari dengan menggunakan sabun, dan menggosok giginya dengan melakukan sendiri, s

Di RS pasien mengatakan mandi 2x sehari dengan menggunakan air seka dari RS dilakukan perawat setiap pagi dan sore.

(2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum masuk RS makan 3x sehari dengan menu nasi, sayur, lauk pauk, dan buah-buahan, minum 6-7 gelas besar dalam satu hari,

Di RS pasien mengatakan makan 3x sehari dapat diet dari RS B 2100 kalori habis setengah porsi, mual, muntah 3x selama di RS, lidah terasa pahit, minum 6-7 gelas sehari, mendapatkan terapi Infus 500cc/24 Jam.

(3) Pola Eliminasi

1. Eliminasi Alvi

Sebelum masuk RSBuang Air Besar tiap hari, warna kuning, konsistensi lembek, warna kuning, tidak ada kesulitan saat buang air besar.

Di RS pasien mengatakan BAB hanya 1x konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, terakhir BAB pada tanggal 01 Juni 2015.

2. Eliminasi uri

Sebelum masuk RS pasien mengatakan BAK dalam satu hari 7-8 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih dan berbau khas,

Di RS masuk RS pasien mengatakan BAK dalam satu hari 7-8 kali dengan konsistensi berwarna kuning jernih berbau khas kira-kira sebanyak 1000cc/hari.

(4) Pola Istirahat dan tidur

Sebelum masuk RS pasien mengatakan tidur dengan pulas siang 3 jam malam 7 jam,

Di RS pasien mengatakan siang tidur hanya 2 jam malam 5 jam sering terbangun.

(5) Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum masuk RS pasien mengatakan pasien mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan sendiri missal makan, Makan dan minum serta aktifitas lain dilakukan mandiri,

Di RS pasien mengatakan hanya tidur-tiduran di ruangan sesekali duduk-duduk di tempat tidur, pasien makan minum sendiri, Melakukan aktifitas sendiri, kecuali ke kamar mandi diantar keluarga

(6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya
2. IdealDiri : pasien mengatakan takut jika penyakitnya tidak bisa disembuhkan
3. Identitas diri : pasien mengatakan bahwa dirinya berumur 53 tahun.
4. Peran : pasien berperan sebagai ayah dari 3 orang anaknya.
5. Gambaran diri : pasien mengatakan bahwa penyakit yang di deritanya adalah cobaan dari Allah SWT.

(7) . Pola Sensori dan Kognitif

1. Sensori

Pasien mengatakan bahwa indra penglihatannya sudah agak kabur bila melihat orang agak kejauhan, Pendengaran, Pengecapan, dan perasa, dalam

keadaan normal, peraba masih sangat normal kecuali di daerah kaki sensitifitas rasa menurun.

Klien mengatakan nyeri kepala ringan terutama di daerah belakang kepala dengan skala nyeri 4 (ringan),

2. Kognitif

Pasien sudah mengetahui tentang penyakitnya sejak 3 tahun yang lalu pada saat menderita kencing manis. Pasien mengetahui tentang penyakit kencing manis dan komplikasinya namun pasien belum tahu faktor penyebab terjadinya komplikasi..

(8) Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang perempuan berusia 53 tahun dan sudah menikah.

(9) Pola Hubungan dan Peran

Pasien berperan sebagai kepala tangga hubungannya sangat baik dengan keluarganya dan mempunyai tiga orang anak.

(10) Pola Penanggulangan Stres

Pasien mengatakan jika ada masalah selalu dibicarakan dengan anak dan keluarganya.

(11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan beragama Islam sholat 5 waktu, selama di RS pasien juga melakukan sholat 5 waktu dengan cara berbaring.

4. Pemeriksaan Fisik

1) Status Kesehatan Umum

Keadaan umum lemah, frekuensi pernafasan 22x/menit, suhu tubuh 36,7°C, frekuensi nadi 90x/menit, tekanan darah 140/90mmHg.

2) Kepala

Bentuk simetris. Rambut warna hitam ada uban, keadaan kulit kepala bersih tidak ada ketombe, tidak ada benjolan di kepala, tidak ada nyeri tekan.

3) Wajah

Wajah simetris, berminyak, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan / lesi, wajah tampak cemas.

4) Mata

Mata simetris, tidak ada perdarahan, reflek pupil terhadap cahaya bagus, konjungtiva anemik, sklera anikterik, pergerakan bola mata simetris, dan tidak ada nyeri tekan.

5) Telinga

Bentuk simetris, tidak ada lesi atau massa, tidak ada benjolan, tidak ada serum, tidak ada gangguan pendengaran.

6) Hidung

Hidung simetris, lubang hidung bersih tidak ada sekret, tidak ada polip, mukosa hidung lembab, tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik, tidak ada pernafasan cuping hidung.

7) Mulut dan Faring

Bentuk simetris, bibir dan mukosa mulut lembab, tidak ada sariawan, warna gigi putih, mulut terasa pahit, gusi tidak bengkak, tidak ada kerusakan mengunyah dan menelan, tidak ada peradahan saluran cerna atas.

8) Leher

Tidak ada massa/benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

9) Thorak

Inspeksi : pergerakan dada simetris, tidak ada bekas luka

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : suara sonor pada paru, suara redup pada jantung.

Auskultasi : tidak ada suara nafas tambah tidak ada *ronchi, wheezing*.

10) Abdomen

Inspeksi : tidak ada asites, tidak ada nyeri tekan, tidak ada *Spyder navi*

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : terdengar timpani

Auskultasi: Bising usus normal 11x/menit

11) Inguinal, genital, dan Anus

Genetali bersih, anus bersih, tidak ada hemoroid.

12) Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit 2 detik, akral hangat, CRT 1 detik, tidak ada peningkatan suhu tubuh.

Luka Gangren: Tumor kaki kiri Derajat II Wager (Luka Superfisial s.d subcutan luas $\pm 15 \text{ cm}^2$, nekrosis +, Darah -, Nanah +, kedalaman $\pm 1 \text{ cm}$, Bau khas luka gangren.

13) Ekstremitas dan Neurologis

Pada tulang ekstremitas tidak ada Fraktur, tidak ada edema pada ekstremitas.

Tingkat kesadaran compos mentis, GCS 456, tidak ada kaku kuduk.

Pemeriksaan tonus otot :

5	5
5	5

14) Pemeriksaan Penunjang

NO	Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan
1	HGB	11,3 (g/dl)	L : 13,0-18,0 P : 11,5-16,5
2	RBC	4.35 (10 ⁶ /UL)	L : 4,5 P : 4,0-5,0
3	HCT	41,3 (%)	L : 40,0-50,0 P : 37,0-45,0
4	MCV	90,4- (FL)	82,0-92,0
5	MCH	29,5 (PG)	27,0-31,0
6	MCHC	35,2 (G/DL)	32,0-37,0
7	RDW-SD	42,0 (FL)	35-47
8	RDW-CV	14,1 (%)	11,5-14,5
9	WBC	8,58 (10 ³ /UL)	4,0-11,0
10	EO%	0,7 (%)	0-1
11	BASO%	0,5 (%)	0-1
12	NEUT%	67,4 (%)	50-70
13	GDA	321	mg/dl

15) Terapi

1. Infuse NaCl500 cc/ 24 Jam,
2. inj. OMZ 1x1 indikasi untuk mual muntah,
3. melformin 3 x 500mg indikasi untuk diabet,
4. Glimepirid 1x3mg indikasi untuk diabet type 2,
5. neuredex 1x1 indikasi untuk vitamin,

3.2 Analisa Data

Tanggal : 22 juni 2015 Pukul 09.00

Data 1

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

DO: Tumit kaki kiri Derajat II *Wager* (Luka *Superfisial* s.d *subcutan* luas 15 cm², nekrosis, tidak ada darah, ada Nanah, kedalaman 1 cm, Bau khas luka gangren.

Masalah :Kerusakan Integritas Kulit

Kemungkinan Penyebab : Luka Gangren Pedis

Data 2

DS : Pasien mengatakan makan 3x sehari \pm 3 sdm, lidah pahit, berat badan menurun sebulan terakhir.

DO :

A : BB 53 Kg, TB 171 cm

B : HGB: 11,3, GDA: 321

C : Mual (+), Muntah (+), mata cowong, IMT = Kurang, pasien lemah

D : Makan 3x sehari \pm 3 sdm

Masalah :Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari kebutuhan

Kemungkinan Penyebab : Anoreksia (Penurunan nafsu makan)

3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Luka Gangren Pedis.
2. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.

3.4 Intervensi Keperawatan

1. Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Luka Gangren Pedis, ditandai dengan:

2. Intervensi:

Pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan selama 4 hari sesuai dengan intervensi (NANDA) yang telah dibuat. Pelaksanaan dilakukan mulai jam 07.00 pagi sampai dengan pukul 16.00.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 4 x 24 Jam diharapkan kerusakan integritas kulit pasien teratasi dengan

Kriteria hasil:

1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)
2. Tidak ada luka/lesi pada kulit
3. Perfusi jaringan baik
4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang
5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami
6. Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka

Intervensi:

- 1) Hindari kerutan pada tempat tidur, untuk memberikan kenyamanan dan menghindari gesekan di area kulit pasien.

- 2) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering
- 3) Monitor kulit akan adanya kemerahan
- 4) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang luka
- 5) Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien
- 6) Monitor status nutrisi pasien, status nutrisi sangat mempengaruhi proses penyembuhan luka
- 7) Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat
- 8) Kaji lingkungan dan peralatan yang menyebabkan tekanan
- 9) Observasi luka : lokasi, dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal, formasi traktus
- 10) Ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka
- 11) Kolaborasi ahli gizi pemberian diet TKTP, vitamin
- 12) Cegah kontaminasi feses dan urin
- 13) Lakukan teknik perawatan luka dengan steril
- 14) Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka
- 15) Penekanan intervensi yang diberikan adalah intervensi latihan mobilisasi serta penyuluhan tentang manfaat nutrisi dan pencegahan luka gangren.

3. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan anoreksia, ditandai dengan:

Intervensi:

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 Jam diharapkan nutrisi seimbang terpenuhi dengan

Kriteria hasil:

1. Porsi makan klien bertambah, tiga kali sehari satu porsi habis
2. Klien tidak mengalami gangguan input nutrisi (Mual muntah, Anoreksia, Disfagia)
3. Berat Badan bertambah
4. Tidak ada tanda anemia, CRT < 2 Detik, turgor kulit < 2 detik
5. Klien mengatakan bertambah segar dan terlihat lebih segar.

Intervensi:

1. Kaji adanya alergi makanan
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggiserat untuk mencegah konstipasi
4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.
5. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah
6. Monitor lingkungan selama makan
7. Monitor turgor kulit

8. Monitor kekeringan, rambut kusam, totalprotein, Hb dan kadar Ht
9. Monitor mual dan muntah
10. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringanjaringan konjungtiva
11. Monitor intake nutrisi
12. Informasikan pada klien dan keluarga tentang:

3.5 Implementasi Keperawatan

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelaksanaan dimulai tanggal 22 Juni – 25 Juni 2015.

Diagnosa 1 : Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan luka ganggren pedis.

Tanggal 22 juni 2015

Pukul 08.00 WIB

1. Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon :TD: 120/80 mmHg, N: 90x/menit, RR: 21x/menit, S: 37°C

Pukul 09.00 WIB

2. Membersihkan kaki dan celah kaki.

Respon : pasien tampak meringis dan terdapat luka. Warna Luka merah, Nekrosis +, Bau berkurang, Pus -, Luas ± 15 cm

3. Memberikan salep atau krim untuk mencegah kulit kering.

Respon : Pasien mengatakan lukanya dingin setelah diberi salep

Pukul 10.15 WIB

4. Memberikan pengetahuan untuk tidak menggunakan air panas.

Respon : pasien mengerti dan kooperatif

Pukul 11.00 WIB

5. Merawat luka

Respon : pasien tampak meringis dan terdapat luka. Warna Luka merah, Nekrosis +, Bau berkurang, Pus -, Luas \pm 15 cm

Pukul 13.00 WIB

6. Kolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian terapi.

Respon : Pasien mendapatkan obat antibiotik.

Tanggal 23 juni 2015

Pukul 08.00 WIB

1. Mengoservasi tanda-tanda vital

Respon : TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C

Pukul 09.00 WIB

2. Membersihkan kaki dan celah kaki.

Respon : pasien tampak meringis dan terdapat luka

3. Memberikan salep atau krim untuk mencegah kulit kering.

Respon : Pasien Kooperatif

Pukul 10.15 WIB

4. Memberikan pengetahuan untuk tidak menggunakan air panas.

Respon : pasien mengerti dan kooperatif

Pukul 11.00 WIB

5. Merawat luka

Respon :pasien tampak meringis dan terdapat luka. Warna Luka merah, Nekrosis -, Bau berkurang, Pus -, Luas \pm 15 cm

Pukul 13.00 WIB

6. Kolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian terapi.

Respon : Pasien mendapatkan obat antibiotik.

Tanggal 24 juni 2015

Pukul 08.00 WIB

1.Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon :TD: 120/80 mmHg, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C

Pukul 09.00 WIB

2. Membersihkan kaki dan celah kaki.

Respon : pasien tampak meringis dan terdapat luka

3. Memberikan salep atau krim untuk mencegah kulit kering.

Respon :Luka tampak lembab, tanda radang (-)

Pukul 10.15 WIB

4. Memberikan pengetahuan untuk tidak menggunakan air panas.

Respon : pasien mengerti tentang kontraindikasi penggunaan air panas

Pukul 11.00 WIB

5. Merawat luka

Respon :pasien tampak meringis dan terdapat luka. Warna Luka merah, Nekrosis -, Bau berkurang, Pus -, Luas \pm 15 cm.

Pukul 13.00 WIB

6. Kolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian terapi.

Respon : Pasien mendapatkan obat antibiotik.

Tanggal 25 juni 2015

Pukul 08.00 WIB

1. Mengobservasi tanda-tanda vital

Respon : TD: 130/80 mmHg, N: 88x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,9°C

Pukul 09.00 WIB

2. Membersihkan kaki dan celah kaki.

Respon : pasien tampak meringis dan terdapat luka

3. Memberikan salep atau krim untuk mencegah kulit kering.

Respon : Luka terlihat lebih bersih, lembab, dan telah diberi salep

Pukul 10.15 WIB

4. Memberikan pengetahuan untuk tidak menggunakan air panas.

Respon : pasien mengerti untuk tidak menggunakan air panas

Pukul 11.00 WIB

5. Merawat luka

Respon : pasien tampak meringis dan terdapat luka. Warna Luka merah, Nekrosis -, Bau berkurang, Pus -, Luas ± 15 cm

Pukul 13.00 WIB

6. Kolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian terapi.

Respon : Pasien mendapatkan obat antibiotik.

Diagnosa II : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.

Tanggal 22 Juni 2015

Pukul 08.00 WIB

1. Mengobservasi tanda-tanda vital.

Respon TD: 130/80 mmHg, N: 88x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,9°C

Pukul 09.00 WIB

2. memantau adanya alergi makanan

Respon : pasien dan keluarga mengerti dan menjelaskan bahwa tidak ada alergi

Pukul 10.00 WIB

3. Mengevaluasi turgor kulit

Respon :turgor kulit baik (< 2 detik).

Pukul 11.00 WIB

4.kolaborasikan dengan tim gizi dalam pemberian diet.

Respon : pasien mengerti manfaat nutrisi dan teknik makan sedikit tapi sering.

Tanggal 23 Juni 2015

Pukul 08.00 WIB

1. Mengobservasi tanda-tanda vital.

Respon :TD: 130/80 mmHg, N: 88x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,9°C

Pukul 09.00 WIB

2. memantau adanya alergi makanan

Respon : pasien dan keluarga mengerti dan kooperatif.

Pukul 10.00 WIB

3. Mengevaluasi turgor kulit

Respon :turgor kulit baik (< 2 detik).

Pukul 11.00 WIB

4.kolaborasikan dengan tim gizi dalam pemberian diet.

Respon : pasien mengerti dan mau melaksanakan manajemen gizi.

Tanggal 24 Juni 2015

Pukul 08.00 WIB

1. Mengobservasi tanda-tanda vital.

Respon :TD: 120/80 mmHg, N: 98x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C

Pukul 09.00 WIB

2. memantau adanya alergi makanan

Respon :pasien mengerti dan mau melaksanakan manajemen gizi.

Pukul 10.00 WIB

3. Mengevaluasi turgor kulit

Respon :turgor kulit baik (< 2 detik).

Pukul 11.00 WIB

4.kolaborasikan dengan tim gizi dalam pemberian diet.

Respon :pasien mengerti dan mau melaksanakan manajemen gizi

Tanggal 25 Juni 2015

Pukul 08.00 WIB

1. Mengobservasi tanda-tanda vital.

Respon :TD: 120/80 mmHg, N: 98x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,5°C

Pukul 09.00 WIB

2. memantau adanya alergi makanan

Respon : pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan

.

Pukul 10.00 WIB

3. Mengevaluasi turgor kulit

Respon :turgor kulit baik (< 2 detik).

Pukul 11.00 WIB

4.kolaborasikan dengan tim gizi dalam pemberian diet.

Respon : pasien mengerti dan kooperatif

3.6 Evaluasi Keperawatan

3.6.1 Diagnosa Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Luka Gangren Pedis

1. Tanggal 22 Juni 2015 Pukul 15.00 wib

S : Klien mengatakan lukanya masih sama seperti kemarin, pasien mampu menyebutkan tentang luka gangren dan faktor yang mempengaruhi terjadinya luka serta faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka

O : Klien terlihat mengerti
Luas Luka tetap, warna merah, nekrosis bertambah, warna kehitaman di sekitar luka berkurang

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dipertahankan, dilanjutkan dengan rencana selanjutnya

2. Tanggal 23 Juni 2015 Pukul 15.00 wib

S : Klien mengatakan lukanya mulai ada perkembangan, pasien mampu menyebutkan tentang indikasi latihan rentang gerak atas keadaan kaki yang memenuhi indikasi pelaksanaan, yaitu kaki dengan status sirkulasi yang bagus

O : Klien terlihat mengerti
Luas Luka berkurang, warna merah, nekrosis bertambah, warna kehitaman di sekitar luka berkurang

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dipertahankan, dilanjutkan dengan rencana selanjutnya

3. Tanggal 24 Juni 2015 Pukul 15.00 wib

S : Klien mengatakan lukanya mulai ada perkembangan, pasien mampu menyebutkan tentang penyuluhan tentang manfaat nutrisi bagi penyembuhan luka

O : Klien terlihat mengerti
Luas Luka berkurang, warna merah, nekrosis bertambah, warna kehitaman di sekitar luka berkurang

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dipertahankan, dilanjutkan dengan rencana selanjutnya

4. Tanggal 25 Juni 2015 Pukul 15.00 wib Pukul 15.00 wib

S : Klien mengatakan lukanya mulai ada perkembangan, pasien mampu menyebutkan tentang penyuluhan tentang perawatan kaki

O : Klien terlihat mengerti
Luas Luka berkurang $\pm 6 \text{ cm}^2$, warna merah, nekrosis bertambah, warna kehitaman di sekitar luka berkurang

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dipertahankan, dilanjutkan dengan rencana selanjutnya.
Klien dianjurkan untuk melakukan hasil pendidikan kesehatan di rumah secara mandiri, rajin kontrol dan teratur minum obat.

3.6.2 Diagnosa Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.

1. Tanggal 22 Juni 2015 Pukul 15.00 wib

S : Klien mampu menyebutkan tentang Manfaat manajemen nutrisi pada pasien DM Gangren

O : Klien terlihat mengerti

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dipertahankan, dilanjutkan dengan rencana selanjutnya

2. Tanggal 23 Juni 2015 Pukul 15.00 wib

S : Klien mengatakan Makan 8x sehari 3 sdm, mual (-), muntah (-)

O : Klien terlihat mengerti

BB 54 Kg,

Turgor 1 detik

Mata, Ubun-Ubun tidak cowong.

Mukosa bibir dan Konjungtiva lembab

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dipertahankan, dilanjutkan dengan rencana selanjutnya

3. Tanggal 24 Juni 2015 Pukul 15.00 wib

S : Klien mengatakan Makan 10 x sehari 4 sdm, mual (-), muntah (-)

O : Klien terlihat mengerti

BB 54,5 Kg,

Turgor 1 detik

Mata, Ubun-Ubun tidak cowong.

Mukosa bibir dan Konjungtiva lembab

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dipertahankan, dilanjutkan dengan rencana selanjutnya

4. Tanggal 25 Juni 2015 Pukul 15.00 wib

S : Klien mengatakan Makan 3 x sehari 10 sdm, mual (-), muntah (-)

O : Klien terlihat mengerti

BB 54, 6 Kg,

Turgor 1 detik

Mata, Ubun-Ubun tidak cowong.

Mukosa bibir dan Konjungtiva lembab

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dipertahankan, dilanjutkan dengan rencana selanjutnya.

Klien dianjurkan untuk melakukan hasil pendidikan kesehatan di rumah secara mandiri, rajin kontrol dan teratur minum obat.