

BAB 1V

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Gambaran lokasi studi kasus

Penelitian dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah kabupaten Ende dengan lokasi di jalan Prof. W.Z Yohanes yang berbatasan dengan sebelah utara jalan Sam Ratulangi, sebelah timur pemukiman penduduk. RSUD Ende menyediakan beberapa alokasi tempat tidur yang disediakan adalah 145 tempat tidur. Fasilitas pelayanan lainnya yang ada pada RSUD Ende yaitu rawat jalan, instalasi gawat darurat, ruang bersalin, instalasi bedah sentral, unit penunjang medis dan non medis. Instalasi rawat jalan terdiri dari poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli mata, poli gigi dan fisioterapi. Klinik VCT, poli tumbuh kembang anak, ruang konsultasi gizi dan pojok laktasi. Unit penunjang medis terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, bank daerah (BDRS), elektromedis dan fisiterapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari instalasi pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit, unit catatan medic, instalasi kamar jenazah dan sentral oxygen

2. Pengkajian

Pada tanggal 8 Mei 2025

a. Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

NY.U. umur 52 tahun agama islam jenis kelamin perempuan status sudah menikah pendidikan SMA pekerjaan menenun alamat tempat tinggal ndona tanggal masuk rumah sakit 2 Mei 2025 Diagnosa Medis Ulkus Diabetikum. penanggung jawab Tn. A.S. umur 57 tahun hub.dengan pasien suami pekerjaan nelayan alamat ndona.

2. Status kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan ada luka ulkus di kaki disertai dengan rasa haus

2) Riwayat Keluhan Utama

Pasien mengatak sering BAK baik malam hari dan siang hari dan sering haus dan kaki sering terasa kebas

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit

Pasien mengatakan awal mula timbul semacam bisul di ibu jari kaki waktu itu saya punya anak mencoba membela bisul yang ada di kaki saya, lalu setelah di belah banyak keluar nanah ahirnya saya punya anak membersihkan menggunakan NACL setelah di bersihkan lalu di olesih minyak kelapa murni dan selang beberapa hari lukanya semakin membesar dan ahirnya saya coba mengecek

kesehatan saya di poli klinik dan meminta obat untuk luka di kaki saya dan setelah hasil pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan Gula Darah saya sangat tinggi 400 mg/dl dan setelah itu kami langsung ke RSUD Ende pada tanggal 2 Mei 2025 karna luka semakin parah dan waktu itu kondisi saya sudah sangat buruk.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan sebelumnya kami hanya menggunakan NACL dan minyak kelapa murni sebelum di bawah ke RSUD Ende

b. Status kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit hanya pilek dan panas saja dan tidak pernah dibawah kerumah sakit hanya di rawat di rumah saja

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit baru sekarang saya masuk rumah sakit

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol)

Pasien mengatakan sebelum saya terkena penyakit ini saya paling banyak minum kopi makan roti, makanan ringan yang manis-manis dan kue-kue.

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama seperti pasien maupun penyakit lainnya.

d. Diagnosa Medis dan therapy yang didapat sebelumnya

Pasien mengatakan sebelumnya dia pernah di Diagnosis Ulkus Diabetikum

3. Pola kebutuhan Dasar (Data Bio-psiko-sosio-kultural-spiritual).

a. Pola presepsi dan manajemen

Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula dara saya dan tidak mengatur pola makan

b. Pola nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit pasien mengatakan sebelumnya pasien makan 3 kali sehari 1 piring dihabiskan makanan yang dikonsumsi yaitu nasi sayur-sayuran dan lauk pauk. Pasien juga mengatakan sering merasa haus ketika dimalam hari dan disiang hari.

Saat sakit pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit makanan yang dikonsumsi yaitu nasi sayur,ikan dan daging.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi lunak,

Klien biasa BAK 6-7 kali sehari, pasien juga mengatakan sebelum sakit pasien sering BAK di malam hari dan di siang hari.

Saat sakit pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi lunak. Klien biasa BAK 7-8 kali sehari, pasien juga mengatakan saat sakit juga pasien sering BAK di malam hari dan di siang hari warna BAK berwarna putih tidak ada aroma.

d. Pola aktivitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit saya biasa melakukan aktivitas seperti mandi mencuci pakaian, piring dan berpindah dari tempat tidur. Saat sakit pasien mengatakan untuk makan dan minum berpindah dan mandi bahkan BAB sekarang dibantu oleh keluarga.

e. Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengatakan sebelum sakit daya ingatnya sangat baik namun penglihatannya sedikit kabur. Saat sakit pasien mengatakan daya ingatnya masih baik mampu menjawab semua pertanyaan dari perawat namun penglihatannya sedikit kabur.

f. Pola tidur dan istirahat

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum biasa tidur jam 22.00-05.00 pagi, klien tidur dengan nyenyak tidur siang kurang lebih 1-2 jam tidak tiap hari tunggu pekerjaan sudah beres baru istirahat

2) Pasien mengatakan selama di RS ini saya tidur dari jam 08.00-05.00 pagi, klien tidur dengan nyenyak, dan siang hari kadang tidur hanya beberapa menit saja karna sering dibangunkan oleh perawat karna akan di berikan obat

g. Pola peran hubungan

Pasien mengatakan dalam berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari tidak ada masalah dengan masarakat maupun keluarga selalu baik-baik saja. Pasien mengatakan juga hubungan dengan pasien lain yang ada di ruangan ini juga sangat baik tidak ada masalah.

h. Pola seksual reproduksi

Sebelum sakit pasien mengatakan kebutuhan untuk seksualnya cukup terpenuhi dan untuk haid-nya lancar, tidak ada rasa nyeri saat haid. Saat sakit pasien mengatakan kebutuhan akan seksualnya kurang terpenuhi karna masih dalam kondisi kurang baik

i. Pola toleransi stres-koping

Pasien mengatakan bahwa setiap kali ada persoalan dalam rumah tangga baik secara pribadi maupun secara keluarga, pasien mengatakan menyelesaikannya bersama dengan suaminya.

j. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan rajin melaksanakan sholat 5 waktu dan sering mengikuti pengajian, namun selama sakit saya hanya di rumah saja. Klien hanya berdoa meminta yang terbaik untuk penyembuhan dirinya.

4. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : lemas

Tingkat kesadaran : Composmentis

b. Tanda-tanda vital

TD : 127/76 mmhg

S : 36,6°C

N : 90x/menit

RR : 20x/menit

Spo2 : 99%

BB : 58 kg

TB : 161 cm

Hasil IMT : 22,37 (normal)

c. Kulit dan rambut

Inspeksi : Turgor kulit menurun CRT 4 detik.

Rambut : Rambut pasien sebagian sudah tumbuh uban, berbentuk gelombang.

d. Kepala

Inspeksi : Berbentuk oval, wajah simetris.

Palpasi : Tidak di temukan benjolan dan nyeri tekan.

e. Mata

Inspeksi : Simetris, pupil isokor, tidak ikterik, tidak anemis dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

f. Telinga

Inspeksi : Tampak simetris, tidak ada kemerahan, tidak ada cairan keluar dari daun telinga, telinga tampak bersih, dan pasien masih dapat mendengar dengan jelas.

g. Hidung

Inspeksi : Tampak simetris, tidak ada cairan keluar/sekret keluar dari hidung, Nampak ada sila pada lubang hidung

Palpasi : tidak ada benjolan

h. Mulut

Inspeksi : Tampak simetris.tidak ada pembesaran pada tonsil, mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, gigi klien masih lengkap

i. Leher

Inspeksi : Tidak ada kemerahan pada leher

Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan

j. Paru-paru

Inspeksi : Tampak simetris antara kanan dan kiri, tidak ada tanda distes pernafasan

Palpasi : Tidak ada benjolan ataupun edema.

Auskultasi : Suara napas vesikuler *respirasi rate* 20x/menit

k. Jantung

Inspeksi : Tidak ada pembesaran pada vena juguralis

Palpasi : Teraba denyut nadi dengan intensitas sedang

Perkusi : Terdengar suara redup

Auskultasi : Terdengar suara napas S1 dan S2 (lup-dup) N 90x/m.

l. Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak ada udema tidak ada kemerahan

Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak terdapat nyeri tekan

Auskultasi : Terdengar bising usus 15 kali dengan suara pelan

m. Ekstermitas atas

Inspeksi : Terpasang infus NaCL 20 tpm di tangan kiri

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Ekstermitas bawah

Inspeksi : Tampak di baluti kasa steril yang sedikit basah pada luka ulkus diabetikum di telapak kaki kiri, dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm lukanya berbau tidak sedap, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotomi/matih.

Palpasi : Terdapat edema pada kedua kaki, turgor kulit menurun CRT 4 detik.

1. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan diagnostik (darah lengkap).

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	16 30 +	[10 ³ /UL]	(3.60-11.00)
LYMPH#	275	[10 ³ /UL]	(1.00-370)
MONO#	063	[10 ³ /UL]	(0.00-0.70)
EO#	0.08	[10 ³ /UL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	[10 ³ /UL]	(0.00-0.10)
NEUTH#	1283+	[10 ³ /UL]	(1,50-7.00)
LYMPH%	169-	[%]	(25.0-40.0)
MONO%	39	[%]	(20-80)
EO%	05-	[%]	(20-80)
BASO%	01	[%]	(20-40)
NEUT%	786+	[%]	(00-10)
IG#	0.07	[10 ³ /UL]	(50.0-70.0)
IG%	04	[%]	(0.00-7.00)

RBC	341-	[10 ⁶ /UL]	(0 0-72.0)
HGB	83-	[g/dL]	(3.80-520)
HCT	256-	[%]	(11.7-15.5)
MCV	751-	[fL]	(35.0-47.0)
MCH	243-	[PG]	(80.0-100.0)

Pemeriksaan GDS hari kamis 8 Mei 2025 jam 08.00 WITA
yaitu 320mg/dl.

b) Terapi pengobatan

Nama obat	Dosis obat	Cara pemberian	Indikasi
Paracetamol	1x1 gm	IV	Meredahkan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit
Ceftriaksone	2x1 gm	IV	Untuk mengatasi infeksi bakteri
Metrodinazole	3x500 gm	Oral	Untuk mengobati infeksi di berbagai organ tubuh
Levermir	10 unit	IV	Mengontrol kadar gula darah
Omeprazole	2x40 gm	Iv	Mengurangi produksi asam lambung
Glimepint	1x4 gm	Oral	Mengontrol kadar gula darah

b. Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien Ny.U. maka disimpulkan sebagai berikut : Saat sakit pasien mengatakan untuk makan dan minum berpindah dan mandi bahkan BAB sekarang dibantu total oleh keluarga. Pasien mengatakan penglihatannya sedikit kabur. Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari dan siang hari dan sering haus dan kaki sering terasa kebas. Pemeriksaan GDS hari Kamis 8 Mei 2025 jam 08.00 wt yaitu 320 mg/dl. Keadaan umum lemah kesadaran komposmentis TTV tekanan darah 127/76 mmHg N 90x/menit SpO2 99% suhu 36,6°C *respirasi rate* 20x/menit. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah saya dan tidak mengatur pola makan. Pasien mengatakan sering haus. Pada pemeriksaan ekstermitas terdiri atas dua yaitu : ekstermitas atas, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri dan kanan, terlihat kedua tangan udema, tidak ada nyeri tekan, sedangkan pada ekstermitas bawah tampak di baluti kasa steril yang sedikit basah pada luka di telapak kaki kiri, lukanya berbau tidak sedap, terdapat udema di kedua kaki, tampak disekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotik dan mengeluarkan pus, Turgor kulit menurun CRT 4 detik HGB 83-.

c. Klasifikasi Data

Data subjektif : Saat sakit pasien mengatakan untuk makan dan minum berpindah dan mandi bahkan BAB sekarang dibantu total oleh keluarga. Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari dan

siang hari dan sering haus dan kaki sering terasa kebas. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah saya dan tidak mengatur pola makan. Pasien mengatakan sering haus. Pasien mengatakan penglihatanya sedikit kabur

Data objektif : Ekstermitas atas terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri dan kanan, kedua tangan terlihat udema, tidak ada nyeri tekan, sedangkan pada ekstermitas bawah tampak di baluti kasa steril yang sedikit basah pada luka di telapak kaki kiri, lukanya berbau tidak sedap, terdapat udema di kedua kaki, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotik dan mengeluarkan pus, turgor kulit menurun CRT 4 detik. Keadaan umum lemah kesadaran kompos mentis pemeriksaan GDS hari Kamis, 8 Mei 2025 jam 08.00 wt yaitu 320 mg/dl. Tekanan Darah 127/76 mmHg N 90x/menit SpO2 99% suhu tubuh 36,6°C respirasi rate 20x/menit HGB 83-g/dL

d. Analisa Data

Data fokus	Etiologi	Masalah
Data subjektif : Pasien mengatakan sebelumnya saya sangat senang minum kopi 1 hari bias sampe 3 gelas, makan roti, makanan yang ringan dan yang manis-manis. Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari maupun siang hari dan	Disfungsi pankreas	Ketidak stabilan kadar glukosa dalam darah

sering haus dan kaki sering terasa kebas. Data objektif : Pemeriksaan GDS hari Kamis 8 Mei 2025 jam 8 WT yaitu 320 mg/dl.		
Data subjektif :- Data objektif : keadaan umum lemas kesadaran komposmentis Kedua kaki edema, kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki bagian kiri dengan luas luka 10 cm kedalam luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan pus/nanah, Nampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotomi, turgor kulit menurun CRT 4 detik TD 127/76 mmHg SpO2 99% N 90x/m RR 20x/m 36,6°C	Hiperglikemia	Gangguan integritas kulit
Data subjektif : pasien mengatakan ada luka di kaki di sertai dengan haus. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah saya dan tidak mengatur pola makan. Data objektif : Kedua kaki edema kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri, dengan luas luka 10	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif

cm kedalaman luka 6 cm
luka mengeluarkan bau
tidak sedap dan
mengeluarkan nanah
tampak di area luka
jaringan sudah mulai
nekrotomi, turgor kulit
menurun, CRT 4 detik.
TTV TD : 127/76 mmhg
N 90x/m S 36,6°C RR
20x/m Spo2 99% HGB
83-.g/dL

Data subjektif : pasien Perubahan kadar Resiko jatuh
mengatakan penglihatanya glukosa darah
sedikit kabur

Data objektif : Usia 52
tahun Kedua kaki edema
kaki kiri di baluti kasa
steril sedikit basah
terdapat luka ulkus
diabetikum di kaki
kiri,dengan luas luka 10
cm kedalaman luka 6 cm
luka mengeluarkan bau
tidak sedap dan
mengeluarkan nanah
tampak di area luka
jaringan sudah mulai
nekrotomi, turgor kulit
menurun, CRT 4 detik.
TTV TD : 127/76 mmhg
N 90x/m S 36,6°C RR
20x/m Spo2 99% HGB
83-.g/dL

Prioritas masalah

1. Ketidak stabilan kadar glukosa darah

2. Perfusi perifer tidak efektif
 3. Kerusakan integritas kulit
 4. Resiko jatuh
- a) Diagnosa keperawatan

Hasil studi kasus pada pasien Ny U. dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum di Ruangan Penyakit Dalam RSUD Ende. Diagnosa keperawatan yang di temukan adalah:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d disfungsi pakreas di tandai dengan Data subjektif : Pasien mengatakan sebelumnya saya sangat senang minum kopi 1 hari bias sampe 3 gelas, makan roti, makan yang ringan dan yang manis-manis. Data objektif : pemeriksaan GDS hari kamis 8 Mei 2025 jam 8 WT yaitu 320 mg/dl.
- b. Gangguan integritas kulit b/d Hiperglikemia di tandai dengan data subjektif : - Data objektif : Kedua kaki udema kaki kiri dibaluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri, dengan luas luka 10 cm kedalaman luka 6 cm, luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan pus/nanah tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotomi turgor kulit menurun CRT 4 detik.
- c. Perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia di tandai dengan Data subjektif : Pasien mengatakan ada luka di kaki dan di sertai dengan haus. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang

mengontrol kadar gula darah saya dan tidak mengatur pola makan. Data objektif : Kedua kaki edema, kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri dengan luas luka 10 cm kedalam luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah tampak di sekitar area luka jaringan sudah nekrotomi turgor kulit menurun CRT 4 detik. TD 127/76 mmhg N 90x/m RR 20x/m S 36,6°C Spo2 99%.

- d. Resiko jatuh b/d perubahan kadar glukosa darah di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan penglihatanya sedikit kabur

Data objektif : Usia 52 tahun Kedua kaki edema kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri, dengan luas luka 10 cm kedalam luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah tampak di area luka jaringan sudah mulai nekrotomi, turgor kulit menurun, CRT 4 detik. TTV TD : 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99% HGB 83-.g/dL

e. Perencanaan intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi keperawatan
1	Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer di tandai dengan Data subjektif :- Data objektif : kedua kaki udema, kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah, terdapat luka ulkus diabetikum di kaki telapak kaki kiri, dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm, luka mengeluarkan aroma tidak sedap dan mengeluarkan nanah saat di tekan tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik.	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah Gangguan integritas kulit teratasi dengan kriteria hasil : 1. Luka menunjukkan tanda sembuh. 2. Luka tampak merah tidak ada masalah.	Perawatan luka Observasi : a. Kaji keadaan luka serta proses penyembuhan b. Raawat luka dengan baik dan benar Terapeutik c. Anjurkan pasien untuk tidak menyentuh area luka d. Kolaborasi dengan dokter pemberian insulin Edukasi
2	Ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas di tandai	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di	Manajemen Hiperglikemia Observasi

	dengan Data subjektif : pasien mengatakan sebelumnya saya sangat senang minum kopi 1 hari bias sampe 3 gelas, makan roti, dan makanan yang ringan yang manis-manis. Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari maupun siang hari dan sering haus. Data objektif : pemeriksaan GDS hari kamis 8 mei, 2025 jam 08.00 wt yaitu 320 mg/dl	harapkan masalah ketidak stabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil : 1. Keluhan pusing menurun 5 2. Lelah menurun 5 3. Kadar glukosa dalam darah dalam batas normal	a Monitor kadar glukosa darah b Monitor tanda dan gejala hiperglikemia seperti poliuri, polifagi dan polidipsi, kelemahan sakit kepala, dll. Terapeutik c Monitor intake dan output cairan d Anjurkan kepatuhan diet DM yang di programkan Edukasi e Kolaborasi pemberian insulin f Kolaborasi pemberian cairan IV.
3	Perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan ada luka di kaki dengan di sertai haus. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah dan tidak mengatur pola makan. Data objektif : kedua kaki udema, kaki kiri di bakuti kasa	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : 4. Pengisian kapiler membaik 5	Perawatan sirkulasi Observasi : a. Identifikasi factor resiko gangguan srkulasi b. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bemgkak pada ekstermitas Terapeutik : c. Hindari pemasangan tourniket pada area luka atau area cedera Edukasi :

steril, sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri dengan luas luka mencapai 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik. TD 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99%	5. Turgor kulit membaik 5 6. Penyembuhan luka meningkat 5.	d. Lakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka secara aseptik.
--	---	---

4	Resiko jatuh b/d perubahan kadar glukosa darah di tandai dengan Data subjektif : pasien mengatakan penglihatannya sedikit kabur Data objektif : Usia 52 tahun Kedua kaki edema kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di	Setelah di lakukan tindakan keprawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah Resiko jatuh tidak terjadi dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 5	Pencegahan cidera Observasi ; 1. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstermitas bawah Terapeutik 2. Sediakan alas kaki antislip 3. Pastikan barang-barang pribadi mudah di jangkau 4. Sediakan pencahayaan yang sesuai Edukasi
---	---	---	---

kaki kiri,dengan luas luka 10 cm kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah tampak di area luka jaringan sudah mulai nekrotomi, turgor kulit menurun, CRT 4 detik. TTV TD : 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m Spo2 99% HGB 83-.g/dL	2. Jatuh saat berdiri menurun 5 3. Jatuh saat duduk menurun 5 4. Jatuh saat berjalan menurun 5	5. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri.
--	---	--

3. Implementasi keperawatan

Tindakan implementasi berdasarkan masalah keperawatan yang di temukan pada Ny U. dengan diagnosa medis ulkus diabetikum di Ruang Perawatan bedah RSUD Ende yang dilaksanakan selama 3 hari, dengan tujuan ahir adalah mampu mengatasi masalah-masalah yang di temukan. Di bawah ini adalah implementasi tindakan keperawatan yang di lakukan pada Ny U. :

a. Implementasi hari pertama di laksanakan pada hari kamis, Tanggal 8 Mei 2025.

1. Diagnosa pertama perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia.

Implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : mengobservasi tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan mennjukkan bahwa : TD : 127/76 mmhg N : 90x/menit, S : 36,6°C RR : 20x/menit SPo2 : 99%

08.30 : melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil terdapat udem pada ekstermita bawah dan atas suhu tubuh 36,6°C, CRT 4 detik.

09.10 : melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : membersihkan luka dengan cairan NaCL, angkat balutan luka yang menempel pada luka pasien dan mengangkat nekrotomi/jaringan yang sudah mati, setelah itu tuang betadin pada kasa steril lalu tempelkan pada luka pasien setelah itu baluti luka dengan kasa steril.

10.00 : melayani Metronidazole 500 mg/IV.

2. Diagnosa kedua Ketidak stabilan glukosa darah b/d disfungsi pancreas implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 127/76 mmhg N 90x/menit RR 20x/menit suhu 36,6°C, Spo2 99%
Terpasang infus NaCl 20 tpm.

08.30 : mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil pasien mengatakan sejak tadi malam pasien sudah mulai BAK sebanyak 3 x, makan 2 x yaitu tadi malam dan pagi tadi jam 07.00 serta minum air 4 gelas.

09.10 : mengambil darah untuk cek darah lengkap dan mengecek GDS 320 mg/dl.

09.30 : mengganti cairan infus NaCl 0,9%

09.45 : menganjurkan diet DM sesuai yang telah di programkan yaitu mengganti nasi putih menjadi nasi merah, menganjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung tinggi glukosa.

10.0 : melayani levermir 10 SC

3. Diagnosa ke tiga Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer, implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan ibu jari kaki terdapat nanah dan darah luka tertutup kasa steril.

09.00 : melakukan perawatan luka : membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat balutan yang masih menempel setelah

itu tekan pada area luka supaya nana keluar dan setelah itu angkat jaringan mati/nekrotomi dan kembali menutup kembali luka dengan kasa yang sudah di isi madu murni. 10.00 : menganjurkan pasien untuk tidak menyentuh area luka untuk menghindari terjadinya infeksi.

4. Diagnose keempat Resiko jatuh b/d perubahan kadar glukosa darah.
Implementasi keperawatan sebagai berikut : 08.30 identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada Ekstermitas bawah : menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki/sandal yang tidak licin. 09.00 pastikan barang-barang pribadi mudah di jangkau : meminta keluarga untuk mendekatkan barang yang penting untuk dekatkan pada pasien sehingga mudah untuk di jangkau. 09.30 sediakan pencahayaan yang sesuai : membuka jendela pada siang hari pada saat pasien istirahat, menutup tirai pasien pada malam hari sehingga cahaya lampu tidak masuk secara langsung. 10.00 Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri : menganjurkan pasien untuk selalu membalikkan badan selama 1 jam sehingga mencegah luka dekubitus.
- b. Implementasi hari ke dua di dilaksanakan pada tanggal 9 Mei 2025.
 - a. Diagnosa pertama perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia.
Implementasi keperawatan sebagai berikut : 7.30 mengobservasi tanda-tanda vital, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD 130/70 mmhg N 98x/menit Suhu 36,5°C RR 18x/menit Spo2 99% terpasang infus pada tangan kanan Nacl 20 tpm

7.40 : melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil terdapat edema pada bagian ekstermitas bawah dan atas suhu tubuh 36,5°C CRT 4 detik.

08.00 melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan angkat jaringan mati/nekrotomi dan kembali menutup luka dengan kasa steril yang sudah dicampuri madu murni.

- b. Diagnosa kedua ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d disfungsi pancreas. Implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 7.30 mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa TD : 130/70 mmhg N 98x/menit suhu 36,5°C RR 18x/menit Spo2 99% terpasang infus NaCl 20 tpm

7.40 : mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil pasien mengatakan kemarin pasien sudah BAK sebanyak 7 x makan 1x yaitu tadi malam serta minum air 6 gelas. Pasien di minta untuk puasa selama 8 jam di mulai dari jam 02.00 pagi samapai 09.00, untuk mengetes gula darah puasa pasien.

9.30 : melakukan cek gula darah puasa pada pasien dengan hasil 180 mg/dl

- c. Diagnosa ke tiga Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer implementasi keperawatan sebagai berikut : 7.30 mengobservasi TTV,

hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa TD : 130/70 mmhg N 98x/menit
suhu 36,5°C RR 18x/menit Spo2 99% terpasang infus Nacl 20 tpm

7.40 kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki, terdapat nanah dan darah luka tertutup kasa steril.

08.00 : melakukan perawatan luka : membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan Nacl, setelah itu angkat sisa balutan pada area luka pasien dan angka nekrotomi/jaringan mati dan menutup kembali luka menggunakan kasa steril yang sudah di campuri betadin.

- d. Diagnosa ke empat Resiko jatuh b/d perubahan kadar glukosa darah.
Implementasi keperawatan adalah : 08.30 identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada Ekstermitas bawah : menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki/sandal yang tidak licin. 09.00 pastikan barang-barang pribadi mudah di jangkau : meminta kluarga untuk mendekatkan barang yang penting untuk dekatkan pada pasien sehingga mudah untuk di jangkau. 09.30 sediakan pencahayaan yang sesuai : membuka jendela pada siang hari pada saat pasien istirahat, menutup tirai pasien pada malam hari sehingga cahaya lampu tidak masuk secara langsung. 10.00 Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri : menganjurkan pasien untuk selalu membalikkan badan selama 1 jam sehingga mencegah luka dekubitus.

- c. Implementasi hari ke tiga di lakukan pada tanggal 10 Mei 2025

- a. Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer.

Implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 mengobservasi TTV : TD 130/70 mmhg N 80x/m S 36,5°C RR 20x/m Spo2 99% terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan kiri. 08.30 Kaji proses penyembuhan hasil menunjukkan : terdapat luka ulkus diabetikum dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm di telapak kaki kiri, luka klien Nampak merah dan mengeluarkan darah. 09.00 melakukan perawatan luka hasil menunjukkan : membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan Nacl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan angkat jaringan nekrotomi dan kembali menutup luka dengan kasa steril. 09.30 Mengingatkan kembali pasien untuk tidak menyentuh area luka.

b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d disfungsi pancreas.

Implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 mengobservasi TTV : TD 130/70 mmhg S 36,5°C Spo2 99% N 80x/m RR 20x/m tangan kiri terpasang infus Nacl 20 tpm. 09.30 mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil menunjukkan : klien mengatakan kemarin BAK sebanyak 5 x makan dua kali tadi malam dan tadi pagi serta minum air 6 gelas. 10.00 melakukan cek gula darah pada pasien dengan hasil GDS 130 mg/dl.

c. Perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia

Implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 Mengobservasi TTV hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa TD 130/70 mmhg N 80x/m S 36,5°C RR 20x/m Spo2 99% terpasang infus Nacl 20 tpm di tangan

kiri. 08.30 melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil : terdapat edema pada bagian ekstermitas bawah, S 36,5°C CRT 4 detik. 09.10 melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang masih menempel pada luka setelah membersihkan luka kembali menutup luka dengan kasa steril.

d. Resiko jatuh b/d perubahan kadar glukosa darah

Implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 pastikan barang-barang pribadi mudah di jangkau : meminta keluarga untuk mendekatkan barang yang penting untuk dekatkan pada pasien sehingga mudah untuk di jangkau. 09.30 sediakan pencahayaan yang sesuai : membuka jendela pada siang hari pada saat pasien istirahat, menutup tirai pasien pada malam hari sehingga cahaya lampu tidak masuk secara langsung. 10.00 Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri : menganjurkan pasien untuk selalu membalikkan badan selama 1 jam sehingga mencegah luka dekubitus.

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tindakan keperawatan yang di berikan kepada pasien Ny. U dengan diagnosa medis ulkus diabetikum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende, tujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang di berikan, kegiatan Evaluasi di lakukan selama 3 hari, berikut Evaluasi tindakan yang di lakukan pada Ny. U :

a. Evaluasi hari pertama yang di laksanakan pada hari kamis tanggal 8 Mei, 2025

a. Diagnosa pertama Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer, hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : -

Data objektif : tampak luka ulkus diabetikum pada telapak kakikiri dengan luas luka 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap, kulit di sekitar di area luka sudah mulai nekrotomi, TD 127/76 mmhg N 90x/m RR 20x/m Spo2 99%

Asesment : masalah Gangguan integritas kulit belum teratasi sebagian

Plaining : lanjutkan intervensi 123

b. Diagnosa kedua Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d disfungsi pancreas, hasil Evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengeluh masih pusing dan badan terasa lemas

Data objektif : Glukosa Dara Sewaktu 320 mg/dl TD 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C

Asasment : masalah ketidak stabilan kadar glukosa darah belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi 12345

c. Perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia, hasil Evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : pasien mengatakan tidak merasakan sakit pada area luka saat dilakukan perawatan luka

Data objektif : turgor kulit menurun CRT 4 detik, terdapat udema, serta proses penyembuhan luka yang cukup lama, TD 127/76 mmhg N 90x/m S 36,6°C RR 20x/m

Asesment : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi sebagian

Planing : lanjutkan intervensi 123

- d. Resiko jatuh b/d perubahan kadar gula darah , hasil Evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : pasien mengatakan sudah mengikuti apa yang di anjurkan seperti memakai alas kaki yang tidak licin

Data objektif : kedua kaki udema, S 36,6°C N 90x/m RR 20x/m TD 127/76 mmhg usia 52 tahun

Asesment : masalah Resiko jatuh belum teratasi

Plening : lanjutkan intervensi 12345

- b. Evaluasi hari kedua pada tanggal 9 Mei 2025

- a. Diagnosa pertama Gangguan integritas kulit b/d Neuropati perifer hasil Evaluasi keperawatan :

Data subjektif : -

Data objektif : tampak luka ulkus diabetikum di kaki pasien di kaki pasien, dengan luas 10 cm dengan kedalaman 6 cm, luka di baluti dengan kasa steril TD 130/70 mmhg N 95x/m Spo2 99% RR 20x/m

Asesment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

Plaining : lanjutkan intervensi

- b. Ketidak stabiln kadar glukosa darah b/d disfungsi pancreas hasil

Evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : pasien mengatakan masih merasa pusing

Data objektif : Glukosa Darah Puasa klien 180 mg/dl Td 130/ 70 mmhg N 95x/m S 36,6°C RR 20x/m

Asesment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah pasien belum teratasi.

Plaining : lanjutkan intervensi

- c. Perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia hasil Evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : pasien mengatakan masih merasa haus

Data objektif : Turgor kulit menurun CRT 4 detik, terdapat udema di kedua kaki serta proses penyembuhan luka yang masih lama.

Asesment : masalah perfusi perifer belum teratasi

Plaining : lanjutkan intervensi

- d. Resiko jatuh b/d perubahan kadar gula darah hasil Evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : pasien mengatakan sudah mengikuti apa yang di anjurkan seperti memakai alas kaki yang tidak licin saat ke toilet

Data objektif : usia 52 tahun kaki udema S 36,5°C N 95x/m RR 20x/m Spo2 99% GCS 15

Asesment : masalah Resiko jatuh belum teratasi

Plaining : lanjutkan intervensi 1 2 3

c. Evaluasi hari ketiga pada tanggal 10 Mei, 2025

a. Diagnosa pertama Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer hasil

Evaluasi sebagai berikut

Data subjektif : -

Data objektif : luka tampak sudah menjalar ke dalam sela-sela jari jempol kaki kiri, luka mengeluarkan nanah, luka di baluti kasa steril,

TD 130/70 mmhg N 80x/m S 36,5°C RR 20x/m Spo2 99%

Asesment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

Plaining : lanjutkan intervensi

b. Diagnosa keperawatan Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d disfungsi pancreas hasil Evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : pasien mengatakan masih merasa sedikit pusing

Data objektif : GDS 130 mg/dl TD 130/70 mmgh N 80x/m S 36,5°C RR 20x/m Spo2 99%

Asesment : masalah ketidak stabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian.

Plaining : lanjutkan intervensi

c. Diagnosa perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : pasien mengatakan tidak merasakan sakit pada area jempol kaki bagian kiri pada saat sedang di lakukan perawatan luka.

Data objektif : Turgor kulit masih menurun CRT 5 detik, serta proses penyembuhan luka masih lama TD 130/70 mmhg N 80x/m RR 20 x/m S 36,5°C

Asesment : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Plaining : lanjutkan intervensi

- d. Diagnosa Resiko jatuh b/d perubahan kadar gula darah hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : pasien mengatakan sudah mengikuti apa yang sudah di anjurkan seperti mendekatkan barang-barang penting supaya mudah di jangkau

Data objektif : kedua kaki udem, terdapat luka ulkus diabetikum di kaki bagian kiri dengan luas luka 10 cm kedalaman luka 6 cm TD 130/70 mmhg N 80x/m S°C RR 20x/m Spo2 99%

Asesment : masalah Resiko jatuh sudah teratasi sebagian

Plaining : intervensi di hentikan

B. Pembahasan

Dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah ulkus diabetikum dengan menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan (kasus nyata) yang di temukan pada klien Ny. U di Ruang Perawatan Bedah Rumah sakit umum daerah Ende.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis, mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Pengkajian pada Ny. U dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum dilakukan pada tanggal 8 Mei 2025. Pengkajian yang dilakukan meliputi identitas pasien dan penanggung jawab, keluhan utama : pasien mengatakan ada luka ulkus diabetikum di sertai dengan sering haus. Riwayat kesehatan pasien : pasien mengatakan sering BAK baik malam hari dan siang hari dan sering haus dan kaki terasa kebas. pola aktivitas sehari-hari : pasien mengatakan sebelum sakit saya biasa melakukan aktivitas seperti mandi, masak, mencuci piring dan mencuci pakayaan dan pekerjaan rumah lainnya. Saat sakit pasien mengatakan untuk makan dan minum bias sendiri namun untuk ke toilet di bantu. Pada kasus tersebut menggambarkan bahwa tanda dan gejala yang di temukan pada pasien kasus nyata sama dengan kasus yang ada di teori, hal ini sejalan dengan penelitian menurut Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2020 dan Nurrahman, 2017 yang menyatakan bahwa tanda dan gejala yang muncul pada pasien ulkus

diabetikum yaitu : mulai di tandai dengan kaki sering terasa kesemutan, , perubahan warna kulit kaki (merah/kehitaman), poliuri : sering buang air kecil.

Data pemeriksaan fisik : TD 127/76 mmhg N 90x/m Spo2 99% RR20x/m S 36,6°C CRT 4 detik. Ekstermitas bawah : kedua kaki edema terdapat luka ulkus diabetikum dengan luas 10 cm dengan kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan nanah dan mengeluarkan aroma tidak sedap, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai mati. Hidung : fungsi penciuman pasien masih bagus, tidak ada cairan keluar, tidak terpasang oksigen. pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan terapi pasien : pemeriksaan GDS : 320 mg/dl paracetamol 1x1 gm omeprazole 2x40 gm, metrodinazole 3x500 gm ceftriakson 2x1 gm, levermid 10 unit iv. berat-badan 58 kg tinggi badan 161 cm HasilIMT22,37(normal)

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan yang terdapat dalam teori dan kasus nyata pada pasien Ny U. adalah BB 58 kg TB 161 cm hasil IMT 22,37 (normal), sedangkan dalam teori menurut penelitian Berat badan yang berlebihan memungkinkan untuk menderita penyakit diabetes. Nurrahmani (2017) menjelaskan bahwa kegemukan atau obesitas membuat sel-sel lemak menggemuk dan menghasilkan beberapa zat yang digolongkan sebagai adipositokin yang berjumlah lebih banyak dibandingkan pada keadaan tidak gemuk. Zat-zat adipositokin inilah yang menyebabkan resistensi insulin. Namun diantara zat-zat yang merusak ada zat baik yang dikenal adiponektin dengan fungsi untuk mencegah timbulnya resistensi insulin. Pada keadaan lemak menggemuk dapat menghancurkan adiponektin sehingga kondisi obesitas menjadi faktor penyebab terjadinya DM

Hal ini menunjukkan adanya kesenjangan yang terdapat dalam teori dan kasus nyata pada pasien Ny. U. adalah pasien tidak menggunakan oksigen/alat bantu pernafasan, sedangkan dalam teori menurut penelitian Gitarja 2015 biasanya pasien dengan ulkus diabetikum pola pernafasanya terganggu ketika pasien pola pernafasan kusmaul jika pasien mengalami infeksi berat atau sepsis akibat ulkus diabetikum.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny U tidak di temukan kesenjangan, maka dapat dirumuskan beberapa diagnose keperawatan sesuai dengan tinjauan teori yang muncul pada Ulkus Diabetikum menurut (PPNI, 2017). Diagnosa pertama Gangguan integritas kulit b/d hiperglikemia di tandai dengan Data : kedua kaki udem, kaki kiri di baluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri, dengan luas luka 10 cm kedalaman luka 6 cm, luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotomi. Turgor kulit menurun, CRT 4 detik. Diagnose kedua ketidak stabilan kadar glukosa dalam darah b/d disfungsi pankreas di tandai dengan : pasien mengatakan sebelumnya saya sangat senang minum kopi 1 hari bias sampe 3 gelas, makan roti makan yang ringan-ringan dan yang manis-manis. Pasien mengatakan sering BAK baik malam hari maupun siang hari dan sering haus dan kaki sering terasa kebas. Pemeriksaan GDS 320 mg/dl. Diagnosa ke tiga perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia di tandai dengan pasien mengatakan ada luka ulkus diabetikum di kaki di sertai dengan haus. Pasien mengatakan sebelumnya saya jarang mengontrol kadar gula darah saya dan tidak mengatur pola makan. Diagnosa ke empat Resiko jatuh b/d perubahan kadar glukosa darah di tandai dengan pasien

mengatakan penglihatannya sedikit kabur . usia 52 tahun kedua kaki uedema, kaki kiri dibaluti kasa steril sedikit basah terdapat luka ulkus diabetikum di kaki kiri, dengan luas luka 10 cm kedalaman luka 6 cm luka mengeluarkan bau tidak sedap dan mengeluarkan nanah, tampak di sekitar area luka jaringan sudah mulai nekrotomi, turgor kulit menurun, CRT 4 detik. Tanda-tanda vital : TD 127/76 mmhg N 90x/m RR 20x/m S 36,6°C HGB 83-g/dL

Hal ini menunjukkan ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata di dalam teori tidak ada masalah keperawatan Resiko jatuh namun didalam kasus nyata di temukan masalah Resiko jatuh karna peneliti menemukan data-data yang mendukung peneliti mengangkat masalah resiko jatuh, hal ini sejalan dengan penelitian yang di lakukan Touhy & jett 2016 mereka menyatakan bahwa orang dengan Diabetes mellitus sendir merupakan faktor resiko utama untuk gangguan fungsi tungkai bawah, gangguan keseimbangan dan kemampuan gerak serta gangguan penglihatan. Dampak semua ini adalah banyak lansia penderita diabetes mellitus yang mengalami jatuh dan fraktur. Frekuensi jatuh dapat menimbulkan efek fobia pada lansia yang ahirnya lansia tersebut membatasi aktivitasnya.

3. Intervensi

Pada tahap ketiga dari proses keperawatan adalah menentukan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan pada tinjauan teoritis yang tidak mengalami perubahan pada tinjauan kasus yaitu Gangguan integritas kulit b/d Hiperglikemia, Ketidak Stabilan Kadar Glukosa Darah b/d disfungsi pancreas, Perfusi Perifer Tidak Efektif b/d Hiperglikemia, Resiko infeksi b/d penyakit kronis

Intervensi keperawatan di sesuaikan dengan masalah yang di temukan seperti :

1. Gangguan integritas kulit b/d Hiperglikemia. Intervensi : 1). Kaji keadaan luka serta proses penyembuhannya. 2). Rawat luka dengan baik dan benar. 3). Anjurkan pasien untuk tidak menyentuh area luka. 4). Kolaborasi dengan dokter pemberian insulin.
 2. Ketidak stabilan kadar glukosa darah b/d disfungsi pancreas. Intervensi : 1). Monitor kadar glukosa darah. 2). Monitor tanda dan gejala hiperglikemia seperti poliuri, polifagi, dan polidipsi, kelemahan, sakit kepala dan lain-lain. 3). Monitor intake dan output cairan. 4). Anjurkan kepatuhan diet DM yang di programkan. 5). Kolaborasi pemberian insulin. 6). Kolaborasi pemberian cairan IV.
 3. Perfusi perifer tidak efektif b/d Hiperglikemia. Intervensi : 1). Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi. 2). Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas. 3). hindari pemasangan tourniket pada area luka atau area cedera. 4). Lakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka secara aseptik.
 4. Resiko infeksi b/d penyakit kronis. Intervensi : 1). Monitor tanda dan gejala infeksi. 2). Batasi jumlah pengunjung. 3). Berikan perawatan luka menggunakan tehnik aseptik. 4). Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 5). Perhatikan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. 6). Anjarkan cara membersihkan luka.
4. Implementai

Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny U dapat dijalankan dengan baik karena didukung

oleh sarana dan partisipasi keluarga dan petugas kesehatan. Dan dengan demikian semua intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

5. Evaluasi

Menurut Potter et.al (2020) evaluasi merupakan tahapan terakhir dan proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dan rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan selama tiga hari. Sehingga ada beberapa intervensi yang harus dilanjut oleh keluarga dan perawat ruangan perawatan bedah. Pada kasus Ny U dapat dievaluasi bahwa dari lima diagnose yang telah ditetapkan masalah belum teratasi.