

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil keperawatan yang dilakukan pada Ny.H dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis Dextra Di Bangsal MinaRumah Sakit Islam Klaten selama 3 hari mulai pada tanggal 2Maret 2016 - 4Maret 2016. Penulis sudah melakukan proses keperawatan meliputi tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan sehingga penulis mendapat pengalaman nyata dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis Dextra. Asuhan keperawatan ini diberikan secara komprehensif meliputi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang optimal secara berkesinambungan.

Pengkajian dilakukan berdasarkan pendekatan pada pasien, keluarga dan tim kesehatan secara langsung melalui metode observasi, pemeriksaan fisik, wawancara dan studi dokumentasi untuk memperoleh data berdasarkan keadaan dan perkembangan pasien kemudian penulis mengumpulkan dan menganalisa masalah kemudian untuk kemudian menegakkan diagnosa dan perencanaan asuhan keperawatan.

a. Data utama

Pada pengkajian identitas pasien ditemukan data bahwa pasien bernama Ny. H perempuan, berusia 45 tahun dengan pekerjaan sebagai Buruh. Menurut Stole LB, *et al* (2004) usia mempunyai keterkaitan dengan Diabetes Mellitus karena pada orang-orang yang berumur  $\pm$  30 tahun ke atas fungsi organ tubuh semakin menurun. Hal ini diakibatkan aktivitas sel-sel jaringan menurun sehingga tidak menerima insulin. Proses menua dimulai setelah usia 30 tahun yang mengakibatkan perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia. Perubahan dimulai dan tingkat sel, berlanjut ke tingkat jaringan dan akhirnya pada tingkat organ yang akan mempengaruhi fungsi homeostatis. Komponen tubuh yang dapat mengalami perubahan adalah sel beta pankreas yang menghasilkan hormon insulin, sel-sel jaringan target yang menghasilkan glukosa.

Pada pengkajian riwayat kesehatan, pasien mengatakan nyeri pada luka sejak 1 minggu yang lalu, nyeri terasa saat bergerak seperti ditusuk - tusuk, nyeri terasa di kaki kanan bawah, dengan skala 6, nyeri terasa hilang timbul. Pada penderita Diabetes Mellitus parastesia disebabkan karena adanya gejala kerusakan pembuluh darah, darah yang mengalir di ujung-ujung saraf berkurang. Komplikasi yang dapat terjadi diantaranya, kehilangan rasa raba, pada beberapa bagian tubuh. Terjadi berawal pada telapak kaki sehingga tidak mampu merasakan rangsangan panas, dingin,

dan nyeri, pasien tidak menyadari apabila terdapat luka pada telapak kakinya.

b. Diagnosa

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik
2. Resiko ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hambatan produksi insulin
3. Ketidak seimbangan nutrisi : kurangan dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat.
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka Ulkus Diabetes Mellitus.
5. Potensial komplikasi sepsis berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan primer.
6. Sindrom defisit self care berhubungan dengan kelemahan fisik
7. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi

c. Intervensi

Rencana keperawatan untuk masing-masing diagnose pada kasus Ny.H disusun berdasarkan masalah atau respon utama pasien. Dengan tidak mengesampingkan perkembangan keadaan pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik

Penulis berharap setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien mengatakan nyerinya berkurang atau hilang dengan skala 0-3, dan ekspresi wajah rileks.

Rencana keperawatan kaji nyeri secara komprehensif meliputi (P, Q, R, S, T), evaluasi pengalaman nyeri masa lampau . observasi tanda-tanda vital, pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi), ajarkan teknik relaksasi dan distraksi, berikan lingkungan yang nyaman dan kolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian analgetik.

2. Resiko ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hambatan produksi insulin

Penulis mengharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam hipoglikemi atau hiperglikemi tidak terjadi.

Rencana keperawatan kaji faktor yang dapat meningkatkan risikoketidakstabilan glukosa, pantau kadar glukosa serum, pantau tanda dan gejala dari hipoglikemi dan hiperglikemi, pantau *intake* dan *output* nutrisi, berikan informasi tentang diet, kolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian insulin,

3. Ketidak seimbangan nutrisi : kurangan dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat.

Penulis mengharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam terjadi perbaikan nutrisi dalam waktu yang sesuai.

Rencana keperawatan kaji adanya alergi makanan, anjurkan pasien untuk meningkatkan asupan Fe, kaji status nutrisi dan kebiasaan makan, yakinkan diet yang dikonsumsi tinggi serat, anjurkan pasien

untuk mematuhi diit yang diberikan, berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, monitor kadar albumin, Hb, dan hematokrit.

4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka Ulkus Diabetes Mellitus.

Penulis mengharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan luka mengalami perbaikan dan penyembuhan.

Rencana keperawatan observasi luka (lokasi, kedalaman, jaringan nekrotik, tanda- tanda infeksi), jaga kulit agar tetap bersih dan kering. monitor mobilisasi dan aktivitas fisik, monitor status nutrisi pasien, ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka, lakukan teknik perawatan luka secara aseptik, berikan posisi yang mengurangi tekanan pada daerah luka.

5. Potensial komplikasi sepsis berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan primer.

Penulis mengharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan sepsis tidak terjadi.

Rencana keperawatan lakukan perawatan luka secara periodik dan dengan teknik steril , observasi adanya tanda-tanda infeksi, anjurkan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan, lakukan kompres air hangat (bila perlu), pantau *intake* dan *output* nutrisi, lakukan pemantauan hemodinamik, kolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian obat kortikosteroid.

6. Sindrom defisit self care berhubungan dengan kelemahan fisik

Penulis mengharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ADL pasien dapat terpenuhi secara mandiri atau tanpa bantuan orang lain.

Rencana keperawatan pantau tingkat kekuatan dan toleransi aktivitas, bantu klien dalam memilih pakaian, berikan bantuan fisik yang sesuai kebutuhan, berikan penjelasan tentang pentingnya menjaga kebersihan diri, bantu ADL, dorong partisipasi keluarga dalam pemenuhan ADL pasien, pantau kebersihan diri pasien.

7. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi

Penulis mengharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, diit perawatan dan pengobatan meningkat.

Rencana keperawatan kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, diit, perawatan dan pengobatan, jelaskan patofisiologi dari penyakit yang diderita, gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul, identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang tepat, jelaskan tentang penyakit, diit, cara pengobatan dengan bahasa dan kata-kata yang mudah di pahami, intruksikan pada klien dan keluarga mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberian perawatan, beri kesempatan klien untuk menjelaskan kembali.

#### d. Implementasi

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny.H penulis tidak melakukan observasi selama 24 jam. Penulis melakukan implementasi pada tanggal 2Maret sampai 4Maret 2016. Saat melakukan implementasi penulis didampingi oleh perawat senior yang sudah diberikan wewenang oleh pembimbing klinik untuk mengawasi dan membantu penulis dalam melakukan implementasi pada Ny.H, implementasi dilakukan secara mandiri namun tetap di dampingi oleh perawat senior. Implementasi yang sesuai dengan keadaan dan diagnosa kasus Ny H.

##### 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik

Tujuan rencana keperawatan yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien dapat mengontrol nyeri dengan kriteria hasil yaitu mampu mengontrol nyeri dengan tehnik non farmakologis (tehnik relaksasi nafas dalam dan distraksi).

Tindakan keperawatan yang sudah penulis lakukan antara lain adalah mengkaji nyeri secara komprehensif, yaitu dengan (P, Q, R, S, T) hal ini bertujuan untuk mengetahui penyebab nyeri, kualitas nyeri, lokasi nyeri, skala nyeri dan waktu munculnya nyeri.

##### 2. Resiko ketidak stabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hambatan produksi insulin.

Tujuan rencana keperawatan yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kadar glukosa dalam darah bisa kembali normal, menunjukkan penurunan kadar gula darah dalam batas normal, menunjukkan perilaku hidup sehat. Adapun intervensi yang sudah ditetapkan antara lain, pantau kadar glukosa darah, pertahankan pemberian insulin kolaborasi dengan dokter.

Tindakan keperawatan yang sudah penulis lakukan antara lain kolaborasi dengan ahli gizi untuk memberi diet yang sesuai untuk pasien dengan Diabetes Mellitus, memantau kadar glukosa dalam darah dengan menggunakan (GDS), kolaborasi pemberian insulin.

3. Ketidak seimbangan nutrisi : kurangan dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi tidak adekuat.

Tujuan rencana keperawatan yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien tercukupi. Dengan melakukan intervensi kepada pasien yaitu mengkaji adanya alergi makanan, mengkaji status nutrisi dan kebiasaan makan, menganjurkan pasien untuk mematuhi diet yang diberikan, memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi, memonitor kadar Hb, dan hematokrit.

Tindakan yang sudah dilakukan oleh penulis adalah menganjurkan pasien untuk melakukan diet pada pasien dengan benar dan sesuai dengan anjuran dokter gizi dan memakan makanan yang sudah disediakan dari rumah sakit bertujuan untuk memenuhi

kebutuhan tubuh akan adanya asupan nutrisi dan gizi sehingga kondisi pasien bisa tetap membaik, memberikan informasi tentang makan-makanan yang tidak dianjurkan atau menjauhi makanan yang membuat pasien alergi, memantau kadar Hb dan hematokrit.

4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan luka Ulkus Diabetes Mellitus.

Tujuan rencana keperawatan yaitu setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan luka pada pasien dapat terkontrol dengan kriteria hasil, tidak terdapat infeksi pada luka, dan intervensi yang sudah di terapkan yaitu mengobservasi luka (lokasi, kedalaman, jaringan nekrotik. tanda-tanda infeksi), menjaga kulit agar tetap bersih dan kering, memonitor status nutrisi pasien, mengajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka, melakukan teknik perawatan luka secara aseptik.

Tindakan yang sudah dilakukan oleh penulis yaitu melakukan perawatan luka secara periodic dan steril pada pasien Diabetes Mellitus Ulkus, mengobservasi luka (lokasi, kedalaman, jaringan nekrotik. tanda-tanda infeksi), kolaborasi pemberian analgetik.

5. Potensial komplikasi sepsis berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan primer.

Penulis melakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan melakukan perawatan luka secara periodik dan dengan teknik steril, mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi, menganjurkan

keluarga untuk selalu menjaga kebersihan, melakukan kompres air hangat (bila perlu), memantau *intake* dan *output* nutrisi, melakukan pemantauan hemodinamik, berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian obat kortikosteroid.

6. Sindrom defisit self care berhubungan dengan kelemahan fisik

Tujuan memberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan kebutuhan pasien bisa terpenuhi dengan melakukan tindakan. Memberikan bantuan fisik yang sesuai kebutuhan, memberikan penjelasan tentang pentingnya menjaga kebersihan diri, membantu ADL. mendorong partisipas, keluarga dalam pemenuhan ADL pasien memantau kebersihan diri pasien.

7. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan informasi

Tindakan yang dilakukan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam yaitu mengkaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, diit, perawatan dan pengobatan, menjelaskan patofisiologi dari penyakit yang diderita, menjelaskan tentang penyakit, diit, cara pengobatan dengan bahasa dan kata - kata yang mudah di pahami. memberi kesempatan klien untuk menjelaskan kembali.

Perencanaan dan tindakan pada kasus ini dilakukan untuk mengatasi atau mengurangi masalah yang terjadi pada pasien dan disesuaikan dengan teori, situasi dan kondisi pasien. Tindakan keperawatan telah dilakukan sesuai teori dan disesuaikan dengan teori

yang sudah dibuat dan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi pasien dibutuhkan kerjasama antara perawat, pasien keluarga dan tim kesehatan lainnya.

Dalam pendokumentasian tindakan keperawatan yang dilakukan, tindakan dilakukan dicatat dalam catatan keperawatan dan diberi nama sertatanda tangan.

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. H dengan dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis Dextra Di Bangsal MinaRumah Sakit Islam Klaten pada tanggal 2Maret 2016 - 4Maret 2016 penulis sudah mendapatkan pengalaman nyata saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis Dextra. Penulis mampu membandingkan kesenjangan antara teori dengan fakta yang ada pada kasus Ny. H.

## **B. Saran**

Pada pemberian asuhan pada pasien dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis Dextra hal-hal yang masih perlu ditingkatkan dari pengalaman penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. M dengan dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis Dextra saran dari penulis sebagai berikut:

### **1. Bagi Instansi Rumah Sakit**

Diharapkan Rumah Sakit dapat mempertahankan mutu pelayanan baik bidang medis maupun asuhan keperawatan pada pasien yang menjaiani rawat map maupun rawat jalan dengan didukung oleh

kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Untuk ruang Dahlia khususnya juga telah banyak membantu dan membimbing penulis dalam penyusunan Laporan Study Kasus ini. Penulis juga mengharapkan Rumah Sakit dapat lebih meningkatkan bimbingan serta literature khususnya pada pasien dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar Stikes Muhammadiyah Klaten lebih memperbanyak waktu kegiatan praktek lapangan dan pembelajaran kasus-kasus penyakit yang ada di Rumah Sakit, sehingga mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan professional karena mahasiswa sudah diberikan teori kasus pada sistem pembelajaran.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan perawat dapat memberikan perawatan yang semaksimal mungkin dan sebaik mungkin pada pasien dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis agar pasien dapat memperoleh kesembuhan secara maksimal. Perawat juga diharapkan tetap mempelajari cara perawatan pasien dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis agar proses keperawatan yang diberikan lebih berkualitas dan bermutu.

4. Bagi Penulis

Diharapkan penulis aktif dalam menambah ilmu dalam bidang keperawatan tentang penyakit dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis dan banyak mencari pengalaman yang nyata tentang perawatan dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis sehingga mampu merawat pasien dengan Ulkus Diabetes Mellitus Pedis.

Pemberian pendidikan kesehatan sangat penting bagi pasien dan keluarga, sebagai perawat atau tim kesehatan hendaknya dapat menjadi pendidik yang dapat menjelaskan pengertian, faktor penyebab, tanda gejala, dan pencegahannya kepada keluarga sehingga setelah pasien pulang dari rumah sakit keluarga dapat melanjutkan asuhan keperawatan mandiri di rumah dan pasien mendapat hasil optimal.