

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Penerapan asuhan keperawatan Tn. M dengan ulkus diabetik dapat disimpulkan bawah dari 5 rumusan masalah yang diangkat, semua masalah tidak dapat teratasi penuh dikarenakan kondisi pasien dan perlu waktu yang lama untuk mengatasi hal tersebut. Contohnya pada diagnosa keperawatan nyeri akut yang disebabkan luka ulkus DMnya, hal tersebut tidak teratasi karena luka ulkusnya masih ada, dan ketika sudah dilakukan tindakan amputasi nyerinya masih akan tetap ada karena luka post oprasinya.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan diperoleh melalui data anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang, dan rekam medis pasien. Hasil pengkajian Tn. M didapatkan hasil sesuai teori yaitu pasien merasa nyeri di kaki kiri bagian bawah. terasa seperti berdenyut diarea luka, nyeri tidak menjalar, skala nyeri 5, nyeri hilang timbul ± 15 menit, nyeri sering timbul ketika luka sedang dibersihkan, pasien sering mengeluhkan ingin buang air kecil, merasa haus, badan lemah dan letih. terdapat luka ulkus Diabetes Melitus pedis sinistra. Luka tampak bernanah dan kemerahan, panjang luka ± 10 cm, dengan lebar $\pm 0,5$ cm, dalam luka sampai dengan lapisan otot dan tendon, luka berbau busuk yang sangat menyengat. Sisi samping luka sudah kehitaman dari ujung jari kaki ke punggung dan telapak kaki ± 20 cm. Luka dibalut dengan kassa gulung dan rembes, rembesan berwarna kuning di sisi luka. Pemeriksaan penunjang

USG Arteri Ekstremitas Inferior Sinistra tanggal 10 Mei 2022 didapatkan hasil Soft plaque arteri poplitea sinistra, Stenosis arteri tibialis posterior, Arteriosklerosis pada A. Femoralis communis, A. Femoralis superficialis, A. Femoralis profunda dan A. Poplitea sinistra, Limfonodi diregio inguinal sinistra.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang disusun berdasarkan pengkajian pada Tn. M yaitu terdapat 5 diagnosa yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisiologis : Ulkus DM Pedis Sinistra, Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi, Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resisten insulin, Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot, Risiko jatuh berhubungan dengan Faktor risiko:Usia 71 tahun, riwayat jatuh. Diagnosa tersebut telah disusun sesuai acuan teori dari Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017).

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan telah disusun menggunakan acuan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019), dengan seluruh diagnosa diharapkan dapat teratasi dalam target waktu 3x24 jam tindakan keperawatan serta memenuhi tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun. Rencana keperawatan telah disusun sesuai dengan kondisi dan kebutuhan Tn.M.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan telah dilaksanakan selama 4x24 jam, telah dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang disusun. Implementasi keperawatan telah dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan yang muncul pada Tn. M dengan memodifikasi beberapa implementasi seperti memberikan teknik nonfarmakologi napas dalam dan distraksi pada diagnosa nyeri akut. Modifikasi teknik perawatan luka *moist wound* pada diagnosa gangguan integritas kulit serta melatih rentang gerak ROM pasif pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilaksanakan setiap akhir shift dan akhir implementasi. Didapatkan hasil keempat diagnosa belum teratasi yaitu nyeri akut, gangguan integritas jaringan, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan mobilitas fisik, dan risiko jatuh, dikarenakan dari beberapa kriteria hasil yang sudah tercapai belum dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan tersebut teratasi dan dari kondisi pasien tidak memungkinkan bahwa masalah akan teratasi dalam waktu empat hari perawatan sehingga perlu adanya implementasi lebih lanjut oleh perawat ruangan.

6. Dokumentasi Keperawatan

Pendokumentasian telah dilaksanakan sesuai dengan kondisi, waktu serta kriteria dalam format asuhan keperawatan yang terdiri dari perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Pendokumentasian dengan

metode SOAP, dilakukan setelah implementasi keperawatan dengan mencantumkan tanggal, jam, tanda tangan dan nama terang sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab perawat.

B. Saran

1. Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga hendaknya lebih meningkatkan perilaku patuh dalam melakukan pemeriksaan ke Puskesmas sehingga dapat mengendalikan kadar glukosa darah agar tetap dalam rentang normal untuk meminimalisir terjadinya komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit Diabetes Mellitus. Apabila sudah terjadi komplikasi hendaknya pasien dan keluarga dapat mengonsultasikan pengobatan lebih lanjut agar komplikasi tidak semakin berat.

2. Bagi Tempat Studi Kasus

RSUP Dr. Sardjito sebagai rumah sakit pendidikan dapat mempertahankan dan meningkatkan kemampuan pembimbing klinik mengenai asuhan keperawatan kasus diabetes mellitus, dan dapat mempertahankan serta meningkatkan kemampuan perawat ruangan terutama dalam kasus diabetes mellitus.

3. Prodi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Institut pendidikan hendaknya dapat meningkatkan sarana prasarana yang dapat menunjang mahasiswa dalam pembelajaran, meningkatkan media dan metode untuk memperoleh literature dan memperbaharui buku-buku terkait diabetes mellitus untuk memudahkan mahasiswa dalam penulisan tugas akhir.