

## **BAB IV HASIL STUDI KASUS & PEMBAHASAN**

### **4.1 Hasil Studi Kasus**

#### **4.1.1 Gambaran Umum Lingkungan Studi Kasus**

Pekanbaru merupakan ibukota Provinsi Riau. Kota Pekanbaru terdiridari 21 Puskesmas tersebar di 12 kecamatan. Kecamatan Rumbai terdiri dari 3 puskesmas, salah satunya Puskesmas Umban Sari. Puskesmas Umban Sari memiliki 2 kelurahan yaitu: Kelurahan Umban Sari dan Kelurahan Sri Meranti. Puskesmas Umban Sari terletak di Kelurahan Umban Sari, berdiri sejak tahun 2007 sampai sekarang.

Sesuai dengan izin operasional nomor: 440-01/Dinkes-Yankes/1513.1 sejak bulan Oktober 2016 Puskesmas Umban Sari menjadi UPTD dan semenjak Oktober 2017 tidak menjadi UPTD lagi. Puskesmas Umban Sari mempunyai 1 Puskesmas Pembantu yang berada di wilayah kerja Kelurahan Sri Meranti, mempunyai 28 posyandu yang tersebar di dua kelurahan yaitu Kelurahan Umban Sari sebanyak 10 posyandu dan Kelurahan Sri Meranti 18 posyandu. Di wilayah Puskesmas Umban Sari terdapat 2 Universitas terkemuka yaitu 1 unit Politeknik Caltex Riau dan 1 Universitas Lancang Kuning, SMA 2, SMP 2, MTS 1, Pesantren 1, SD 10, Rumah Bersalin 8, Klinik Pratama 1, Praktek Dokter Swasta 3, Toko Obat 2, Apotik 3.

#### **A. Data Geografis**

Kota Pekanbaru dikenal dua bencana yaitu: asap dan banjir.

Wilayah Kerja Puskesmas Umban Sari dari hulu barat ke timur adalah

Daerah Aliran Sungai (DAS) Siak. Curah hujan tahun terakhir sekitar bulan November, Desember berkisar 2-3 kali dalam seminggu. Suhu di Kota Pekanbaru cenderung ekstrim (33-34) derajat Celcius) sebentar hujan sebentar panas. Daerah wilayah kerja Puskesmas Umban Sari pada umumnya dataran rendah khususnya Daerah Aliran Sungai (DAS) Siak berisiko tinggi bencana banjir.

#### B. Data Demografis

Jumlah penduduk wilayah kerja Puskesmas Umban Sari sampai Desember 2020 adalah 49617 jiwa, dengan rincian: terdiri dari Kelurahan Umban Sari 23.726 jiwa dan Kelurahan Sri Meranti 25.891 jiwa, dengan jumlah laki-laki 25.434 jiwa, jumlah perempuan 24.183 jiwa, PUS 8.236 jiwa, WUS 33.241 jiwa. Sumber: (BadanStatistik Kota Pekanbaru).

#### C. Wilayah Kerja

Luas wilayah kerja Puskesmas Umban Sari 17,34 KM<sup>2</sup> yang terdiri dari 2 kelurahan yaitu: Kelurahan Umban Sari dan Kelurahan Sri Meranti. Pada wilayah kerja Puskesmas Umban Sari terdapat 1 buah Puskesmas Pembantu (PUSTU) yaitu Puskesmas Pembantu Sri Meranti.

#### D. Tenaga Kesehatan

a. Dokter Umum	: 4	Orang
2) Dokter Gigi	: 2	Orang
3) SKM	: 2	Orang
4) Bidan	: 4	Orang
5) Perawat (Ns) S1	: 0	Orang

6) Perawat DIII	: 11	Orang
7) Perawat SPK	: 0	Orang
8) Perawat Gigi	: 1	Orang
9) Apoteker	: 1	Orang
10) Asisten Apoteker	: 2	Orang
11) Tenaga Gizi	: 3	Orang
12) Sanitarian	: 0	Orang
13) Analis	: 1	Orang
14) Sopir	: 1	Orang
15) Satpam	: 1	Orang
16) Pekarya	: 2	Orang

#### E. Lokasi Rumah Klien

Pengambilan data studi kasus asuhan keperawatan pada gerontik yang Rumbai, Kota Pekanbaru, Provinsi Riau. Keluarga Ny. S terdiri atas satu orang anak dan satu orang cucu, penelitian tersebut dilakukan selama 5 kali kunjungan dalam 7 hari, terdiri atas 1 hari pengkajian 3 kali implementasi dan evaluasi. Rumah Ny.S yang ditempati berukuran 6 x 14 meter persegi dengan 2 kamar. 1 ruang tamu dan ruang keluarga. 1 dapur dan ruang makan. Tipe rumah permanen, keadaan lantai terbuat dari keramik, ventilasi rumah bagus, cahaya masuk dengan baik kedalam rumah. Rumah Ny.S berada di lingkungan yang bersih dan cukup asri berada tak jauh dari jalan raya, jarak puskesmas tak jauh dari rumah.

#### 4.1.2 Interpretasi Hasil Studi Kasus

Didapatkan data identitas umum Ny.S adalah seorang ibu dalam keluarganya berumur 63 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama Islam, suku bangsa Jawa, pendidikan terakhir SD, status perkawinan menikah.

Ny.S berusia mengeluh sakit kepala, Ny.S mengatakan menderita DM Tipe II sejak 7 tahun yang lalu, tidak tahu penyebab gula nya tinggi, sewaktu pemeriksaan kesehatan ditempat kerjanya ternyata gulanya tinggi, mengeluh sakit kepala, pandangan kabur, mengeluh lemas, mengatakan gulanya selalu diatas 200 ketika mengontrol rutin gula darah di rumah, mengatakan ia menggunakan insulin di lengan kirinya, kaki nya terasa kebas, kakinya terasa kesemutan, mudah lelah, beraktivitas harus dibantu oleh satu orang, ia hanya berbaring di tempat tidur, memiliki bekas luka pada bagian punggung kakinya, bekas luka karena di garuk.

Hasil pemeriksaan atau *head to toe* yang dilakukan pada tanggal 09 April 2021 didapatkan data sebagai berikut: keadaan umum klien baik, kesadaran composmentis. tanda-tanda vital dengan TD : 130/70 mmHg, nadi 70 x/menit, pernafasan 18 x/menit, suhu 36 C, berat badan 45 kg, tinggi badan 148 cm dengan IMT 20.54 (Normal), kepala bentuk mesocephal, rambut bersih beruban. Mata simetris, konjungtiva tidak anemis. Telinga simetris, tidak ada serumen dan pendengaran masih berfungsi dengan baik. Hidung simetris, tidak ada secret Ny.S terlihat lemas, GDS: 246 Mg/dl, tampak bekas pemberian insulin dilengan kirinya, warna kulit pada kaki Ny.S terlihat pucat, akril pada kaki Ny.S teraba dingin, TD: 140/80, CRT 4 detik, Ny.S tampak memegang kakinya karena kesemutan, Ny.S tampak

lemah terbaring di tempat tidur, Ny.S tampak jika ingin berdiri dibantu oleh keluarganya, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 3, berdasarkan pengkajian Index Katz Ny.S kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan dengan skor E, berdasarkan pengkajian Modifikasi dari Barthel Indeks Ny.S mengalami ketergantungan sedang dengan skor 11, tampak bekas luka pada kaki ny.S yang sudah mengering, kulit pada kaki ny.S tampak kering, kulit pada kaki Ny.S tampak mengelupas. Setelah dilakukan pengkajian didapatkan diagnosa utama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi. Perencanaan keperawatan yaitu mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, jika perlu, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), memonitor tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi, menganjurkan menghindari olahraga saat kadarglukosa lebih dari 250 mg/dL, menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, mengjarkan pengelolaan diabetes

## **4.2 Pembahasan**

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.S dengan Diabetes Mellitus Tipe II di wilayah kerja Puskesmas Umban Sari, maka dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan yang terjadi antara teori dan kenyataan yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus.

#### 4.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal yang dilakukan dalam proses asuhan keperawatan, Pengkajian keperawatan pada lansia adalah suatu tindakan peninjauan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosis masalah, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia. Data yang dikumpulkan mencakup data subyektif dan data obyektif meliputi data bio, psiko, sosial, dan spiritual, data yang berhubungan dengan masalah lansia serta data tentang faktor-faktor yang mempengaruhi atau yang berhubungan dengan masalah kesehatan lansia seperti data tentang keluarga dan lingkungan yang ada (Kholifah, 2016).

Menurut (Santi, 2015) Tanda dan gejala DM tergantung pada tingkat hiperglikemia yang dialami oleh klien. Tanda dan gejala khas yang dapat muncul pada seluruh tipe DM : Poliuria (Peningkatan pengeluaran urin), Polidipsi (peningkatan rasa haus) dan poliphagi (peningkatan rasa lapar), kelemahan dan kelelahan, Perubahan penglihatan yang mendadak, Perasaan gatal atau kebas pada kaki atau tangan, kulit kering dan adanya lesi luka yang penyembuhannya lambat dan infeksi berulang.

Pada teori pengkajian aktivitas / istirahat klien DM biasanya lemah, letih, sulit bergerak / berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan tidur / istirahat. Pada pengkajian klien mengatakan mudah mengantuk dan mudah tidur, seluruh aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat. Pada teori, sirkulasi klien DM mengalami kebas, kesemutan ekstremitas, ulkus pada kaki dan penyembuhan yang lama. Pada pengkajian Ny.S mengalami

beberapa tanda gejala seperti , letih, sulit bergerak / berjalan, kegiatan klien dibantu oleh keluarga perasan kebas pada kaki, kesemutan, kelemahan dan kelelahan serta kulit kering pada kaki nya. Pengkajian sama dengan teori yang ada. Pada teori, integritas ego klien DM mengalami stress, tergantung orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi. Pada pengkajian klien mengatakan dapat menerima penyakitnya walaupun hampir seluruh aktifitas klien dibantu oleh orang lain.

Pada teori fungsional klien, mengamati kemandirian dalam makan, kontinensia (BAB/BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi apakah mandiri semuanya kecuali salah satu dari fungsi diatas, atau mandiri kecuali mandi dan salah satu fungsi lain, mandiri kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi diatas, mandiri kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi yang lain, mandiri kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain atau ketergantungan untuk semua fungsi dengan catatan mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan efektif dari orang lain, seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu. Berdasarkan pengkajian Ny.S Kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan dengan skor E.

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok agar dapat

memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Budiono, 2015) dalam Rafli (2019). Berdasarkan hal tersebut penulis dalam kasus asuhan keperawatan pada klien dengan diabetes mellitus sebanyak 4 diagnosa

a. Diagnosa yang tidak ditemukan dalam teori tetapi muncul pada kasus

Berdasarkan data pengkajian yang diperoleh diagnosa utama yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi. Penulis menegakan diagnosa ini karena klien mengatakan DM Tipe II sejak 7 tahun yang lalu, tidak tahu penyebab gula nya tinggi, sewaktu pemeriksaan kesehatan ditempat kerjanya ternyata gulanya tinggi. Mengeluh sakit kepala, pandangan kabur, mengeluh lemas, mengatakan gulanya selalu diatas 200 ketika mengontrol rutin gula darah di rumah, mengatakan ia tidak mengkonsumsi obat oral untuk gulanya, namun ia menggunakan insulin di lengan kirinya. Dibuktikan dengan Ny.S terlihat lemas, GDS pada saat pengkajian 09 April 2021: 246 Mg/dl, tampak bekas pemberian insulin dilengan kirinya.

b. Diagnosa yang muncul pada kasus sesuai dengan teori (SDKI)

Diagnosa kedua yang muncul adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan penyembuhan luka lambat, penulis menegakan diagnosa ini karena klien Ny.S mengatakan



kaki nya terasa kebas atau kesemutan, warna kulit pada kaki Ny.S terlihat pucat, akral pada kaki Ny.S terasa dingin, TD: 140/80, CRT 4 detik, Gangguan sirkulasi darah pada bagian ujung atau tepi tubuh pada penderita penyakit diabetes diakibatkan karena peredaran darah yang kurang lancar karena darah terlalu kental dan banyak mengandung gula. Penyempitan dan penyumbatan pembuluh darah perifer yang utama, sering terjadi pada tungkai bawah terutama kaki

Diagnosa ketiga yang muncul intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah. Penulis menegaskan diagnosa ini karena Ny.S mengatakan mudah lelah, beraktivitas harus dibantu oleh satu orang, ia hanya berbaring di tempat tidur, Ny.S tampak lemah terbaring di tempat tidur, Ny.S tampak jika ingin berdiri dibantu oleh keluarganya, kekuatan otot kaki kanan dan kiri 3, berdasarkan pengkajian Index Katz Ny.S kemandirian dalam aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan dengan skor E, berdasarkan pengkajian Modifikasi dari Barthel Indeks Ny.S mengalami ketergantungan sedang dengan skor 11. Penyerapan glukosa oleh jaringan tubuh pada saat istirahat membutuhkan insulin, sedangkan pada otot yang aktif tidak disertai kenaikan kadar insulin walaupun kebutuhan glukosa meningkat. Hal ini dikarenakan pada waktu seseorang beraktivitas fisik, terjadi peningkatan kepekaan reseptor insulin di otot yang aktif. Masalah utama yang terjadi pada diabetes melitus adalah terjadinya resistensi insulin yang menyebabkan glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel. Saat

seseorang melakukan aktivitas fisik, akan terjadi kontraksi otot yang pada akhirnya akan mempermudah glukosa masuk ke dalam sel. Hal tersebut berarti saat seseorang beraktivitas fisik, akan menurunkan resistensi insulin dan pada akhirnya akan menurunkan kadar gula darah . Aktivitas fisik merupakan kunci dalam pengelolaan diabetes melitus terutama sebagai pengontrol gula dan memperbaiki faktor resiko kardiovaskuler seperti menurunkan hiperinsulinemia, meningkatkan sensitifitas insulin, menurunkan lemak tubuh, serta menurunkan tekanan darah. Kesimpulan sementara adalah bahwa latihan fisik secara teratur yang di lakukan oleh penderita diabetes, akan mengurangi risiko terjadinya komplikasi, dan akan meningkatkan tingkat harapan hidup.

Diagnosa keempat yang muncul adalah resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi. Penulis menegakan diagnosa ini karena klien Ny.S mengatakan memiliki bekas luka pada bagian punggung kakinya, Ny.S mengatakan kurang nya memahami cara membersihkan luka dan merawat kulit dengan baik. Ny.S mengatakan bekas luka karena di garuk ditandai dengan tampak bekas luka pada kaki Ny.S yang sudah mengering, kulit pada kaki Ny.S tampak kering, kulit pada kaki Ny.S tampak mengelupas, Ny.S mengatakan kaki nya terasa kebas atau kesemutan, warna kulit pada kaki Ny.S terlihat pucat, akril pada kaki Ny.S teraba dingin, TD: 140/80, CRT 4 detik Kerusakan integritas jaringan pada klien tersebut terjadi karena kurang pengetahuan dan tidak dilakukan dengan tepat perawatan luka saat dirumah mempengaruhi keadaan luka.

### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana anda mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Budiono, 2015) dalam Rafli (2019).

Perencanaan pada diagnosa yang pertama adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi. Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan kriteria hasil pusing menurun, lelah dan lesu menurun, kadar glukosa dalam darah membaik. Perencanaan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan teori yaitu manajemen hiperglikemia

Perencanaan pada diagnosa yang kedua adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan penyembuhan luka lambat. Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan kriteria hasil warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler cukup membaik, akral cukup membaik, kelemahan otot menurun, tekanan darah siastol dan diastolik cukup membaik. Perencanaan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan teori yaitu perawatan sirkulasi

Perencanaan pada diagnosa yang ketiga adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah. Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan

kriteria hasil kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, keluhan lelah menurun, tekanan darah membaik. Perencanaan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan teori yaitu manajemen energi

Perencanaan pada diagnosa yang keempat adalah resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi. Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam dengan kriteria hasil kerusakan lapisan kulit menurun, jaringan parut cukup menurun, tekstur kulit membaik, hidrasi meningkat, kemerahan menurun. Perencanaan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan teori yaitu perawatan integritas kulit.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono, 2015) dalam Rafli (2019). Berdasarkan hal tersebut penulis dalam mengelola pasien dalam implementasi sesuai dengan diagnosa masing-masing.

Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi. Tindakan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, memonitor kadar glukosa darah, jika perlu, memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), memonitor tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi, menganjurkan menghindari olahraga saat

kadarglukosa lebih dari 250 mg/dL, menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, mengajarkan pengelolaan diabetes

Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan penyembuhan luka lambat. Tindakan yang dilakukan yaitu memeriksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, warna, suhu,), mengidentifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi), memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas , melakukan perawatan kaki dan kuku, menganjurkan berolahraga rutin, menganjurkan pengecekan air mandi untuk menghindari kulit terbakar, menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki, mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3).

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah. Tindakan yang dilakukan yaitu Memonitor kelelahan fisik dan emosional, memonitor pola dan jam tidur, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan), melakukan Latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, menganjurkan tirah baring, menganjurkan melakukan kegiatan secara bertahap

Resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi. Tindakan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi penyebab gangguan

integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas), mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, menggunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitif, menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan. (Budiono,2015) dalam (Rafli, 2019). Berdasarkan hal tersebut, penulis melakukan evaluasi keperawatan pada kasus ini antara lain:

Evaluasi pada diagnosa yang pertama adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah ditandai dengan kadar glukosa dalam darah tinggi. Evaluasi pada diagnosa utama adalah masalah teratasi sebagian, berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan, Ny.S sudah tidak merasakan pusing pada kepalanya, Ny.S merasakan lelah dan lesu pada tubuhnya menurun dan juga kadar glukosa dalam darah dalam tubuhnya belum berada dalam batas normal. Dalam hal ini tujuan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan sehingga intervensi dilanjutkan yaitu, memonitor kadar glukosa darah, menganjurkan menghindari olahraga saat kadarglukosa lebih dari 250 mg/dL, menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri. mengannjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga,

mengajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu, mengajarkan pengelolaan diabetes.

Evaluasi pada diagnosa yang kedua adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan penyembuhan luka lambat. Evaluasi pada diagnosa kedua adalah masalah teratasi sebagian, berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan, warna kulit pucat pada kaki Ny.S sudah menurun atau mebaik, pengisian kapiler cukup mebaik dengan CRT 2 detik, akral pada kaki Ny.S hangat, kelemahan otot belum menurun, tekanan darah siastol dan diastolik belum mebaik atau dalam rentang normal. Dalam hal ini tujuan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan sehingga intervensi dilanjutkan yaitu melakukan pencegahan infeksi, melakukan perawatan kaki dan kuku, melakukan hidrasi, menganjurkan berolahraga rutin, menganjurkan pengecekan air mandi untuk, menghindari kulit terbakar, mengnjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur, menganjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki), menganjurkan program rehabilitasi vascular, mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)

Evaluasi pada diagnosa yang ketiga adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh lelah. Evaluasi pada diagnosa ketiga adalah masalah teratasi sebagian, berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan, kekuatan tubuh bagian bawah Ny.S belum meningkat ditandai dengan kekuatan otot 3, keluhan lelah sudah menurun,

tekanan darah siastol dan diastolik belum membaik atau dalam rentang normal. Dalam hal ini tujuan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan sehingga intervensi dilanjutkan yaitu menganjurkan klien untuk melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan, menganjurkan melakukan kegiatan secara bertahap, menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Evaluasi pada diagnosa yang keempat adalah resiko gangguan integritas kulit ditandai dengan perubahan sirkulasi. Evaluasi pada diagnosa keempat adalah masalah teratasi, berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan kerusakan lapisan kulit ny.S cukup membaik. tekstur kulit cukup membaik dan kelembaban kulit membaik setelah diberikan dan dianjurkan penggunaan lotion atau pelembab, dan kemerahan menurun. Dalam hal ini tujuan dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam belum mencapai kriteria hasil yang diharapkan sehingga intervensi dilanjutkan yaitu menganjurkan klien untuk mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, menggunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering, menggunakan produk berbahan ringan/ alami dan hipoalergik pada kulit sensitive, menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering, menganjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) menganjurkan minum air yang cukup, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem, menganjurkan menggunakan



tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah, menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.