

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N DENGGA DIAGNOSA
MEDIS DIABETES MELITUS GANGRENE DIRUANG
MELATI RSUD BANGIL PASURUAN**



Oleh:

NURUL KALIFAH

NIM :17.010.68

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.N DENGGA DIAGNOSA
MEDIS DIABETES MELITUS GANGRENE DIRUANG
MELATI RSUD BANGIL PASURUAN**

Sebagai Prasyarat Untuk Memperoleh Gelar

Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)

Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Oleh:

NURUL KALIFAH

NIM :17.010.68

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2020**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nurul Kalifah
Nim : 17.010.68
Tempat, Tanggal Lahir : Trenggalek, 05 Mei 1998
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul : “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Gangrene di RSUD Bangil” adalah bukan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapatkan sanksi.

Sidoarjo, 28 Agustus 2019

Yang Menyatakan,

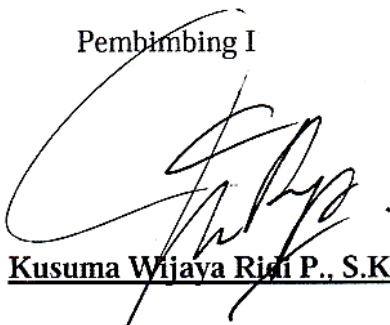


Nurul Kalifah

17.010.68

Mengetahui,

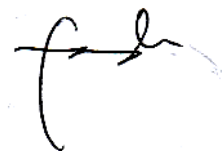
Pembimbing I



Kusuma Wijaya Rini P., S.Kep.Ns.,MNS

NIDN.0731108603

Pembimbing II



Faida Annisa., S.Kep Ns.,MNS

NIDN.0708078606

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : Nurul Kalifah

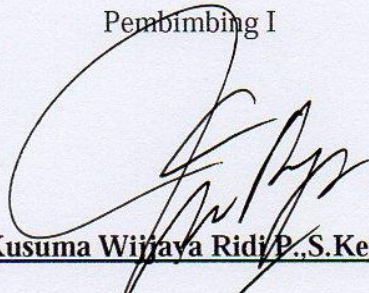
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes
Malitus gangrene di RSUD Bangil

Telah disetujui untuk di ujikan dihadapan Dewan Penguji karya tulis ilmiah pada:

Tanggal: Hari Rabu, 10-Juni-2020

Oleh

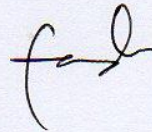
Pembimbing I



Kusuma Wijaya Ridi P., S.Kep., NS., MNS

NIDN. 0731108603

Pembimbing II



Faida Annisa., S.Kep., NS., MNS

NIDN. 0708078606

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 072308780

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan di setujui oleh tim penguji pada sidang di Program DIII Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Tanggal : 10-Juni-2020

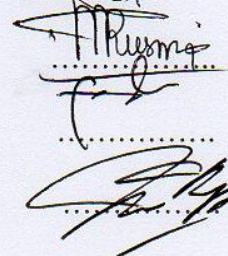
TIM PENGUJI

Ketua : Riesmiyatiningdyah, S.Kep, Ns., M.kes

Anggota : 1 Faida Annisa.,S.Kep,Ns.,MNS

2 Kusuma Wijaya Ridi P.,S.Kep,Ns.,MNS

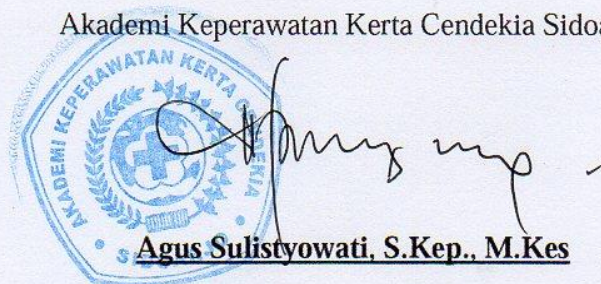
Tanda Tangan



Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0723087801

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul **Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Gangrene di RSUD Bangil** ini dengan tepat waktu.

Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan hidayahnya saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan tepat waktu.
2. Orang tua yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material selama penulisan karya tulis ilmiah ini.
3. Agus Sulistyowati S.Kep.,M.Kes, selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo
4. Kusuma Wijaya Ridi P.,S.Kep, NS, MNS, selaku pembimbing pertama dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
5. Faida Annisa.,S.Kep, NS.,MNS selaku pembimbing kedua dalam pembuatan pembuatan karya tulis ilmiah ini.
6. Untuk responden yang telah membantu dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa karya tulis ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 29 Maret 202

Penulis

DAFTAR ISI

Surat Pernyataan	i
Lembar Persetujuan	ii
Halaman pengesahan	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar isi	v
Daftar Tabel	vi
Daftar Gambar	vii
Daftar Lampiran	viii
BAB 1 Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika penulisan	7
BAB 2 Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep Gagal Ginjal	
2.1.1 Pengertian	9
2.1.2 klasifikasi.....	9
2.1.3 Etiologi	11
2.1.4 manifestasi.....	13
2.1.5 Patofisiologi	14
2.1.6 Diagnosa banding	15
2.1.7 komplikasi	15
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.9 pencegahan	17
2.1.10 Penatalaksanaan	18
2.2 Dampak Masalah	27
2.3 Asuhan Keperawatan	
2.3.1 Pengkajian	27
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	32
2.3.3 Intervensi Keperawatan	33
2.3.4 Implementasi Keperawatan	40
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	42
2.4 Pathway	44
BAB 3 Tinjauan Kasus	
3.1 Pengkajian	45
3.2 Diagnosa Keperawatan	57
3.3 Intervensi Keperawatan	57
3.4 Implementasi Keperawatan	58
3.5 Evaluasi Keperawatan	66
BAB 4 Pembahasan	
4.1 Pengkajian	68
4.2 Diagnosa Keperawatan	76
4.3 Intervensi Keperawatan	78
3.4 Implementasi Keperawatan	80

4.5 Evaluasi Keperawatan	82
BAB 5 Penutup	
5.1 Simpulan	84
5.2 Saran	86
Daftar Pustaka	
Lampiran	

DAFTAR TABEL

No.Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1	Manifestasi Klinis Pada Diabee Melitus	13
Tabel 2.2	Kadara Glukosa Darah Sewaktu	16
Tabel 2.3	Jenis Diet Diabetes Melitus	18
Tabel 2.4	Nyeri Akut	33
Tabel 2.5	Kerusakan Integritas Jaringan	34
Tabel 2.6	Resiko Infeksi	35
Tabel 2.7	Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer	36
Tabel 2.8	Hambatan Mobiliias Fisik	37
Tabel 2.9	Gangguan Citra Tubuh	38
Tabel 2.10	Harga Diri Rendah	39
Tabel 3.1	Nutrisi Klien	47
Tabel 3.2	Hasil Laboratorium	52
Tabel 3.3	Intervensi Keperawatan	57
Tabel 3.4	Implementasi 28-01-2020	59
Tabel 3.5	Implementasi 29-01-2020	60
Tabel 3.6	Implementasi 30-01-2020	61
Tabel 3.7	Catatan Perkembangan 28-01-2020	63
Tabel 3.8	Catatan Perkembangan 29-01-2020	64
Tabel 3.9	Evaluasi Keperwatan	66

DAFTAR GAMBAR

No.Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Pathway Gagal Ginjal Kronik	44
Gambar 3.1	Genogram	47

DAFTAR LAMPIRAN

No.lampiran Judul Lampiran

Lampiran 1	Surat studi penelitian
Lampiran 2	Inform consent
Lampiran 3	Daftar konsul
Lampiran 4	Surat balasan RSUD Bangil
Lampiran 5	SAP penyuluhan
Lampiran 6	Leaflet

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus merupakan suatu keadaan hiperglikemia kronik dengan disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah, disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskopik electron (Mansjoer,2013). Diabetes melitus atau kencing manis adalah penyakit turunan, bukan menular. Penyakit ini ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah. Penyakit diabetes melitus atau kencing manis sepertinya bukan merupakan fenomena baru bagi masyarakat indonesia, Banyak penderita diabetes melitus yang masuk ke rumah sakit dengan komplikasi yang aktif dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat dalam mengontrol gula darah. Hal ini dikarenakan kebanyakan masyarakat yang datang berobat jika sudah terdapat komplikasi, seperti koma hipoglikemia, hiperglikemia ketoasidosis ataupun non ketoasidosis, penyakit jantung iskemik, gagal ginjal, penyakit serebrum vaskular, serta ulkus pada kaki (Purnamasari,2011)

Berdasarkan data *world Health Organuzation* (WHO) (2013), angka kejadian diabetes melitus didunia sebanyak 347 juta penderita. Di indonesia sendiri angka kejadian diabetes melitus adalah 5,7% atau Sekitar 12 juta jiwa (Departemen kesehatan RI,2013). Angka kejadian Diabetes Melitus di Jawa Timur berdasarkan dari data persatuan Diabetes Indonesia (Persadia),

penderita Diabetes Melitus mencapai 6 persen dari total jumlah penduduk atau kurang lebih 12 juta penderita. Jumlah ini meningkat kurang lebih 1% per tahun selama kurun waktu 20 tahun terakhir (Dedik,2014). Berdasarkan data Dinas kesehatan kabupaten Sidoarjo dalam putra (2015),angka kejadian diabetes melitus sebanyak 55.107 penderita. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, jumlah pasien yang menderita diabetes melitus di RSUD Bangil dalam periode bulan..... sampai dengan... 2018 tercatat sebanyak.... kasus (Rekam Medik RSUD Bangil,2019).

Diabetes Melitus merupakan suatu penyakit kronik yang kompleks yang meliputi kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak dan berkembang ya komplikasi makro vaskuler, mikro vaskuler dan neurologis (Long, 2014). Pada Diabetes Melitus tipe 1, pankreas menghasilkan sedikit insulin atau sama sekali tidak menghasilkan insulin. Gejala diabetes tipe 1 muncul secara tiba-tiba pada saat usia anak-anak (di bawah 20 tahun), sebagai akibat dari adanya kelainan genetika. Diantara-Nya, berat badan menurun, kelelahan, Penglihatan kabur, sering buang air kecil (polyuria), terus-menerus lapar dan haus, meningkatnya kadar gula dalam darah dan air seni. Penderita diabetes yang kurang terkontrol lebih peka terhadap infeksi. Penyebab terbanyak dari kehilangan sel beta pada pankreas pada diabetes tipe 1 adalah kesalahan reaksi autoimunitas yang menghancurkan sel beta pankreas. Reaksi autoimunitas tersebut dapat dipicu oleh adanya infeksi pada tubuh. Kadar gula darah yang tinggi secara terus-menerus akan berakibat rusaknya pembuluh darah, saraf, dan struktur internal lainnya. Zat kompleks yang terdiri dari gula di dalam dinding pembuluh darah menyebabkan pembuluh darah menebal dan

mengalami kebocoran. Akibat penebalan ini maka aliran darah akan berkurang, terutama yang menuju ke kulit dan saraf. Kerusakan pada saraf menyebabkan kulit lebih sering mengalami cedera karena penderita tidak dapat merasakan perubahan tekanan maupun suhu. Berkurangnya aliran darah ke kulit juga dapat menyebabkan ulkus (borok) yang akan berakibat rusaknya integritas jaringan akibat infeksi dan proses penyembuhan luka berjalan lambat. Keadaan ini bisa terjadi karena kuman tumbuh subur akibat tingginya kadargula dalam darah, sehingga sebagian tungkai harus diamputasi (Fitria,2009).

Upaya penanganan luka kaki diabetes (diabetic foot) adalah pencegahan terhadap terjadinya infeksi. Asuhan Keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah perawatan tersebut adalah dengan penatalaksanaan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh mulai dari pengkajian masalah, menentukan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, implementasi serta evaluasi asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus. Perawatan ulkus diabetes pada dasarnya terdiri dari 3 komponen utama, yaitu debridement, pengurangan beban tekanan pada kaki, dan penanganan infeksi. Selain itu pemberian edukasi terhadap klien juga sangat penting. Dalam hal ini peran perawat meliputi edukasi kepada pasien tentang perawatan kaki, konseling nutrisi, manajemen berat badan, perawatan kulit, kuku maupun perawatan luka di kaki dan penggunaan alas kaki yang dapat melindungi, manajemen hiperglikemia dan hipoglikemia, kontrol infeksi. Perawatan luka diabetes meliputi mencuci luka, debridement, terapi antibiotik,

konseling keluarga tentang nutrisi, dan pemilihan jenis balutan (Rahmawati, 2017).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut. “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Pasien dengan diagnosa medis Diabetes melitus di ruang melati RSUD Bangil?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasiendengan diagnosa medis Diabetes Melitus di ruang melati RSUD Bangil.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di ruang melati RSUD Bangil.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes mellitus diruang melati RSUD Bangil.

1.3.2.3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes melitus diruang melati RSUD Bangil.

1.3.2.4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Pasiendengan diagnosa medis Diabetes Melitusdi ruang melati RSUD Bangil.

1.3.2.5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes mellitus di ruang melati RSUD Bangil.

1.3.2.6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes Melitus di ruang melati RSUD Bangil.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1. Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa diabetes melitus secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1.4.1.1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Medis Diabetes melitus RSUD Bangil

1.4.1.2. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan dengan diagnosa Diabetes melitus RSUD Bangil.

1.4.1.3. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Diabetes melitus di ruang melati RSUD Bangil.

1.4.1.4. Bagi pasien dan keluarga

Sebagai tambahan pengetahuan bagi klien dan keluarga untuk mengenai kemampuan perawatan luka, sehingga dapat mengambil

keputusan yang sesuai dengan masalah serta ikut memperhatikan dan melaksanakan tindakan yang diberikan oleh perawat.

1.5. Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

1.5.2. Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain

1.5.2.2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien.

1.5.2.3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien

1.5.3.2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain

1.5.4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1.6.1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi

1.6.2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

Bab 1 : pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus

Bab 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Diabetes melitus serta kerangka masalah

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

Bab 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

1.6.3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Didalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan tindakan keperawatan pasien Diabetes Melitus. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Diabetes Melitus dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian

Diabetes Melitus merupakan suatu keadaan hiperglikemia kronik dengan disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah, disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskopik electron (Mansjoer,2013).

Diabetes Melitus biasa terdapat penurunan sekresi insulin atau resistensi terdapat insulin. Tanpa efek yang ditimbulkan oleh insulin, glukosa tidak dapat dibawa ke dalam sel dan hiperglikemia (peningkatan kadar gula darah) dapat terjadi (Berkowitz,2013).

2.1.2 Klasifikasi

Ada beberapa klasifikasi Diabetes Mellitus yang dibedakan berdasarkan penyebab, perjalanan dan terapinya. Menurut ADA tahun 2012 dilihat dari etiologinya Diabetes Mellitus di bagi menjadi 4 jenis. Klasifikasi ini telah

disahkan oleh WHO, yaitu Diabetes Mellitus tipe 1 , Diabetes Mellitus tipe 2, Diabetes Mellitus gestasional (kehamilan) dan Diabetes Mellitus tipe lain.

2.1.2.1 Diabetes Mellitus Tipe 1

Diabetes mellitus tipe 1 merupakan kelainan sistemik akibat gangguan metabolisme glukosa yang ditandai oleh hiperglikemi kronik. Keadaan ini disebabkan oleh kerusakan sel beta pankreas baik oleh proses autoimun maupun idiopatik sehingga produksi insulin berkurang atau berhenti (Rustama,2010). Tipe ini sering disebut insulin dependent diabetes mellitus (IDDM). Karena pasien harus membutuhkan insulin dan sampai saat ini belum dapat disembuhkan (Sulistia dan Gunawan, 2007). DM tipe 1 biasanya terjadi pada anak – anak atau masa dewasa muda. Prevalensinya kurang lebih 5%- 10% dari kasus. Individu yang kekurangan insulin hampir atau secara total dikatakan juga sebagai “ Juvenile onset” atau “insulin dependent” atau ”ketosis prone” karena tanpa insulin terjadi kematian dalam beberapa hari yang disebabkan oleh ketoasidosis (Purnamasary, 2009). Faktor genetik dan lingkungan sangat berperan pada terjadinya Diabetes Mellitus tipe 1. Walaupun hampir 80 % penderita Diabetes Mellitus tipe 1 tidak mempunyai riwayat keluargadengan penyakit sama. Faktor genetik berhubungan dengan HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu yang berperan sebagai faktor kerentanan. Lingkungan (infeksi virus dan toksin, dll) akan memicu seseorang yang rentan yang menimbulkan Diabetes Mellitus tipe 1 (Rustama, dkk.2010).

2.1.2.2 Diabetes Melitus tipe 2

Merupakan tipe DM yang paling sering terjadi mencakup sekitar 85% pasien DM. Keadaan ini ditandai dengan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif. Individu yang mengidap DM tipe 2 tetap menghasilkan insulin. Akan tetapi sering terjadi keterlambatan awal dalam sekresi dan penurunan jumlah total insulin yang dilepaskan. Hal ini cenderung semakin parah seiring dengan penambahan usia pasien.

2.1.2.3 Diabetes Mellitus Gestasional

Diabetes Mellitus gestasional terjadi pada wanita yang tidak menderita diabetes sebelum kehamilannya. Hiperglikemia terjadi selama kehamilan akibat sekresi hormon-hormon plasenta. Dalam kehamilan terjadi perubahan metabolisme endokrin dan karbohidrat yang menunjang pemanasan makanan bagi janin serta persiapan menyusui. Menjelang aterm, kebutuhan insulin meningkat sehingga mencapai 3 kali lipat dari keadaan normal, bila seorang ibu tidak mampu meningkatkan produksi insulin sehingga relative hipo insulin maka mengakibatkan hiperglikemia (Riyadi dan Sukarmin, 2008).

2.1.2.4 Diabetes tipe lain

Karena kelainan genetik, penyakit pankreas (trauma pankreatik), obat, infeksi, antibodi, sindroma penyakit lain, dan penyakit dengan karakteristik gangguan endokrin (Brunner, Suddarth 2013)

2.1.3 Etiologi

2.1.3.1 Pada Diabetes Tipe 1

Berkaitan dengan ketidakmampuan, kerusakan, atau gangguan fungsi pancreas untuk memproduksi insulin sehingga tidak dapat menghasilkan cukup insulin. Beberapa penyebab. Beberapa penyebab pancreas tidak dapat menghasilkan cukup insulin pada diabetes tipe 1 ini adalah sebagai berikut (Fauzi, 2014):

1) Genetik

Jika salah satu atau kedua orang tua dari seorang anak menderita diabetes, maka anak tersebut akan beresiko terkena diabetes melitus.

2) Autoimunitas

Autoimunitas adalah tubuh mengalami alergi terhadap salah satu jaringan atau jenis selnya sendiri. Dalam kasus ini alergi yang ada dalam pankreas. Oleh sebab itu, tubuh kehilangan kemampuan untuk membentuk insulin karena sistem kekebalan tubuh menghancurkan sel-sel yang memproduksi insulin

3) Virus dan Zat Kimia

Virus dan zat kimia yang menyebabkan kerusakan pada pulau sel atau kelompok sel dalam pancreas tempat insulin dibuat. Semakin banyak pulau sel yang rusak, semakin besar kemungkinan seseorang menderita diabetes.

2.1.3.2 Pada Diabetes Tipe 2

Diabetes tipe 2 disebabkan karena pankreas tidak bisa memproduksi insulin yang cukup. Kebanyakan insulin yang diproduksi pankreas dihisap sel-sel lemak akibat gaya hidup dan pola makan tidak baik. Karena pankreas tidak dapat membuat cukup insulin untuk mengatasi kekurangan insulin sehingga kadar gula dalam darah akan naik. Beberapa penyebab utama diabetes tipe 2 sebagai berikut (Fauzi,2014)

1) Faktor Keturunan

Apabila orang tua atau saudara sekandung yang mengalami penyakit ini, maka resiko diabetes tipe 2 lebih tinggi.

2) Pola makan dan gaya hidup

Pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat menjadi pemicu utama pancreas memproduksi insulin secara maksimal. Mengonsumsi makanan cepat saji atau *fast food* yang menyajikan makanan berlemak dan tidak sehat merupakan penyebab utama. Kurang olahraga dan istirahat yang tidak mencukupi juga berpengaruh terhadap munculnya penyakit ini

3) Kadar kolesterol tinggi

Kadar kolesterol dalam darah yang tinggi akan menyerap insulin yang diproduksi oleh pankreas. Pada akhirnya, tubuh tidak dapat menyerap insulin ini untuk merubahnya menjadi energi.

4) Obesitas

Obesitas atau kelebihan berat badan disebabkan oleh timbunan lemak yang tidak positif bagi tubuh. Seperti kolesterol, lemak juga akan menyerap produksi insulin pankreas secara habis-habisan sehingga tubuh tidak kebagian insulin untuk diproduksi sebagai energi.

2.1.3.3 Pada Diabetes Tipe Lain

Misalnya disebabkan oleh karena kerusakan pancreas akibat kurang gizi, obat, hormone atau hanya timbul pada saat hamil (Fauzi,2014)

2.1.4 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus Ringan Sampai Berat

Table 2.1 manifestasi klinis pada Diabetes Melitus ringan samapi berat

Keadaanpatologi	Manifestasi klinis
Hiperglikemia dan glikosuri (deuresis osmotik)	Poliuria, polidipsia, gatal pada tubuh, dan vaginitis
Cellular starvation (sel kekurangan bahan bakar)	Polifagia dan kelelahan
Metabolisme karbohidrat,lemak dan protein tidak efisien	Berat badan menurun dan merasa lemah
Hiperosmolar (ada dehidrasi)	Turgor kulit buruk, takikardia, dan hipotensi
Koma ketoasidosis hyperosmolar	Tanda- tanda ketoasidosis atau HHNK

2.1.5 Patofisiologi

Sebagian besar gambaran patologik dari Diabetes Mellitus dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut : berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel – sel tubuh yang mengakibatkan kenaikan konsentrasi glukosa darah setinggi 300 –1200 mg/dl. Peningkatan metabolisme lemak dari daerah penyimpanan lemak yang terjadi metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolesterol pada dinding pembuluh darah akibat dari berkurangnya protein dalam jaringan tubuh. Pasien-pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan (karbohidrat). Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal (konsentrasi glukosa sebesar 160-180 mg/100 ml), akan timbul glukosuri karena tubulus – tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potassium dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urine maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung menjadi polifagia. Akibat yang lain adalah asthenia atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat lelah dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi. Hiperglikemia yang lama dapat menyebabkan arterosklerosis, penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer menyebabkan gangrene

(Price, 2014).

2.1.6 Diagnosa Banding (Ima,2009)

2.1.6.1 Hiperglikemia reaktif

2.1.6.2 Toleransi glukosa terganggu (ITG)

2.1.6.3 Glukosa darah puasa terganggu (GDPT)

2.1.7 Komplikasi

2.1.7.1 Akut

- 1) Koma hipoglikemia
- 2) Ketoasidosis
- 3) Koma hiperosmolar nonketotik

2.1.7.2 Kronik

- 1) Makroangiopati atau mengenai pembuluh darah besar: pembuluh darah jantung, pembuluh darah otak.
- 2) Neuropati diabetic
- 3) Rebtaninfeksi seperti TB paru, gingibitis, dan infeksi saluran kemih
- 4) Mikroangiopati atau mengenai pembuluh darah kecil: retinopati diabetic, nefropati diabetic (Corwin, 2009)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penyaring dapat dilakukan dengan pemeriksaan glukosa darah sewaktu dan kadar glukosa darah puasa, kemudian dapat di ikuti dengan tes toleransi glukosa oral TTGO (SudoyoAru, dkk 2009).

2.1.8.1 Tiga hari sebelum pemeriksaan pasien makan seperti biasa (dengan karbohidrat yang cukup)

2.1.8.2 Berpuasa paling sedikit 8 jam (mulai malam hari) sebelum pemeriksaan, minum air putih tanpa gula tetap diperbolehkan.

2.1.8.3 Periksa konsentrasi gula darah puasa

2.1.8.4 Diberikan glukosa 75 gram (orang dewasa) atau 1,75 gram/kgBB (anak-anak) dilarutkan dalam air 250 mL dan minum dalam waktu 5 menit.

2.1.8.5 Berpuasa kembali sampai pengambilan sampel darah untuk 2 jam setelah minum larutan glukosa selesai.

2.1.8.6 Selama proses pemeriksaan, pasien yang diperiksa tetap istirahat dan tidak merokok

Sebagai patokan, untuk pemeriksaan darah dalam menegakkan diagnosis DM dapat dilihat dalam tabel dari konsensus pengelolaan DM tipe 2 di Indonesia, perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) tahun 2006:

Tabel 2.2 kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dl)(Nurarif & Kusuma, 2015)

1. Gula darah acak	Bukan DM	Bukan pasti DM	DM
-plasma vena	<110	110-199	>200
-Darah kapiler	<90	90-199	>200
2. Gula darapauasa	Bukan DM	Belum pasti DM	DM
-plasma vena	<110	110-125	>126

- Darah kapiler	<90	90-109	>11
-----------------	-----	--------	-----

2.1.9 Pencegahan

Pencegahan merupakan upaya yang sangat baik untuk dillakukan pencegahan untuk penyakit Diabetes Melitus ada tiga jenis atau tahap menurut WHO tahun 1994, antara lain:

2.1.9.1 Pencegahan primer: semua aktivitas yang digunakan untuk pencegahan timbulnya hiperglikemia pada individu yang beresiko untuk jadi diabetes atau pada populasi umum, usaha ini meliputi:

- 1) Menjaga pola makan sehari-hari
- 2) Melakukan olah raga secara teratur
- 3) Tidur yang cukup

2.1.9.2 Pencegahan sekunder Menemukan pengidap DM sedini mungkin, misalnya dengan tes penyaring terutama pada populasi resiko tinggi denga demikian pasien diabetes melitus yang sebelumnya tidak terdiagnosis dapat terjaring hingga dengan demikian dapat dilakukan upaya untuk mencegah komplikasi atau walaupun sudah ada komplikasi masih reversibel.

2.1.9.3 Pencegahan tersier: semua upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan akibat komplikasi itu, usaha ini meliputi:

- 1) Mencegah timbulnya komplikasi

2) Mencegah progresi dari pada komplikasi itu supaya tidak menjadi kegagalan organ

3) Mencegah kecacatan tubuh

(Suyono, Slamet, 2013)

2.1.10 Penatalaksanaan

1) Diet

Penghimpunan Diabetes Amerika dan persatuan dietetic Amerika

merekomendasikan = 50-60 kalori yang berasal dari :

(1) Karbohidrat : 60-70%

(2) Protein : 12-20%

(3) Lemak : 20-30%

Tabel 2.3 Jenis diet Diabetes Melitus (Putra, 2019)

JenisDiet	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)
I	1100	43	30	172
II	1300	45	35	192
III	1500	51,5	36,5	235
IV	1700	55,5	36,5	275
V	1900	60	48	299

VI	2100	62	53	319
VII	2300	73	59	369
VIII	2500	80	62	396

2.1.10 Obat Hipoglikemik Oral (OHO)

1) Sulfonylurea : obat golongan sulfonylurea bekerja dengan cara:

- (1) Menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan.
- (2) Menurunkan ambang sekresi insulin.
- (3) Meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa.

2) Biguanid : menurunkan kadar glukosa darah tapi tidak sampai dibawah normal.

3) Inhibitor α glukosidase : menghambat kerja enzim α glukosidase disaluran cerna; sehingga menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia pasca prandial.

4) Insulin sensitingagent : Thoazahidine diones meningkatkan sensitivitas insulin, sehingga bisa mengatasi masalah resistensi insulin tanpa menyebabkan hipoglikemia, tetapi obat ini belum beredar di Indonesia.

5) Insulin

Indikasi gangguan :

- (1) Diabetes Mellitus dengan berat badan menurun dengan cepat.

- (2) Ketoasidosis asidosis laktat dengan koma hiperosmolar.
- (3) Diabetes Mellitus yang mengalami stressberat (infeksi sistemik, operasi berat dan lain-lain).
- (4) Diabetes Mellitus dengan kehamilan atau gestasional yang tidak terkenali dalam pola makan.
- (5) Diabetes Mellitus tidak berhasil dikelola dengan obat hipoglikemik oral dengan dosis maksimal (kontradiksi dengan obat tersebut) Insulin oral atau suntikan dimulai dari dosis rendah, lalu dinaikan perlahan, sedikit demi sedikit sesuai dengan hasil pemeriksaan gula darah pasien.

2.1.10 Latihan

Latihan dengan cara melawan tahanan dapat menambah laju metabolisme istirahat, dapat menurunkan BB, stress dan menyegarkan tubuh. Latihan menghindari kemungkinan trauma pada ekstremitas bawah dan hindari latihan dalam udara yang sangat panas atau dingin, serta pada saat pengendalian metabolik buruk. Gunakan alas kaki yang tepat dan periksa kaki setiap hari sesudah melakukan latihan.

2.1.10 Pemantauan

Pemantauan kadar gula darah secara mandiri

2.1.10 Terapi (jika diperlukan)

2.1.10 Pendidikan

2.2 Konsep Kaki Diabetikum

2.2.1 Definisi Kaki Diabetikum

Ulkus kaki diabetikum luka yang di alami oleh penderita diabetes melitus pada area kaki dengan kondisi luka mulai dari luka *superficial*, nekrosis kulit, sampai luka dengan ketebalan penuh (*full thickness*), yang dapat meluas ke jaringan lain seperti tendon, tulang dan persendian, jika ulkus dibiarkan tanpa penatalaksanaan yang baik akan mengakibatkan infeksi atau gangrene. Ulkus kaki diabetik disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya kadar glukosa darah yang tinggi dan tidak terkontrol, neuropati perifer atau penyakit arteri perifer. Ulkus kaki diabetik merupakan salah satu komplikasi utama yang paling merugikan dan paling serius dari diabetes melitus, 10% sampai 25% dari pasien diabetes berkembang menjadi ulkus kaki diabetik dalam hidup mereka (Fernando,2014)

2.2.2 Klasifikasi Kaki Diabetikum

Wagner (1983) dikutip oleh (Waspadji S,2009) membagi kerusakan integritas jaringan (diabetic foot) menjadi enam tingkatan, yaitu

2.2.2.1. Derajat 0 : tidak ada lesi terbuka, kulit masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “claw, callus”.

2.2.2.2 Derajat I :ulkus superficial terbatas pada kulit.

2.2.2.3. Derajat II : ulkus dalam menembus tendon dan tulang.

2.2.2.4. Derajat III : abses dalam, dengan atau tanpa osteomeilitis.

2.2.2.5. Derajat IV : gangren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis.

2.2.2.6. Derajat V : gangren seluruh kaki atau sebagian tungkai sedangkan Brand (1986) dan Ward (1987) membagi gangrene kaki menjadi dua golongan :

1) Kaki Diabetik (Diabetic foot) Akibat Iskemik (KDI) Disebabkan penurunan aliran darah ke tungkai akibat adanya makroangiopati (arterosklerosis) dari pembuluh darah besar ditungkai, terutama di daerah, terutama didaerah betis. Gambaran Klinis KDI yaitu penderita mengeluh nyeri waktu istirahat, pada perabaan terasa dingin, pulsasi pembuluh darah kurang kuat, didapatkan ulkus sampai diabetic foot.

2) Kaki Diabetik (Diabetic foot) akibat Neuropati (KDN)

Terjadi kerusakan saraf somatik dan otonomik, tidak ada gangguan dari sirkulasi. Klinis dijumpai kaki yang keringat, hangat, kesemutan, mati rasa, oedema kaki, dengan pulsasi pembuluh darah kaki teraba baik.

2.2.3 Manifestasi Klinis (Brunner & Suddarth, 2013)

Kaki diabetes (diabetic foot) akibat mikroangiopatik disebut juga gangren panas karena walaupun nekrosis, daerah akral itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan, dan biasanya teraba pulsasi arteri dibagian distal. Biasanya terdapat ulkus diabetik pada telapak kaki. Proses mikroangiopati menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli akan memberikan gejala klinis 4 P, yaitu :

- 1) Pain (nyeri)
- 2) Palesness (kepuccatan)
- 3) Parethesia (parestesia dan kesemutan)
- 4) Paralysis (lumpuh)

Bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis:

- 1) Stadium I : asimtomatis atau gejala tidak khas (kesemutan)
- 2) Stadium II : terjadi klaudikasio intermiten
- 3) Stadium III : timbul nyeri saat istirahat
- 4) Stadium IV : terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus)

2.2.4 Etiologi

Faktor – faktor yang berpengaruh atas terjadinya kerusakan integritas jaringan dibagi menjadi faktor eksogen dan endogen.

2.2.4.1. Faktor Endogen : genetic metabolik, angiopati diabetik, neuropati diabetik

2.2.4.2. Faktor eksogen : trauma, infeksi, obat
Faktor utama yang berperan dalam timbulnya ulkus diabetikum angiopati, neuropati, dan infeksi. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya atrofi pada otot kaki sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan ulserasi pada kaki klien. Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit pada tungkainya sesudah ia berjalan pada jarak

tertentu. Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan penurunan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotika sehingga menyebabkan terjadinya luka yang sukar sembuh (Levin, 2008)

2.2.5 Patofisiologi

Terjadinya masalah kaki diawali dengan adanya hiperglikemia pada penyandang Diabetes Mellitus yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati, baik neuropati sensorik maupun motorik dan autonomikakan mengakibatkan berbagai perubahan pada kulit dan otot yang kemudian menyebabkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya ulkus. Adanya kerentanan terhadap infeksi menyebabkan infeksi mudah merebak menjadi infeksi yang luas. Faktor aliran darah yang berkurang akan lebih lanjut menambah rumitnya pengelolaan kaki diabetik (Askandar, 2001 dalam Wijaya, 2013).

2.2.6 Penatalaksanaan

2.2.6.1 Pengobatan

Pengobatan dari gangrene diabetik sangat dipengaruhi oleh derajat dan dalamnya ulkus, apabila dijumpai ulkus yang dalam harus dilakukan pemeriksaan yang seksama untuk menentukan kondisi ulkus dan besar kecilnya debridement yang akan dilakukan. Dari penatalaksanaan perawatan luka diabetik ada beberapa tujuan yang ingin dicapai, antara lain:

- 1) Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab
- 2) Optimalisasi suasana lingkungan luka dalam kondisi lembab

3) Dukungan kondisi klien atau host (nutrisi, control diabetes mellitus dan control faktor penyerta)

4) Meningkatkan edukasi klien dan keluarga

2.2.6.2 Perawatan luka diabetes

1) Mencuci luka

Merupakan hal pokok untuk meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka serta menghindari kemungkinan terjadinya infeksi. Proses pencucian luka bertujuan untuk membuang jaringan nekrosis, cairan luka yang berlebihan, sisa balutan yang digunakan dan sisa Metabolic tubuh pada permukaan luka. Cairan yang terbaik dan teraman an aseptik seperti provine iodine sebaiknya hanya digunakan saat luka terinfeksi atau tubuh pada keadaan penurunan imunitas, yang kemudian dilakukan pembilasan kembali dengan saline (Gitarja, 1999 dalam Wijaya 2013).

2) Debridement

Debridement adalah pembuangan jaringan nekrosis atau slough pada luka. Debridement dilakukan untuk menghindari terjadinya infeksi atau selulitis, karena jaringan nekrosis selalu berhubungan dengan adanya peningkatan jumlah bakteri. Setelah debridement, jumlah bakteri akan menurun dengan sendirinya yang diikuti dengan kemampuan tubuh akan membuang sendiri jaringan nekrosis atau slough yang menempel pada luka (peristiwa autolysis). Autolysis adalah peristiwa pecahnya atau rusaknya jaringan nekrotik oleh leukosit dan enzim lyzomatik. Debridement dengan sistem autolysis dengan menggunakan occlusive dressing

merupakan cara teraman dilakukan pada klien dengan luka diabetik. Terutama untuk menghindari resiko infeksi (Gitarja, 1999 dalamWijaya, 2013).

3) Terapi antibiotika

Pemberian antibiotik biasanya diberi peroral yang bersifat menghambat kuman gram positif dengan gram negatif. Apabila tidak dijumpai perbaikan pada luka tersebut, maka terapi antibiotic dapat diberikan perparenteral yang dengan kepekaan kuman (Sutjahyo, 1998 dalam Wijaya 2013).

4) Nutrisi

Faktor nutrisi merupakan salah satu faktor penting yang berperan dalam penyembuhan luka. Penderita dengan gangrene diabetik biasanya diberikan diet B1 dengan nilai gizi : yaitu 60% kalori karbohidrat, 20% kalori lemak, 20% kalori protein (Tjokprawiro, 2001 dalam Wijaya, 2013).

5) Pemilihan jenis balutan

Tujuan pemilihan jenis balutan adalah memilih jenis balutan yang dapat mempertahankan suasana lingkungan luka dalam keadaan lembab, mempercepat proses penyembuhan hingga 50%, absorbs eksudat/cairan luka yang keluar berlebihan, membuang jaringan nekrosis/slough (support autolysis), control terhadap infeksi/ menghindar dari kontaminasi, nyaman digunakan dan menurunkan rasa sakit saat mengganti balutan dan menurunkan jumlah biaya dan waktuperawatan (cost effective). Jenis balutan: absorbent dressing, hydroactive gel, hydrocoloi (Gitarja, 1999 dalamWijaya2013).

2.2.7 Dampak Masalah

2.2.7.1 Dampak ekonomi

Kondisi ini diperparah dengan beban keluarga dalam merawat penderita serta biaya pengobatan yang besar. Apalagi, jika diabetes telah memberi dampak yg serius pada organ tubuh termasuk organ-organ vital. (Agus,2016)

2.2.7.2 Dampak Sosiologi

Klien akan kehilangan perasaanya dalam keluarga dan dalam masyarakat larena harus mengalami perawatan yang waktunya tidak sebenyar dan juga perasaan akan ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan sehari-hari dan dapat menyebabkan harga diri rendah (Agus,2016)

2.2.7.3 Dampak Psikologi

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakitnya (Agus,2016)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

2.3.1.1 Pengumpulan data

- 1) Usia (Diabetes melitus tipe-1 usia <30 tahun, diabetes melitus tipe-2 usia >30 tahun, cenderung meningkat pada usia >65 tahun). Jenis kelamin sebagian besar dijumpai pada perempuan dibanding laki-laki karena faktor resiko terjadi diabetes melitus pada perempuan

3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki 2-3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan (Putra, 2019).

2) Keluhan utama

Biasanya pada klien ditandai dengan polidipsia, poliuria, polifagia, dan penurunan BB sel drastis atau peningkatan BB.

3) Riwayat penyakit sekarang

Perlu ditanyakan kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengatasinya

4) Riwayat kesehatan dahulu

Perlu ditanyakan apakah pasien sebelumnya pernah menderita diabetes melitus atau penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin seperti penyakit pancreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan

5) Riwayat penyakit keluarga

Perlu ditanyakan apakah didalam satu keluarga pernah ada yang menderita penyakit diabetes melitus. Penyakit diabetes melitus kalau keturunan dari ibu sebanyak 50% dari ayah 30%, sedangkan keturunan penyakit diabetes melitus dari kedua orangtua maka sang anak akan mengidap penyakit diabetes melitus sebanyak 80% (Putra, 2019).

6) Kebiasaan Yang Mempengaruhi Kesehatan

Ada beberapa kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan, diantaranya : Makan terlalu banyak karbohidrat dari nasi dan roti bisa menyebabkan penyimpanan dalam bentuk gula dalam darah (glikogen), banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung gula contohnya sirup, minuman dalam kemasan, permen, dan lain sebagainya, merokok dan minuman beralkohol dapat merusak pancreas dimana hormon insulin diproduksi sehingga dapat mengganggu produksi insulin didalam kelenjar pancreas, kurangnya aktifitas fisik mengakibatkan terjadinya penumpukan lemak didalam tubuh yang lambat laun berat badan menjadi berlebih (Putra, 2019).

7) Pemeriksaan fisik

(1) Sistem Pernafasan

Adanya sesak nafas, nyeri dada, penderita Diabetes Mellitus mudah terjadi infeksi. Bentuk dada normal chest simetris/tidak kanan dan kiri.

Inspeksi : pada paru – paru didapatkan data tulangiga simetris/tidak kanan dan kiri, payudara normal/tidak, Rr normal atau tidak, pola nafas regular/tidak, bunyi vesikuler/tidak, ada/tidak sesak nafas.

Palpasi : Vocal fremitus anteria kanan dan kiri simetris/tidak, ada/tidak nyeri tekan. Vocal fremitus posteriorkanan = kiri, gerak pernafasan kanan = kiri simetris/tidak.

Auskultasi : suara vesikuler/tidak, ada/tidak rokhimaupun wheezing.

Perkusi : suara paru – paru sonor/tidak pada parukanan dan kiri.

(2) Sistem Kardiovaskuler

Adanya riwayat hipertensi, klaudikasi, kabas, kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki yang penyembuhannya lama, takikardi/bradikardi, perubahan tekanan darah. Jantung

Inspeksi: lokasi lotus di gic midclavikula dan denyut jantung nampak/tidak.

Palpasi : teraba denyut jantung dengan gerakan.

Perkusi : di sic 5 mid axial dari laterat ke media bunyinya sonor/tidak sampai dengan sternum 2 jari ke sternum peka.

Auskultasi : s1 = s2 murni regular, bunyi jantung normal,tidak ada mur – mur dan gallop.

(3)Sistem Neurologi

Terjadi penurunan sensori, parathesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi.

(4)Sistem Perkemihan

Poliuri, retensi urin, inkontinensia urin, rasa panas atau rasa sakit saat berkemih.

(5) Sistem Pencernaan

Terdapat polifagia, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen, obesitas.

(6) Sistem Integumen

Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah ulkus dan gangren, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

(7) Sistem Muskuloskeletal

Penderita dengan Diabetes Mellitus akan mengalami penurunan gerak karena kelemahan fisik, kram otot, dan penurunan otot tonus yang didapatkan pada pengkajian terjadi penurunan skor kekuatan otot pada ekstermitas. Range Of Motion (ROM) dari rentang persendian juga mengalami penurunan derajat sudutnya. Penderita juga dapat jatuh karena penurunan glukosa pada otak akan berakibat penurunan kerja pusat keseimbangan. Pemeriksaan dilakukan pada bagian ekstermitas atas : simetris/tidak, ada/tidakodema atau lesi, ada/tidak nyeri tekan, ekstermitas bawah : kaki kanan dan kaki kiri simetris ada /tidak kelainan. Ada atau tidak luka. Observasi kulit dan jaringan terhadap adanya perubahan warna, pembengkakan, massa, maupun deformitas. Catat ukuran dan bentuk dari persendian. Pembengkakan yang terjadi dapat dikarenakan adanya cairan yang berlebih pada persendian,

penebalan lapisan sinovial, inflamasi dari jaringan lunak maupun pembesaran tulang.

(8) Sistem Endokrin

Mungkin ada ganggren, lokasi ganggren, kedalaman, bentuk, ada pus, bau. Adanya polifagi, polidipsi dan poliuri(Putra, 2019).

2.3.1.3 Analisa Data

Data yang sudah terkumpul selanjutnya dikelompokkan dan dilakukan analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokkan data dibedakan atas data subyektif dan data obyektif.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut Nur ArifdanKusuma (2015)

2.3.2.1 Nyeri Akut berhubungan dengan iskemik jaringan

2.3.2.2 Kerusakan jaringan berhubungan dengan nekrosis

Kerusakan jaringan (Nekrosis luka gangrene)

2.3.2.3 Resiko infeksi iberhubungan dengan kerusakan integritas kulit

2.3.2.4 ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah perifer, proses penyakit (DM)

2.3.2.5 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka

2.3.2.6 Gangguan Citra Tubuh berhubungan demgan kehilangan bagian tubuh

2.3.2.7 Harga Diri Rendah berhubungan dengan bau luka gangrene

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Table 2.4 Nyeri Akut berhubungan dengan iskemik jaringan

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang</p> <p>KH</p> <p>1.secara verbal mengatakan nyeri berkurang atau hilang,</p> <p>2.pasien tidak menyeringai</p> <p>3.skala nyeri berkurang 1-3</p> <p>4.pasien dapat tidur dengan tenang, tidak gelisah</p> <p>5.Pasien dapat beraktifitas</p> <p>6.tanda-tanda vital normal (tekanan darah normal sistol 90-129 diastole 60-89, nadi 60-100x/menit, RR 12-20x/menit)</p>	<p>1.Observasi lokasi, tingkat, frekuensi, ekspresi dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien</p> <p>2.Monitor tanda-tanda vital</p> <p>3.Observasi skala nyeri</p> <p>4.Ajarkan teknik relaksasi</p> <p>5.Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic</p>	<p>1.Untuk mengetahui kondisi, tingkat rasa nyeri adakah gangguan nyeri yang dialami pasien</p> <p>2.untuk mengetahui kondisi klien</p> <p>3.untuk mengetahui skala nyeri</p> <p>4.teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri yang dirasakan dan membuat pasien lebih tenang</p> <p>5. untuk proses penyembuhan pasien dengan pemberian analgesic dapat mengurangi rasa nyeri</p>

Table 2.5 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis
kerusakan jaringan (nekrosis luka gangrene)

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kerusakan integritas jaringan teratasi dalam waktu 2×24 jam.</p> <p>KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi jaringan normal (CRT <3 detik, warna kulit tidak pucat) 2. Tidak ada tanda tandainfeksi(tidak ada pus, lukamulai terdapat granulasi, tidak timbul pembengkakan, kemerahan disekitar luka) 3. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera 4. Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Observasi luka (lokasi, kedalaman, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal) 2.Jaga kulit pasien agar tetap bersih dan kering 3.Monitor aktivitas dan mobilisasi fisik 4.Monitor status nutrisi pasien 5.Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada daerah luka 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Untuk mengetahui seberapa parah luka 2.Agar tidak lembab dan terjadi infeksi 3.Untuk mencegah dikubitus 4.Untuk membantu proses penyembuhan luka 5.Untuk mencegah penekanan pada daerah luka

Table 2.6 Resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit (diabetes melitus)

Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat terhindar dari resiko infeksi</p> <p>KH</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi(tidak ada pus, luka mulai terdapat granulasi, tidak timbul pembengkakan, kemerahan disekitar luka), 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 3. Menunjukkan perilaku hidup sehat 4. Leukosit normal (4500-10000 sel/mm) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Instruksikan pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung 3. Berikan penjelasan kepada klien dan keluarga mengenai tanda dan gejala dari infeksi 4. Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci tangan 5. Kolaborasi pemberian antibiotic 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meminimalkan resiko infeksi 2. Meminimalkan patogen yang ada di sekeliling pasien 3. Memandirikan pasien dan keluarga 4. Mengurangi mikroba bakteri yang menyebabkan infeksi 5. Untuk mencegah timbulnya infeksi

Table 2.7 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah kapiler, proses penyakit (diabetes melitus)

Tujuan/kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ketidakefektifan jaringan dapat teratasi</p> <p>KH:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah dalam rentang normal 130/90 mmhg 2. Tidak ada ortostatikhipertensi 3. Nadi normal (60-100×/menit) 4. CRT normal kurang dari 3 detik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas, dingin, dan tajam 2. Intruksikan keluarga untuk mengobservasikan kulit jika ada laserasi 3. Gunakan sarung tangan untuk proteksi 4. Monitor adanaya tromboplebitis 5. Kolaborasi pemberian analgetik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui daerah mana yang peka terhadap rangsangan 2. Untuk mengetahui daerah mana saja terjadinya laserasi 3. Untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Untuk mengetahui ada tidaknya tanda infeksi 5. Untuk mengurangi rasa nyeri

Tabel 2.8 Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri pada luka

Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Setelah dilakukan tindakan 2×24 jam diharapkan dapat mencapai kemampuan aktifitas yang optimal</p> <p>KH:</p> <p>1.pergerakan pasien meluas</p> <p>2. Dapat melakukan aktifitas sesuai dengan kemampuan (duduk, berdiri, berjalan)</p> <p>3. Rasa nyeri berkurang, dapat memenuhi kebutuhan sendiri secara bertahap sesuai dengan kemampuan</p>	<p>1.Kajidan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien</p> <p>2.Anjurkan pasien untuk menggerakkan atau mengangkat ekstermitas bawah sesuai kemampuan</p> <p>3.Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya</p> <p>4.Kolaborasi pemberian analgesic dan tenaga fisioterapi</p>	<p>1.untuk mengetahui derajat kekuatan otot-otot kaki pasien</p> <p>2. Untuk melatih otot-ototkaki sehingga berfungsi dengan baik</p> <p>3.hambatan mobilitas fisik cenderung membuat pasien kesulitan dalam memenuhi kebutuhannya sehingga harus diberikan bantuan</p> <p>4. mengurangi rasa nyeri dan melatih melakukan aktifitas secara bertahap dan benar</p>

Tabel 2.9 Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh

Tujuan/ kriteriahasil	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dirumah sakit diharapkan citra tubuh pasien tidak terganggu KH 1. pasien dapat meningkatkan body image dan harga dirinya 2. Pasien dapat berperan serta aktif selama rehabilitasi dan self-care 3. mampu beradaptasi 4. pasien menyatakan penerimaan pada situasi diri mengenai perubahan konsep diri yang akut	1.Dorong ekspresi ketakutan, perasaan negative dan kehilangan bagian tubuh 2.Kaji derajat dukungan yang ada untuk pasien 3.Dorong partisipasi dalam kehidupan sehari-hari 4.Berikan kunjungan oleh orang yang telah diamputasi, khususnya seseorang yang berhasil dalam rehabilitasi 5.Diskusikan persepsi pasien tentang diri dan hubungannya dengan perubahan dan bagaimana pasien dalam melihat dirinya	1.Agar membantu pasien mulai menerima kenyataan dan realitas hidup 2.Dukungan yang cukup dari orang terdekat dan teman dapat membantu proses rehabilitasi 3.untuk meningkatkan kemandirian dan meningkatkan perasaan harga dirinya 4. memberikan harapan untuk pemulihan dan masa depan normal 5. membantu mengartikan masalah sehubungan dengan pola hidup sebelumnya dan membantu pemecahan

	dalam pola atau peran fungsi yang biasanya	masalah
--	--	---------

Tabel 2.10 Harga Diri Rendah berhubungan dengan bau luka gangrene

Tujuan/Kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan pasien tidak terjadi infeksi</p> <p>KH:</p> <p>1.Pasien tidak merasa malu</p> <p>2.Pasien dapat bersosialisasi dengan lingkungan</p>	<p>1.Bantu pasien untuk mengurangi tahapan ansietas yang ada</p> <p>2.Beri motivasi untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar</p> <p>3.Bantu pasien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan</p> <p>4.Diskusikan dengan keluarga untuk tetap memberi dukungan</p>	<p>1. untuk mengurangi resiko terjadinya ansietas dan melatih untuk tetap tenang</p> <p>2.agar pasien tidak menutup diri atau menarik diri</p> <p>3.Untuk memberikan dukungan pada pasien dan dapat membuat pasien lebih terbuka dengan petugas</p> <p>4. dukungan dari keluarga sangatlah penting dan juga dapat mempengaruhi kesehatan pasien</p>

	5. Anjurkan pada keluarga agar tidak membeirikan pasien mengisolasi diri	5. agar pasien tidak mengalami gangguan dalam berkomunikasi
--	--	---

2.3.4 Implementasi

Implementasi merupakan proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai tahap strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam implementasi terdapat dua tindakan yaitu tindakan mandiri perawat dan tindakan kolaborasi.

Dalam menyelesaikan diagnose nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan, penumpukan eksudat perawat mengobservasi lokasi, tingkat, frekuensi ekspresi dan reaksi nyeri yang dialami pasien, memonitor tanda-tanda vital, mengobservasi skala nyeri, mengajarkan tehnik relaksasi dan berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian analgesic.

Dalam menyelesaikan diagnose kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan gangrene perawat mengobservasi CRT dan warna kulit, memonitor kulit akan adanya pus, granulasi, pembengkakan dan kemerahan disekitar luka, menjaga kebersihan kulit agar tetap kering, nebgoleskan lotion atau minyak atau baby oil pada daerah yang tertekan, mempertahankan linen kering dan

melakukan prosedur rawat luka aseptik dan memobilisasi pasien setiap dua jam sekali.

Dalam menyelesaikan diagnose resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit perawat mengobservasi tanda-tanda vital dalam batas normal (terutama suhu), mengajarkan pasien untuk menjaga kebersihan, mempertahankan teknik aseptik pada prosedur invasive, dan berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian antibiotic.

Dalam menyelesaikan diagnose ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan menurunnya suplai oksigen ke jaringan perifer dan peningkatan kekentalan darah perawat mengobservasi tanda-tanda vital terutama nadi, mengobservasi CRT, memonitor daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas, dingin, tajam dan tumpul, menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada laserasi dan berkolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian analgesic.

Dalam menyelesaikan diagnose hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan rasa nyeri pada luka perawat mengkaji dan mengidentifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, menganjurkan pasien untuk menggerakkan atau mengangkat ekstermitas bawah sesuai kemampuan, membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya, dan berkolaborasi pemberian analgesic dan terapi fisioterapi.

Dalam menyelesaikan diagnose gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh perawat mendorong ekspresi ketakutan, perasaan negative dan kehilangan bagian

tubuh, mengkaji derajat dukungna yang ada untuk pasien, mendorong partisipasi dalam kehidupan sehari-hari, memberikan kunjungan oleh orang yang telah diamputasi khususnya seseorang yang telah berhasil dalam rehabilitasi dan mendiskusikan persepsi pasien tentang diri dan hubungannya dengan perubahan dan bagaimana pasien dalam melihat dirinya dalam pola atau peran fungsi yang biasanya.

Dalam menyelesaikan diagnose harga diri rendah berhubungan dengan bau luka gangrene perawat membantu pasien untuk mengurangi tahapan ansietas, memberikan motivasi untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, membantu pasien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan, mendiskusikan dengan keluarga untuk tetap memberi dukungan dan menganjurkan pada keluarga agar tidak membiarkan pasien mengisolasi diri.

2.3.5 Evaluasi

Pada diagnose nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan, penumpukan eksudat setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil secara verbal mengatakan nyeri berkurang atau hilang, pasien tidak menyeringai, skala nyeri berkurang 1-3, pasien dapat tidur dengan tenang, tidak gelisah, pasien dapat beraktifitas, tanda-tanda vital normal (sistol 90-129 diastol 60-89, nadi 60-100x/menit, RR 16-20x/menit).

Pada diagnose kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan gangrene, setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 2x24jam diharapkan pasien tidak mengalami kerusakan integritas jaringan dengan kriteri hasil perfusi jaringan normal (CRT kurang dari 3 detik, warna kulit tidak pucat), tidak ada tanda-tanda infeksi (tidak ada pus, terdapat granulasi, tidak timbul pembengkakan dan kemerahan disekitar luka), ketebalan dan tekstur jaringan normal.

Pada diagnose resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan pasien tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil tidak ada pus pada luka, tidak ada tanda-tanda infeksi (tidak ada pus, terdapat granulasi, tidak timbul pembengkakan dan kemerahan disekitar luka), jaringan yang terluka membaik, leukosit normal (4500-10000 sel/mm)

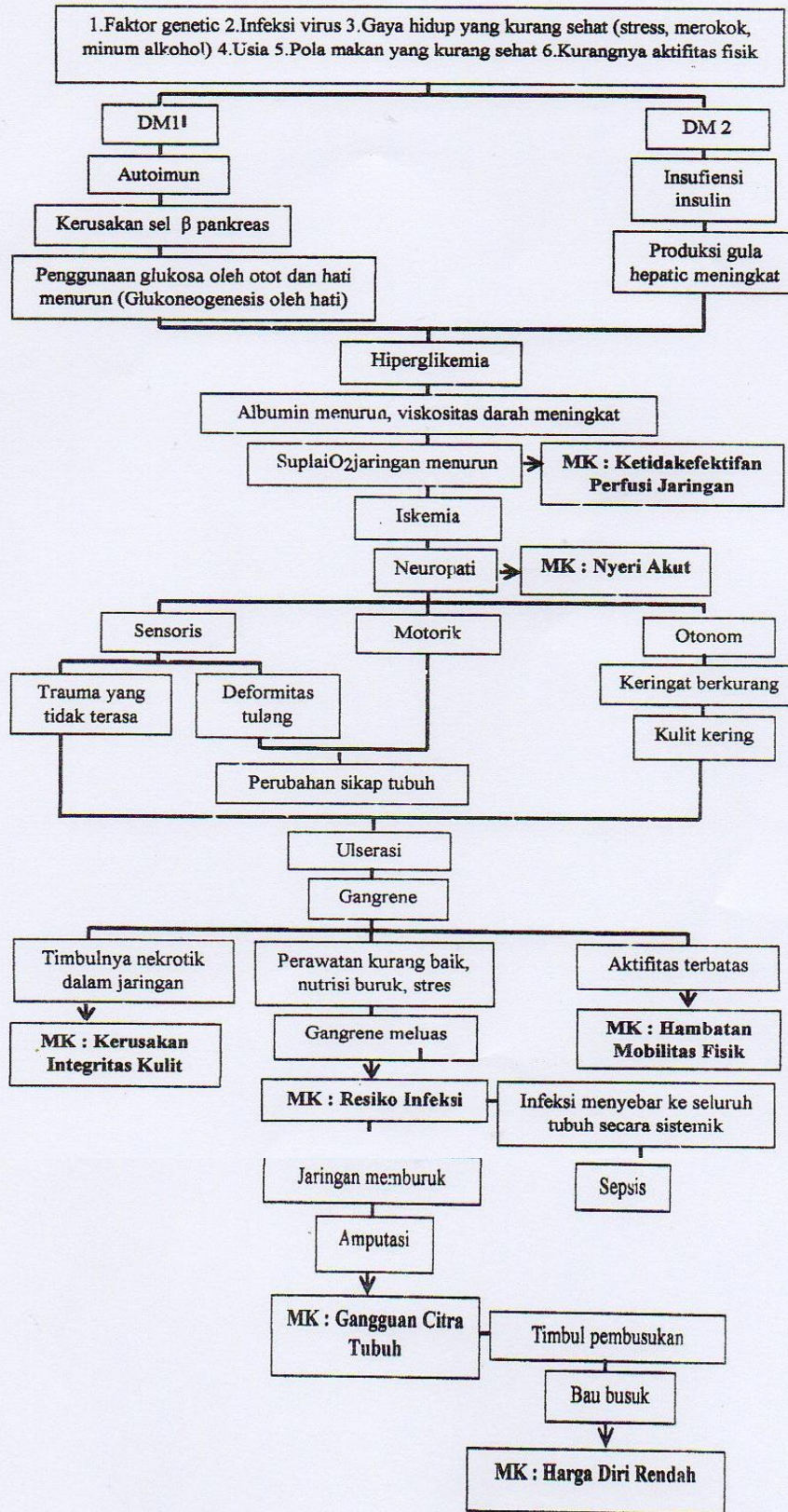
Pada diagnose ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan menurunnya suplai oksigen ke jaringan perifer dan peningkatan kekentalan darah, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan pasien tidak mengalami gangguan perfusi jaringan dengan kriteria hasil tanda-tanda vital normal terutama nadi, CRT kurang dari 3 detik, dan sensitivitas normal.

Pada diagnose hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan rasa nyeri pada luka, setelah dilakukan tindakan 2x24jam diharapkan dapat mencapai kemampuan aktifitas yang optimal dengan kriteria hasil pergerakan pasien meluas, dapat melakukan aktifitas sesuai dengan kemampuan (duduk, berdiri, berjalan), rasa nyeri berkurang, dapat memenuhi kebutuhan sendiri secara bertahap sesuai dengan kemampuan.

Pada diagnose gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dirumah sakit diharapkan citra tubuh pasien tidak terganggu dengan kriteria hasil pasien dapat meningkatkan body image dan harga dirinya, pasien dapat berperan serta aktif selama rehabilitasi dan self-care, pasien mampu beradaptasi, pasien menyatakan penerimaan pada situasi diri mengenai perubahan konsep diri yang akut.

Pada diagnose harga diri rendah berhubungan dengan bau luka gangrene, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dirumah sakit diharapkan pasien dapat percaya diri dengan kriteria hasil pasien tidak merasa malu dan dapat bersosialisasi dengan lingkungan.

2.4 Pathway



Gambar 2.1 Pathway pada pasien Diabetes Mellitus Gangrene (Anisa, 2017)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Data diambil pada tanggal 28 Januari 2020 pukul 19.00 WIB ny. N MRS pada tanggal 28 Januari 2020. Ny. N dirawat diruang Melati kelas III dengan nomor rekam medic 4152xx dengan diagnose medis *Diabetes Melitus Gangrene*.

3.1.1 Identitas Klien

Pasien bernama Ny. N, berjenis kelamin perempuan sebagai IRT berusia 31 tahun beragama Islam, dan bertempat tinggal di desa Kalirejo, Krayon, Pasuruan.

3.1.2 Identitas Penanggung Jawab

Suami pasien bernama Tn.N (L) berusia 34 tahun, beragama Islam, bekerja sebagai nelayan

3.1.3 Riwayat Keperawatan

3.1.3.1 Riwayat Keperawatan Sekarang

- 1). Keluhan utama: Pasien mengatakan nyeri
- 2). Riwayat penyakit saat ini: pasien datang ke rumah sakit pada tgl 28-01-2020 dengan keluhan luka pada tumit kaki kiri, pasien mengatakan awalnya luka terjadi akibat terkena tusukan paku pada tanggal 07-01-

2020, luka bertambah lebar dan bernanah sejak tanggal 14-01-2020 pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri pada tumit

P:luka Q:cekot-cekot R: kaki kiri S: skala 7 T: hilang timbul

Masalah keperawatan : Nyeri akut

3.1.3.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

- 1) Penyakit yang pernah diderita: Pasien mengatakan menderita diabetes mellitus kurang lebih semenjak 3 bulan lalu atau pada bulan November
- 2) Operasi: pasien mengatakan tidak ada riwayat operasi yang pernah dialami
- 3) Alergi: pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi terhadap makanan dan obat.

3.1.3.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

- 1) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga: pasien mengatakan ibu pasien menderita diabetes mellitus
- 2) Lingkungan rumah dan komunitas: pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih dan ventilasi baik
- 3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan: pasien mengatakan memilah-milah makanan semenjak mengetahui menderita diabetes mellitus

3.1.3.4 Persepsi dan Pengetahuan tentang penyakit dan pelaksanaannya

Pasien mengatakan tahu tentang penyakit Diabetes Melitus dan mengatakan bahwa penyakit DM harus menghindari makanan yang manis-manis.

3.1.3.5 Status Cairan dan Nutrisi

Tabel 3.1 Tabel status cairan dan nutrisi

Status Cairan dan Nutrisi	Sebelum Sakit	Sesudah sakit
Nafsu makan	Baik	Menurun
Pola makan	3x1 porsi habis	1/3 porsi habis
Minum: jenis:	Air putih	Air putih
Jumlah:	2000 cc	1000
Pantangan makan	Makanan manis	Makanan manis
Menu makan	Nasi, lauk, sayur	Bubur halus
Berat badan	Keluarga pasien mengatakan BB pasien sebelum sakit 50 kg	Keluarga pasien mengatakan BB pasien saat sakit 48 kg

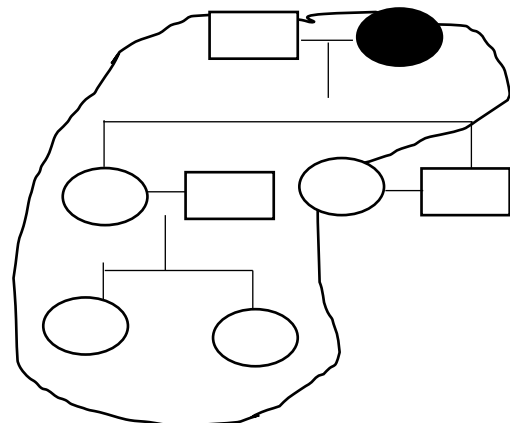
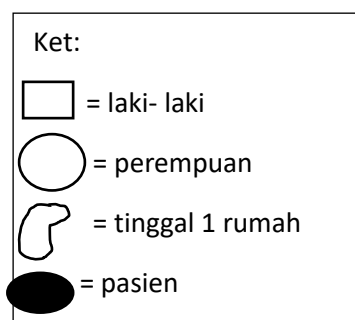
- 1) Keluhan lain: keluarga pasien mengatakan bb pasien menurun 2 kg dalam 6 minggu karena pasien semenjak sakit pola makan menjadi 2x sehari dan makan hanya sepertiga porsi.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.3.6

Genogram

Gambar 3.1 Genogram



3.1.3.7 Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum: lemah

2) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah 100/60 mmHg, suhu 36,6°C (lokasi pengukuran: temporal), nadi 88x/menit (lokasi perhitungan: radialis), dan RR 18x/menit.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3) Respirasi B1

Inspeksi : bentuk dada simetris, susunan ruas tulang belakang normal, irama nafas tidak teratur, retraksi otot bantu nafas (-), alat bantu nafas(-), nyeri dada (-), batuk (-), sputum (-).

Palpasi: vocal fremitus sama antara kanan dan kiri

Perkusi: terdengar suara sonor

Auskultasi: suara nafas tambahan:(-)

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

4) Kardiovaskuler B2

Inspeksi: nyeri dada (-), sianosis (-), clubbing finger (-), JVP (-)

Palpasi: ictus cordis tidak teraba, CRT <3 detik, nyeri tekan (-)

Perkusi: terdengar suara redup/pekak, letak jantung masih dalam batas normal di ICS II sternalis dextra sinistra sampai dengan ICS V midclavicula sinistra

Auskultasi: suara jantung S1 S2 tunggal

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

5) Persyarafan B3

Inspeksi: kesadaran delirium, orientasi tidak terkaji, kejang (-), kaku kuduk(-), brudzinsky (-), nyeri kepala (-), pusing (-), kelainan nervous cranialis (-).

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

6) Genitourinaria B4

Inspeksi: pasien berkemih ke kamar mandi, jumlahnya 1500 cc/24 jam, urine berwarna kuning, berbau khas.

Palpasi: nyeri tekan pada simfisis pubis (-)

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

7) Pencernaan B5

Inspeksi: mulut simetris, mukosa bibir kering, kesulitan menelan (-), pembesaran tonsil (-), BAB 2x sehari, konsistensi lembek, warna kuning, bau khas, tempat yang digunakan wc.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada abdomen

Perkusi: terdengar suara timpani

Auskultasi: bising usus terdengar 15x/menit

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

8) Musculoskeletal dan Integument B6

Inspeksi: oedema (+) kaki sebelah kiri, pitting oedema (-), kemampuan pergerakan sendi terbatas, ADL parsial: makan dan mandi dibantu oleh keluarga.

Palpasi: CRT < 3 detik, turgor kulit < 3 detik, akral hangat, kekuatan

otot 5.5.5.3

Masalah keperawatan: Hambatan mobilitas fisik

9) Penginderaan B7

Mata: konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik, palpebra tidak bengkak, strabismus tidak ada, ketajaman penglihatan normal, tidak ada alat bantu penglihatan

Hidung: normal, mukosa lembab, sekret tidak ada, ketajaman penciuman normal

Telinga: bentuk simetris, ketajaman pendengaran normal, tidak ada alat bantu dengar

Peraba: Normal

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

10) Endokrin B8

Inspeksi: gangrene (+), pus (+), bau (-), slough (+), granulasi (+), edema (+), kulit sekitar luka kemerahan dan terasa panas, kedalaman luka 0,5 cm, luas luka 3×5 cm, tidak ada rongga di bawah jaringan

Palpasi: pembesaran kelenjar tyroid (-), pembesaran kelenjar parotis (-)

Masalah keperawatan: kerusakan integritas jaringan

3.1.3.8 Data Psikososial

1) Gambaran Citra Diri:

Keluarga pasien mengatakan pasien sangat senang dan sangat bangga pada tubuhnya dan bila pasien kehilangan anggota tubuhnya pasien akan sedih. Pasien mengatakan tidak merasa sedih dengan lukanya selagi keluarga menerima pasien dengan baik.

2) Identitas

Keluarga pasien mengatakan status pasien adalah ibu dan nenek, keluarga pasien mengatakan puas menjadi seorang ibu dan nenek, dan merasa puas dengan jenis kelaminnya.

3) Peran

Keluarga pasien mengatakan pasien cepat sembuh dan dapat menjalankan perannya sebagai seorang ibu dan nenek.

4) Ideal diri

Keluarga pasien mengatakan berharap pasien bisa cepat sembuh dan dapat beraktivitas seperti biasanya, keluarga pasien mengatakan pasien berharap keluarganya selalu harmonis, dan berharap masyarakat mau menerima keberadaannya, untuk tenaga kesehatan pasien berharap mendapat pelayanan yang baik

5) Harga diri

Keluarga pasien mengatakan pasien sangat menjunjung tinggi harga dirinya.

6) Data social

Keluarga pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarga dan pasien lain sangat baik, pasien mendapatkan dukungan yang tulus dari keluarga, pasien dapat berinteraksi dengan baik

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

3.1.3.9 Data spiritual

Keluarga pasien mengatakan pasien percaya adanya Allah SWT, sumber kekuatan pasien adalah keluarga, ibadah yang mampu

dilakukan secara mandiri adalah berdoa, keluarga pasien yakin sembuh dan menganggap bahwa sakit adalah sebuah ujian. Selama dirumah sakit pasien tidak pernah sholat.

Masalah keperawatan: tidak ada masalah keperawatan

3.1.3.10 Data penunjang

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium (28-01-2020)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
➤ Darah lengkap		
1. Leukosit (WBC)	23,54	4,5 - 11 x10 ³ /μL
2. Neutrophil	20,6	1,5 – 8,5 x10 ³ /μL
3. Limfosit	1,25	1,1 – 5,0 x10 ³ /μL
4. Monosit	1,6	0,4 – 0,66 x10 ³ /μL
5. Eosinophil	0,021	0 – 0,38 x10 ³ /μL
6. Basophil	0,08	0 – 0,1 x10 ³ /μL
7. Neutrophil %	87,5	35 – 66 %
8. Limfosit %	5,3	24 – 44 %
9. Monosit %	6,8	3 – 6 %
10. Eosinophil %	0,1	0 – 3 %
11. Basophil %	0,3	0 – 1 %
12. Eritrosit (RBC)	3,460	4 – 5,2
13. Haemoglobin	10,36	12 – 16 g/dl
14. Haematocrit	31,1	33 – 51 %
15. MCV	89,81	80 – 100 fl

16. MCH	29,93	26 – 34 pg
17. MCHC	33,32	32 – 36 %
18. RDW	11,85	11,5 – 13,1 %
19. PLT	422	150 – 450 x10 ³ /μL
20. MPV	7,573	6,90 – 10,6 %
➤ Urin lengkap		
1. Glukosa	Positive 4	Negative
2. Bilirubin	Negative	Negative
3. Keton	Positive 1	Negative
4. Berat jenis	1,015	1000
5. Darah	Negative	Negative
6. pH	6,0	5
7. Protein	Negative	Negative
8. Urobilinogen	Negative	<= 0,2
9. Nitrit	Negative	Negative
10. Leukosit	Negative	
➤ Sedimen Urin		
1. Eritrosit	36,4	< 30,7
2. Lekosit	9,8	< 39,0
3. Epitel	11,8	< 45,6
4. Warna	Kuning	
5. Silinder	0,85	<2,40
6. Bakteri	92,2	< 385,8
➤ Elektrolit		

1. Natrium (Na)	137,90	135 – 147 mmol/L
2. Kalium (K)	4,64	3,5 – 5 mmol/L
3. Klorida (Cl)	102,80	95 – 105 mmol/L
4. Kalsium ion	1,20	1,16 – 1,32 mmol/L
Ginjal		
1. BUN	14	7,6-20,23
2. Kreatinin	0,486	0,5-1,0

Terapi (28-01-2020)

Terapi	Dosis	Kegunaan
Infus NS	1500 CC/ 24 jam	Untuk mengatur jumlah air dalam tubuh
Injeksi santagesik	3×1 g	Untuk mengatasi nyeri akut
Injeksi metrodinazole	3× 50 mg	Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri dan parasit
Injeksi vicilin	1×1,5 mg	Antibiotik untuk mengobati infeksi akibat bakteri
Injeksi prosogan	1×30 mg	Untuk mengatasi masalah lambung
Injeksi lansoprazole		Untuk menurunkan produksi asam berlebih pada lambung
Injeksi lantus	0-14 iu	Untuk mengontrol gula darah pada pasien

		DM
Injeksi apidra	3×6 iu	Menurunkan gula dalam darah

3.2 Diagnosa Keperawatan

Tanggal 28 Januari 2020 dengan Ny. N umur 31 tahun no

RM:4152××

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS: pasien mengatakan nyeri</p> <p>P: luka pada tumit kiri</p> <p>Q: luka cekot-cekot</p> <p>R: kaki kiri S: Skala 7</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>DO:</p> <p>1. TTV:</p> <p>TD : 100/60 mmhg</p> <p>RR: 18×/menit</p> <p>N:84 ×/menit</p> <p>S: 36,6^oc</p> <p>2. Adanya Luka pada tumit kemerahan, ada edema, ada pus, kulit</p>	<p>Suplai O2 jejarangan menurun</p> <p>↓</p> <p>Iskemia</p> <p>↓</p> <p>Neuropati</p>	Nyeri akut

	<p>sekitar luka terasa panas, ada granulasi, ada slough, kedalaman lebih kurang 0,5 cm.</p> <p>3. Wajah px tampak menyeringai</p>		
2	<p>DS: pasien mengatakan ada luka</p> <p>DO:</p> <p>1. Luka pada tumit kiri diameter 3×5 cm</p> <p>2. Kulit sekitar luka kemerahan, ada edema, ada pus, kulit sekitar luka terasa panas, ada granulasi, ada slough, kedalaman lebih kurang 0,5 cm.</p>	<p>Ulserasi</p> <p>↓</p> <p>Gangrene</p> <p>↓</p> <p>Timbulnya nekrotik dalam jaringan</p>	<p>Kerusakan integritas jaringan</p>
	<p>DS: pasien mengatakan aktivitas dibantu</p> <p>DO: kekuatan otot menurun, pasien ke kamar mandi dibantu oleh keluarga, ada lukai tumit</p>	<p>Ulserasi</p> <p>↓</p> <p>Gangrene</p> <p>↓</p> <p>Aktivitas terbatas</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>

	<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table>	5	5	5	3		
5	5						
5	3						

3.2.1 Daftar Masalah Keperawatan

1. Nyeri akut
2. Kerusakan integritas jaringan
3. Hambatan mobilitas fisik

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d Neuropati
2. Kerusakan integritas jaringan b.d timbulnya nekrotik dalam jaringan
3. Hambatan mobilitas fisik b.d aktivitas terbatas

3.3 Intervensi Keperawatan

Tanggal 28-01-2020 dengan nama pasien Ny. N RM 415xxx dan dengan diagnose medis Diabetes Melitus Gangrene

Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi dan rasional	Rasional
1	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang KH	1.Observasi lokasi, tingkat, frekuensi, ekspresi dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien	1.Untuk mengetahui kondisi, tingkat rasa nyeri adakah gangguan nyeri yang dialami pasien

	<p>1. secara verbal mengatakan nyeri berkurang atau hilang,</p> <p>2. pasien tidak menyeringai</p> <p>3. skala nyeri berkurang 1-3</p> <p>4. pasien dapat tidur dengan tenang, tidak gelisah</p> <p>5. Pasien dapat beraktifitas</p> <p>6. tanda-tanda vital normal (tekanan darah normal sistol 90-129 diastole 60-89, nadi 60-100x/menit, RR 12-20x/menit)</p>	<p>2. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>3. Observasi skala nyeri</p> <p>4. Ajarkan teknik relaksasi</p> <p>5. Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic</p>	<p>2. untuk mengetahui kondisi klien</p> <p>3. untuk mengetahui skala nyeri</p> <p>4. teknik relaksasi dapat mengurangi nyeri yang dirasakan dan membuat pasien lebih tenang</p> <p>5. untuk proses penyembuhan pasien dengan pemberian analgesic dapat mengurangi rasa nyeri</p>
2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kerusakan integritas jaringan teratasi dalam waktu 2x24 jam.</p> <p>KH:</p> <p>1. Perfusi jaringan normal (CRT <3 detik, warna kulit tidak pucat)</p> <p>2. Tidak ada tanda tanda</p>	<p>1. Observasi luka (lokasi, kedalaman, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal)</p> <p>2. Jaga kulit pasien agar tetap bersih dan kering</p> <p>3. Monitor aktivitas dan mobilisasi fisik</p>	<p>1. Untuk mengetahui seberapa parah luka</p> <p>2. Agar tidak lembab dan terjadi infeksi</p> <p>3. Untuk meningkatkan</p>

			<p>kiri, frekuensi hilang timbul, menyeringai</p> <p>2.Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>TD: 110/80 N:80 RR:20 S:36,3</p> <p>3.Mengobservasi skala nyeri: skala nyeri 5</p> <p>4. Mengajarkan teknik relaksasi: mengajarkan nafas dalam</p> <p>5.Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic</p> <p>Inj. Vicilin 1,5 gr</p> <p>Inf. Metrodinazole 500 mg</p> <p>Inj. Santagesik 1 amp</p> <p>Inj. Apidra 6iu</p> <p>Inj. Prosogan 30 mg</p>	<p><i>Nurus</i></p> <p><i>Nurus</i></p> <p><i>Nurus</i></p>
2	29-01-2020	<p>14.00</p> <p>-</p> <p>20.00</p>	<p>1. Mengobservasi luka: luka masih dibalut dengan kasa dan perban</p> <p>2. Menjaga kulit pasien agar tetap bersih dan kering: mengganti balutan 2 hari sekali</p> <p>3. Memonitor aktivitas dan mobilisasi fisik: Px aktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>4. Memonitor status nutrisi pasien: px makan setengah porsi</p> <p>5. Memberikan posisi yang mengurangi tekanan pada daerah luka: memberikan bantalan pada kaki</p>	<p><i>Nurus</i></p> <p><i>Nurus</i></p>

1	30-01-2020	14.00 – 20.00	<p>1.Mengobservasi lokasi, tingkat, frekuensi, ekspresi dan reaksi nyeri ysng dialami oleh pasien: pasien mengatakan nyeri di kaki kiri, frekuensi hilang timbul, menyeringai</p> <p>2.Memonitor tanda-tanda vital TD: 120/80 N:85 RR:19 S:36,5</p> <p>3.Mengobservasi skala nyeri: skala nyeri 3</p> <p>4. Mengajarkan tehnik relaksasi: mengajarkan nafas dalam</p> <p>5.Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic</p> <p>Inj. Vicilin 1,5 gr</p> <p>Inf. Metrodinazole 500 mg</p> <p>Inj. Santagesik 1 amp</p> <p>Inj. Apidra 6iu</p> <p>Inj. Prosogan 30 mg</p>	<p><i>Nurus</i></p> <p><i>Nurus</i></p> <p><i>Nurus</i></p>
2	30-01-2020	14.00 - 20.00	<p>1. Mengobservasi luka: kulit sekitar luka tidak panas, kulit sekitar luka kemerahan, sudah tidak ada pus, kedalaman 0,5 cm, tidak ada rongga di bawah jaringan, ada granulasi</p> <p>2. Menjaga kulit pasien agar tetap bersih dan kering: mengganti balutan dengan cara rawat luka kaki diabetikum</p> <p>3. Memonitor aktivitas dan mobilisasi fisik: Px aktivitas dibantu oleh keluarga</p> <p>4. Memonitor status nutrisi pasien: px</p>	

			makan satu porsi 5. Memberikan posisi yang mengurangi tekanan pada daerah luka: memberikan bantalan pada kaki	
--	--	--	--	--

3.5 Evaluasi Keperawatan

Pasien dengan nama Ny. N berusia 31 tahun

Tabel 3.5 tabel catatan perkembangan

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Ttd
29-01-2020 19:00	Nyeri akut	S: pasien mengatakan Nyeri P: karena ada luka S: skala 5 Q: cekot-cekot. T: hilang timbul R: kaki kiri O: tekanan darah: 110/80 mmHg, RR: 20x/menit N:80x/menit S: 36,3°C K.U = cukup, kesadaran = composmentis, wajah pasien menyeringai A: Nyeri akut belum teratasi P: intervensi nomor 1-5 dilanjutkan	<i>Nurul</i>
29-01-2020 19:00	Kerusakan integritas jaringan	S: pasien mengatakan ada luka O: Ada luka pada tumit kiri, ada edema, kulit sekitar luka	<i>Nurul</i>

		<p>kemerahan, kulit sekitar luka panas, ada pus, ada slough, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan nomor 1-5</p>	
--	--	---	--

Tabel 3.6 Tabel Evaluasi keperawatan

Tanggal	Diagnosa	Evaluasi	ttd
30-01-2020 19.00	Nyeri akut	<p>S: pasien mengatakan Nyeri</p> <p>P: karena ada luka</p> <p>Q: cekot-cekot saat digerakan</p> <p>R: kaki kiri S: skala 3</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>O: tekanan darah : 120/80mmHg, RR: 19x/menit N:85x/menit</p> <p>S: 36,5°C K.U = cukup, kesadaran = composmentis, wajah pasien menyeringai</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: intervensi Dihentikan pasien</p> <p>KRS</p>	<i>Nurus</i>

30-01- 2020 19.00	Kerusakan integritas jaringan	<p>S: pasien mengatakan masih ada luka</p> <p>O: Ada luka pada tumit kiri, perawatan luka dengan penggunaan NS 0,9, gel, alginat, tul, dibalut dengan kasa dan perban</p> <p>TTV: TD: 120/80mmhg, N:85×/menit, RR: 19×/menit, S: 36,5°C</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi Dihentikan pasien</p> <p>KRS</p>	<i>Nurul</i>
-------------------------	-------------------------------	---	--------------

3.6 Discharge planning

1. Memberikan edukasi tentang minum obat yang benar
2. Mengajarkan pasien untuk mengurangi konsumsi makanan yang mengandung banyak gula dan karbohidrat
3. Mengajarkan perawatan luka dan pergantian perban yang benar
4. Mengajarkan pasien banyak konsumsi makanan yang banyak mengandung serat
5. Mengajarkan pasien menghindari makanan yang tinggi lemak dan mengandung banyak kolesterol
6. Anjurkan pasien mengikuti senam diabetes

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada pembahasan ini penulis menguraikan beberapa kesenjangan yang terjadi, antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus dalam “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Diabetes Mellitus” di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan. Selain itu penulis akan membahas mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Penulis melakukan pengkajian pada Ny. N dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis. Pembahasan akan dimulai dari:

4.1.1 Identitas

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada tinjauan pustaka Usia (Diabetes melitus tipe-1 usia <30 tahun, diabetes melitus tipe-2 usia >30 tahun, cenderung meningkat pada usia >65 tahun). Jenis kelamin sebagian besar dijumpai pada perempuan dibanding laki-laki karena faktor resiko terjadi diabetes melitus pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi

dibandingkan pada laki-laki 2-3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan (Putra, 2019).

Pada tinjauan kasus didapatkan data pasien perempuan berusia 31 tahun. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan perbedaan yang signifikan. Menurut opini penulis, Hal ini dikarenakan data pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka sama-sama ditemukan data yang sama yaitu pasien perempuan dan berusia lebih dari 31 tahun sehingga lebih beresiko terkena diabetes melitus

4.1.2 Riwayat Keperawatan

4.1.2.1 Keluhan utama:

Pada tinjauan pustaka pada pasien dengan diabetes melitus gangren biasanya klien merasakan nyeri dan ditandai juga dengan polidipsi , poliuri, polifagi, dan penurunan BB sel drastis atau peningkatan BB.

Pada tinjauan kasus didapatkan data pasien mengeluh nyeri karena adanya ukur di tumit kaki kirinya sering halus, pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan dikarenakan sama-sama ditemukan dengan data antara lain yaitu kelemahan, penurunan berat badan, nyeri akut, adanya kemerahan pada sekitar luka adanya pus pada luka. Menurut opini penulis, Hal ini dikarenakan pasien yang paling dikeluhkan yang paling diutamakan yaitu nyeri pada luka.

4.1.2.2 Riwayat penyakit saat ini:

Pada tinjauan pustaka ditanyakan kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka,serta upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengatasinya. Pada tinjauan

kasus saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan luka disebabkan karena tusukan paku, dan luka semakin lebar dan bernanah, dan akhirnya dibawa ke rumah sakit

Pada tinjauan kasus tidak ada kesenjangan dengan tinjauan pustaka dikarenakan data yang ditemukan sama adanya penyebab dari luka dan sejak kapan luka itu ada.

4.1.2.3 Riwayat kesehatan dahulu:

pada tinjauan pustaka didapatkan riwayat penyakit dahulu seperti riwayat diabetes melitus atau penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin seperti penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas maupun arteriosklerosis tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan.

Sedangkan hasil dari tinjauan kasus diperoleh hal yang sama yaitu riwayat diabetes melitus 3 bulan yang lalu. Pada tinjauan kasus tidak ada kesenjangan dengan tinjauan pustaka dikarenakan sama-sama ditemukan data yang mengatakan pasien pernah menderita diabetes melitus. Menurut opini penulis, pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan adanya perbedaan pada tinjauan kasus. Hal ini dikarenakan sama-sama ditemukannya data bahwa pasien pernah menderita diabetes mellitus sebelumnya.

4.1.2.3 Riwayat penyakit keluarga

Pada tinjauan pustaka Perlu ditanyakan apakah didalam satu keluarga pernah ada yang menderita penyakit diabetes melitus. Penyakit diabetes melitus kalau keturunan dari ibu sebanyak 50% dari ayah 30%, sedangkan keturunan

penyakit diabetes melitus dari kedua orangtua maka sang anak akan mengidap penyakit diabetes melitus sebanyak 80% (Putra, 2019)

Pada tinjauan kasus diperoleh data bahwa ibu pasien pernah menderita diabetes mellitus. Pada tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan karena sama-sama ditemukan data yang mengatakan bahwa keturunan ibu 50% menurunkan anak yang kemungkinan besar menderita diabetes mellitus.

4.1.2.4 Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pada tinjauan pustaka Ada beberapa kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan, diantaranya : Makan terlalu banyak karbohidrat dari nasi dan roti bisa menyebabkan penyimpanan dalam bentuk gula dalam darah (glikogen), banyak mengkonsumsi makanan yang mengandung gula contohnya sirup, minuman dalam kemasan, permen, dan lain sebagainya, merokok dan minuman beralkohol dapat merusak pancreas dimana hormon insulin diproduksi sehingga dapat mengganggu produksi insulin didalam kelenjar pancreas, kurangnya aktifitas fisik mengakibatkan terjadinya penumpukan lemak didalam tubuh yang lambat laun berat badan menjadi berlebih (Putra, 2019).

Pada tinjauan kasus didapatkan data bahwa pasien memilah-milah makanan semenjak mengetahui menderita diabetes mellitus. Pada tinjauan kasus ada kesenjangan dengan tinjauan pustaka karena data yang ditemukan tidak sama.

4.1.2.5 Pada pemeriksaan fisik B1 (Breathing):

Menurut tinjauan pustaka didapat inspeksi bentuk dada simetris tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada alat bantu nafas, pada palpasi, vokal fremitus

antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal. Pada auskultasi tidak ditemukan suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler mungkin terjadi pernafasan cepat dalam, frekuensi meningkat nafas bau aseton (Wijaya, 2013).

Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada alat bantu nafas tidak ada retraksi otot bantu nafas normal, pada palpasi RR RR 18x/menit, vokal fremitus kanan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal. Pada auskultasi tidak ditemukan suara nafas tambahan dan suara nafas vesikuler.

Pada sistem pernapasan tidak ada Kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Dikarenakan data yang ditemukan samaa yaitu tidak adanya retraksi otot bantu nafas, nafas yang teratur, tidak adanya pemakaian alat bantu nafas, dan Tidak ditemukannya suara nafas tambahan. Menurut opini penulis, pada tinjauan pustaka tidak ditemukan adanya perbedaan pada tinjauan kasus. Dikarenakan pasien tidak mengeluh sesak nafas, tinjauan pustaka tidak ada masalah.

4.1.2.5 Pada pemeriksaan B2 (Blood):

Pada tinjauan pustaka didapatkan inspeksi: tekanan Vena jugularis normal, tidak ada pembesaran pada jantung atau kardiomegali, pada palpasi ictus cordis teraba, Irama reguler, CRT kurang dari 3 detik, pulsasi kuat lokasi radialis. Pada perkusi suara redup, pada auskultasi bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara jantung tambahan seperti gallop, ritme ataupun murmur (Wijaya, 2013).

Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan pada inspeksi: tidak ada tekanan Vena jugularis tidak ada pembesaran pada jantung atau kardiomegali.

Pada palpasi ictus cordis tidak teraba, CRT kurang dari 3 detik, nyeri tekan tidak ada. Pada perkusi terdengar suara dug atau pekak, letak jantung masih dalam batas normal di ICS II sternalis dextra sinistra sampai dengan ICS V midclavicula sinistra. Pada auskultasi suara jantung S1 S2 tunggal.

Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan dikarenakan sama-sama ditemukan data tidak ada pembesaran jantung atau kardiomegali tekanan Vena jugularis normal, ictus cordis teraba CRT kurang dari 3 detik nyeri tekan pada jantung tidak ada dan tidak ada suara jantung tambahan atau S1 S2 tunggal. Menurut opini penulis, pada tinjauan pustaka tidak ditemukan adanya perbedaan dengan tinjauan kasus. Dikarenakan pasien tidak mengeluh nyeri dada, sehingga tidak ditemukan adanya masalah.

4.1.2.6 Pada pemeriksaan B3 (Brain).

Pada tinjauan pustaka didapatkan kesadaran bisa baik atau menurun (compos mentis, apatis, somnolen, stupor dan koma). Pasien bisa pusing atau kesemutan, sering mengantuk tidak ada gangguan memori, (Wijaya, 2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan kesadaran composmentis orientasi baik tidak ada kejang kaku, Kuduk tidak ada, tidak ada brudinsky, tidak ada kelainan nervus.

Pada sistem persyarafan tidak ada Kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Menurut opini penulis pada tinjauan pustaka tidak ditemukan adanya perbedaan dengan tinjauan kasus. Dikarenakan pasien tidak kejang, tidak ada kaku kuduk, sehingga tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada masalah.

4.1.2.8 Pada pemeriksaan B4 (Bladder)

Pada tinjauan pustaka didapatkan inspeksi: bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal atau tidak (bau, warna, jumlah, tempat yang digunakan) biasanya mengalami masalah pada saluran kencing seperti poliuria anuria dan oliguria (Wijaya,2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal, bau khas urin, warna kuning, tempat yang digunakan adalah kamar mandi jumlahnya 1500 ml per 24 jam

Pada sistem perkemihan tidak ada Kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Menurut opini penulis, pada tinjauan kasus tidak ditemukan adanya perbedaan pada tinjauan pustaka yang ada sehingga tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada masalah.

4.1.2.9 Pada pemeriksaan B5 (Bowel)

Pada tinjauan pustaka didapatkan inspeksi: keadaan mulut bersih atau kotor, mukosa bibir kering atau lembab, lidah bersih atau kotor, kesulitan menelan atau tidak, penurunan BB, bisa terjadi mual atau muntah, polifagi polidipsi. Pada palpasi ada atau tidak nyeri abdomen. Pada perkusi bunyi timpani. Pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan BAB di rumah dan saat MRS konsistensinya warna bau dan tempat yang digunakan. (Wijaya,2013)

Pada tinjauan kasus inspeksi: mulut simetris, mukosa bibir kering, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada pembesaran tonsil, BAB 2 kali sehari konsistensi lembek, warna kuning, bau khas, tempat yang digunakan adalah WC tidak ada

nyeri tekan, pada abdomen perkusi: terdengar suara timpani, auskultasi: bising usus terdengar 15 kali per menit.

Pada sistem pencernaan tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Menurut opini penulis pada tinjauan kasus tidak ditemukan adanya perbedaan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

4.1.2.10 Pada pemeriksaan B6 (Bone)

Pada tinjauan pustaka didapatkan inspeksi: kulit bersih atau kotor, adanya luka atau tidak, ada edema atau tidak, lokasi dan ukuran, kelembaban kulit lembab atau tidak, akral hangat, turgor kulit hangat, kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami penurunan tidak ada fraktur, dislokasi (Wijaya,2013).

Pada tinjauan kasus didapatkan data inspeksi: odema disebelah kaki kiri, tidak ada Piting odema, kemampuan pergerakan sendi terbatas, ADL parsial: makan dan mandi dibantu oleh keluarga. Palpasi CRT kurang dari 3 detik, turgor kulit kurang dari 3 detik, akral hangat, kekuatan otot 5/5/5/3.

Pada sistem muskuloskeletal dan integumen tidak ada Kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan data klien mengalami edema pada ekstremitas. Menurut opini penulis, pada tinjauan kasus tidak ditemukan adanya perbedaan dengan tinjauan pustaka, sehingga tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada masalah.

4.1.2.11 Pada pemeriksaan B7 (Penginderaan)

Pada tinjauan pustaka mata penglihatan mulai kabur, ketajaman penglihatan mulai menurun. Hidung: ketajaman penciuman normal, Secret(-/+). Telinga: bentuk normal, ketajaman pendengaran normal (Putra,2019).

Pada tinjauan kasus didapatkan data mata: konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterik, palpebra tidak bengkak strabismus tidak ada, ketajaman penglihatan normal, tidak ada alat bantu penglihatan. Hidung: normal mukosa lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal. Telinga: bentuk simetris, ketajaman pendengaran normal tidak ada alat bantu dengar. Peraba: normal.

Pada sistem penginderaan ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Penglihatan mulai kabur, ketajaman penglihatan mulai menurun. Menurut opini penulis hal ini dikarenakan pada tinjauan kasus tidak terdapat penurunan pada ketajaman penglihatan dan penglihatan mulai kabur.

4.1.2.12 Pada pemeriksaan B8 (Endokrin)

Pada tinjauan pustaka didapatkan mungkin ada gangren, lokasi gangren, kedalaman, bentuk, ada bau. Adanya polifagi polidipsi dan poliuri (Putra,2019)

Pada tinjauan kasus didapatkan inspeksi: ada gangren , tidak ada bau, adanya slough, ada granulasi, adanya edema, kulit sekitar luka kemerahan dan terasa panas, kedalaman luka 0,5 cm, luas luka 3×5 cm, tidak ada rongga di bawah jaringan. Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis.

Pada sistem endokrin tidak ada Kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus ditemukan adanya luka gangren, tidak ada bau, adanya slaugh, ada granulasi, adanya edema , kulit sekitar luka kemerahan

dan terasa panas, kedalaman luka dan 0,5 cm luas luka 3 ×5 cm. Menurut opini penulis, pada tinjauan kasus tidak ditemukan adanya perbedaan dengan tinjauan pustaka.

4.2 Diagnosa keperawatan

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), tinjauan pustaka ditemukan 7 diagnosa keperawatan, yaitu:

4.2.1 nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan

4.2.2 kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis kerusakan jaringan (nekrosis luka gangren).

4.2.3 resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

4.2.4 ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah perifer proses penyakit DM

4.2.5 hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka

4.2.6 gangguan Citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh

4.2.7 harga diri rendah berhubungan dengan bau luka gangren

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa keperawatan kerusakan integritas jaringan b.d kerusakan nekrosis jaringan, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa yang sama karena pasien mempunyai ulkus atau gangren di tumit kaki kirinya yang mengalami kemerahan serta mengeluarkan pus.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut b.d iskemik jaringan, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa yang sama

karena pada klien merasakan nyeri cekot-cekot dengan skala 7 bagian kaki kirinya dan rasanya hilang timbul nyeri dirasakan pasien akibat adanya pus dalam luka gangren di tumit kaki kirinya.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa yang sama karena aktivitas pasien terganggu akibat adanya nyeri.

Berdasarkan yang terdapat di pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah perifer penyakit DM tidak ditemukan adanya kesenjangan Kenapa pasien tidak ditemukan adanya gangguan pada pernafasan dan irama nafasnya teratur. Pada diagnosa resiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit tidak ditemukan adanya kesenjangan karena tidak ditemukan adanya data yang mendukung untuk diangkat diagnosa resiko infeksi. Pada diagnosa keperawatan gangguan Citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh tidak ditemukan kesenjangan karena pasien sabar dan ikhlas menerima keadaan bahwa sakit adalah. Pada diagnosa harga diri rendah berhubungan dengan bau luka gangren tidak ditemukan adanya kesenjangan karena pasien selalu menjaga kebersihan dirinya. Menurut opini penulis, pada tinjauan pustaka tidak ditemukan adanya perbedaan pada tinjauan kasus. Sehingga tinjauan pustaka tidak ada masalah.

4.3 Intervensi keperawatan

Pada perumusan perencanaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan cerita hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Begitu juga dengan tinjauan kasus perencanaan menggunakan kriteria yang juga mengacu pada tujuan.

4.3.1 intervensi diagnosa keperawatan kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrotik pada jaringan

Pada intervensi tinjauan pustaka dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus, Alasannya karena data yang didapatkan mengatakan ada luka pada ekstremitas titik dengan data objektif yang mendukung luka pada tumit, kulit sekitar luka kemerahan, ada edema, ada baskom kulit sekitar luka terasa panas, ada granulasi, Ada slough, kedalaman kurang lebih 0,5 cm. Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kerusakan integritas jaringan teratasi dalam waktu 2×24 jam dengan kriteria hasil Perfusi jaringan normal (CRT <3 detik, warna kulit tidak pucat), Tidak ada tanda tanda infeksi(tidak ada pus, luka mulai terdapat granulasi, tidak timbul pembengkakan, kemerahan di sekitar luka), Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera, Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka. Dilakukan intervensi, Observasi luka (lokasi, kedalaman, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal), jaga kulit pasien agar tetap bersih dan kering, Monitor aktivitas dan mobilisasi fisik, monitor status nutrisi pasien, berikan posisi yang mengurangi tekanan pada daerah luka. Menurut opini menulis, dalam observasi perawatan luka kaki diabetikum sangat penting untuk mengetahui terjadinya proses perbaikan luka kaki diabetikum.

4.3.2 intervensi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan.

Pada intervensi tinjauan pustaka dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus, Alasannya karena data yang didapatkan pasien mengatakan nyeri pada daerah luka. Dengan data objektif yang mendukung skala nyeri 7 wajah tampak menyeringai, keadaan umum lemah. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil, secara verbal mengatakan nyeri berkurang atau hilang, pasien tidak menyeringai, skala nyeri berkurang 1-3, pasien dapat tidur dengan tenang, tidak gelisah, Pasien dapat beraktivitas, tanda-tanda vital normal (tekanan darah normal sistole 90-129 diastole 60-89, nadi 60-100x/menit, RR 12-20x/menit). Dilakukan intervensi, Observasi lokasi, tingkat, frekuensi, ekspresi dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien, Monitor tanda-tanda vital, observasi skala nyeri, ajarkan teknik relaksasi, Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesik. Menurut opini penulis, dalam pemberian analgesik sangat baik untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien, Selain itu teknik relaksasi juga dapat membantu pasien dalam mengontrol nyeri yang dirasakan.

4.3.3 intervensi pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut.

Pada intervensi tinjauan pustaka dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus, Alasannya karena data yang didapatkan pasien mengatakan aktivitas dibantu. Dengan data objektif kekuatan otot menurun, pasien ke kamar mandi di bantu oleh keluarga, ada luka pada tumit. Tujuan setelah dilakukan

tindakan 24 jam diharapkan dapat mencapai kemampuan aktifitas yang optimal. Dengan kriteria hasil, pergerakan pasien meluas, Dapat melakukan aktifitas sesuai dengan kemampuan (duduk, berdiri, berjalan), Rasa nyeri berkurang, dapat memenuhi kebutuhan sendiri secara bertahap sesuai dengan kemampuan. Dilakukan intervensi kaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, anjurkan pasien untuk menggerakkan atau mengangkat ekstermitas bawah sesuai kemampuan, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya, kolaborasi pemberian analgesic dan tenaga fisioterapi. Menurut opini penulis untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik agar pasien dapat memenuhi kebutuhannya sendiri tanpa bantuan dari keluarga dapat berkolaborasi dengan tenaga fisioterapi.

Pada intervensi tidak ada Kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

4.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan, pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinir dan terintegrasi.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ada berapa faktor penunjang yang menyebabkan semua rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik titik hal-hal yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu antara lain. 2 adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim

kesehatan lainnya, Tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan yang baik oleh kepala ruangan dan tim perawatan di ruang bangsa Melati kepada penulis. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus implementasi yang sama dengan tinjauan pustaka, sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan yang nyata dilakukan pada klien.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan.

4.4.1 Implementasi diagnosa keperawatan kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrotik pada jaringan.

Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus mengobservasi luka, menjaga kulit pasien agar tetap bersih dan kering, memonitor aktivitas dan mobilitas fisik, memonitor status nutrisi pasien, memberikan posisi yang mengurangi tekanan pada daerah luka.

4.4.2 implementasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan.

Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus mengobservasi lokasi tingkat frekuensi ekspresi dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien, memonitor tanda-tanda vital, mengobservasi skala nyeri mengajarkan teknik relaksasi kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesik.

4.4.3 implementasi pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut.

Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus yaitu mengkaji dan mengidentifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, menganjurkan pasien untuk menggerakkan atau mengangkat beban mitos bawah sesuai dengan kemampuan membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya, pemberian analgesik dan tenaga fisioterapi.

4.5 Evaluasi keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi pada diagnosa kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan mikrotik pada jaringan S: pasien mengatakan masih ada luka. O: ada luka pada tumit kiri, perawatan luka dengan menggunakan NS 0,9%,gel, alginat, tul, dibalut dengan kasa dan perban,TTV: TD130/80, N:85, RR: 19, S:36,5. A: masalah teratasi sebagian, p: intervensi dihentikan pasien pulang.

Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan. P: pasien mengatakan nyeri. P: karena ada luka,Q: cekot cekot saat digerakkan, R: kaki kiri, S: skala 3,T: hilang timbul. O: tekanan darah: 120/ 80, RR: 19, n: 85,S: 36,5 K.U cukup, kesadaran:composmentis, wajah pasien menyeringai. A: masalah teratasi, p: intervensi dihentikan pasien KRS.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dicapai karena pasien setiap hari menunjukkan perkembangan yang baik dan pengecekan gds sudah normal. Hasil

evaluasi pada NY. N sudah dicapai. Sebelum KRS, penulis memberikan beberapa informasi terkait kesehatan klien, diantaranya:

4.5.1. Memberikan edukasi tentang minum obat yang benar

4.5.2. Menganjurkan pasien untuk mengurangi mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak gula dan karbohidrat.

4.5.3. Mengajarkan perawatan luka dan bergantian perban yang benar.

4.5.4. Menganjurkan pasien banyak konsumsi makanan yang banyak mengandung serat.

4.5.5. Menganjurkan pasien menghindari makanan yang tinggi lemak dan mengandung banyak kolesterol.

4.5.6. Menganjurkan pasien mengikuti senam diabetes

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus diabetes melitus (DM) di ruang Bangsal Melati RSUD Bangil maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan diabetes melitus (DM).

5.1 Simpulan

Dari data uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus (DM), maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 pada pengkajian pada tinjauan kasus didapatkan keluhan utama pada pengkajian kaki yaitu mengeluh adanya fokus atau gangren pada kaki pasien bagian tumit kiri.

Masalah keperawatan yang muncul adalah kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis pada jaringan. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kerusakan integritas jaringan teratasi dalam waktu 2×24 jam dengan kriteria hasil Perfusi jaringan normal (CRT <3 detik, warna kulit tidak pucat), Tidak ada tanda-tanda infeksi(tidak ada pus, luka mulai terdapat granulasi, tidak timbul pembengkakan, kemerahan di sekitar luka), Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera, Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka. Dilakukan intervensi, Observasi luka (lokasi, kedalaman, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal),

jaga kulit pasien agar tetap bersih dan kering, Monitor aktivitas dan mobilisasi fisik, monitor status nutrisi pasien, berikan posisi yang mengurangi tekanan pada daerah luka.

5.1.2 pada diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat pertama yaitu mengeluh nyeri pada ulkus atau au gangren pada kaki bagian kiri

Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil, secara verbal mengatakan nyeri berkurang atau hilang, pasien tidak menyeringai, skala nyeri berkurang 1-3, pasien dapat tidur dengan tenang, tidak gelisah, Pasien dapat beraktivitas, tanda-tanda vital normal (tekanan darah normal sistole 90-129 diastole 60-89, nadi 60-100x/menit, RR 12-20x/menit). Dilakukan intervensi, Observasi lokasi, tingkat, frekuensi, ekspresi dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien, Monitor tanda-tanda vital, observasi skala nyeri, ajarkan teknik relaksasi, Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesik.

5.1.3 pada intervensi yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut. Tujuan setelah dilakukan tindakan 2x24 jam diharapkan dapat mencapai kemampuan aktifitas yang optimal. Dengan kriteria hasil, pergerakan pasien meluas, Dapat melakukan aktifitas sesuai dengan kemampuan (duduk, berdiri, berjalan), Rasa nyeri berkurang, dapat memenuhi kebutuhan sendiri secara bertahap sesuai dengan kemampuan. Dilakukan intervensi kaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, anjurkan pasien untuk menggerakkan atau

mengangkat ekstermitas bawah sesuai kemampuan, bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya, kolaborasi pemberian analgesic dan tenaga fisioterapi.

5.1.4 pada implementasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan neuropati dilakukan implementasi yaitu mengobservasi lokasi, tingkat, frekuensi, ekspresi dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien, Memonitor tanda-tanda vital, mengobservasi skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi, berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesik

5.1.5 Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi Ny. N sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi.

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

5.2.1 Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mempunyai pengetahuan keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan diabetes melitus.

5.2.3 Dalam meningkatkan asuhan mutu keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan suatu penyuluhan atau suatu pertemuan yang membahas tentang kesehatan yang ada pada klien.

5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya dalam bidang pengetahuan.

5.2.5 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan Asuhan Keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Anisa. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.M Dengan Diagnosa Medis DMND + DM Gangren Pedis Sinistra + Vertigo Di Ruang Tulip Lantai 2 RSD Sidoarjo*. Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
- Arief Mansjoer (2013), *Kapita Selekta Kedokteran*, edisi 4, Jakarta : Media Aesculapius.
- Aru W, Sudoyo. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, jilid II, edisi V*. Jakarta: Interna Publishing.
- Brunner & Suddarth, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC
- Fauzi, I. 2014. *Buku Pintar Deteksi Dini Gejala & Pengobatan Asam Urat, Diabetes & Hipertensi*. Yogyakarta : ARASKA
- Fernando, M. E., Crowther, R. G., Pappas, E., Lazzarini, P. A., Cunningham, M., *et al.*
(2014). *Plantar Pressure in Diabetic Peripheral Neuropathy Patients with Active Foot Ulceration, Previous Ulceration and No History of Ulceration: A MetaAnalysis of Observational Studies*. *PLoS ONE* 9(6): e99050. doi:10.1371/journal.pone. 0099050 diakses pada 09Agustus 2019
- Fitria Chandra, Suyanto dan Tuti Restuastuti. 2009. *Faktor-faktor Resiko Pasien Diabetes Melitus*, Berita Kedokteran Masyarakat. Vol. 23, No. 3,
- Gunawan, Sulistia Gan. Setiabudy, Rianto. Nafrialdi. Elysbeth. 2007. *Farmakologi dan Terapi Edisi 5*. Jakarta: FKUI.
- Levine JP, (2008). Type 2 Diabetes among Women: Clinical Consideration for Pharmalogical Management to Achieve Glicemic Control and Reduce Cardiovascular Risk. *Journal of Woman's Health*. Vol &. No 2.
- Long, B. C. 2014. *Perawatan Medikal Bedah. Volume 1. (terjemahan)*. Yayasan Ikatan Alumni Pendidikan Keperawatan Pajajaran: Bandung.
- Nurarif, Amin Huda dan Herdhi Kusuma. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta:Mediacion.
- Price, S.A dan Wilson. 2014. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC

- Purnamasari, D., 2009. *Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes Melitus. Di Dalam :Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid 3 Edisi V.* Jakarta: FKUI
- Purnamasari, Endah, (2011) *Diabetes Melitus dengan penyakit kronis* www.indonesia.digitaljournals.org.com. Diakses pada tanggal 2 Agustus 2019 pada pukul 20.00 WIB
- Putra, K.W.R (2019). *Handout Askep Diabetes Mellitus.*
- Rustama, D.S., dkk., 2010. *Diabetes Mellitus. Dalam: Jose RL. Batubara, dkk, Endokrinologi Anak, Edisi I.* Ikatan Dokter Anak Indonesia, Jakarta.
- Suyono, S. 2013. *Penatalaksanaan Diabetes Terpadu.* Jakarta : EGC
- Wijaya, A.S dan Putri, Y.M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep.* Yogyakarta : Nuha Medika
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Diabetes.* Diakses dari <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs8312/en/index.html>



YAYASAN KERTA CENDEKIA
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232
Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497
Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 29/BAAK/VIII/2019
Hal : Permohonan Studi Penelitian

Sidoarjo, 20 Agustus 2019

Yth. **Direktur RSUD Bangil**
Pasuruan

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir, Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2019 – 2020, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa kami,

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Nurul Khalifah	1701068	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis DM Gangren

Untuk melakukan pengambilan data studi kasus sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur

Agus Sulistyowati, S. Kep, M. Kes



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Bangil, 16 Januari 2020

Nomor : 445.1/103.15/424.072.01/2020
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Pengambilan Kasus

Kepada
Yth. Direktur Akademi Keperawatan
Kerta Cendekia
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor: C.3.5/3/D/XII/2019 tanggal 27 Desember 2019 perihal Pengambilan Kasus untuk KTI Mahasiswa atas nama:

Nama : NURUL KALIFAH
NIM : -
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosis Medis Diabetes Mellitus Gangren di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Kasus di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung tanggal 9 Januari – 8 Februari 2020.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang

u.b.
Kasi Diklat

DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Melati
2. Yang bersangkutan.

INFORMED CONSENT

Judul : " **Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Gangrene Di Ruang Melati Di RSUD Bangil** ".

Tanggal pengambilan studi kasus Bulan Tahun

Sebelum tanda tangan di bawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Nurul Kalifah** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini .

Saya, Nona / Nyonya / Tuan
dengan ini saya memberikan kesediaan selain mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda tanganPartisipan
(.....)
Tanda tanganSaksi
(.....)
Tanda tanganPeneliti
(.....)

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
DIABETES MELITUS DI RUANG MELATI
RSUD BANGIL PASURUAN**



OLEH

NURUL KALIFAH

1701068

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA**

SIDORAJO

2020

SIDOARATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

DIABETES MELITUS DI RUANG MELATI RSUD BANGIL KOTA PASURUAN

A. PENGANTAR

Materi	: Diabetes melitus
Pokok bahasan	: Perawatan dan pencegahan diabetes melitus
Hari/tanggal	: 29 Januari 2020
Waktu pertemuan	: 30 menit
Tempat	: Ruang bangsal melati RSUD Bangil
Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti pendidikan kesehatan diharapkan dapat melakukan perawatan pada penyakit DM

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 1x35 menit, responden dapat menjelaskan kembali tentang :

- a. Pengertian DM
- b. Penyebab DM
- c. Klasifikasi DM
- d. Tanda dan gejala DM
- e. Pengelolaan DM
- f. Pemeriksaan penunjang
- g. Makanan yang di pantang dan juga yang diperbolehkan.

C. MATERI

(Terlampir)

D. MEDIA

1. Materi SAP
2. Leaflet

E. METODE

1. Ceramah
2. Tanya jawab
3. Diskusi

F. KEGIATAN PENYULUHAN

No	Kegiatan Penyuluh	Respon Peserta	Waktu
1	<p>Pembukaan</p> <ul style="list-style-type: none">• Memberi salam• Memberi pertanyaan apersepsi• Menjelaskan tujuan penyuluhan• Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan	<p>Menjawab salam</p> <p>Memberi salam</p> <p>Menyimak</p>	5 menit
2	<p>Pelaksanaan</p> <p>Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur.</p> <p>Materi :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pengertian DM• Penyebab DM• Klasifikasi DM• Tanda dan gejala DM• Pengelolaan DM	<p>Menyimak dan</p> <p>Memperhatikan</p>	20 menit
3	<p>Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Menyimpulkan inti penyuluhan• Menyampaikan secara singkat materi penyuluhan	<p>Memperhatikan menjawab</p>	5 menit

	<ul style="list-style-type: none"> • Memberi kesempatan kepada ibu-ibu untuk bertanya • Memberi kesempatan kepada ibu-ibu untuk menjawab pertanyaan yang dilontarkan 		
4	<p>Penutup :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyimpulkan materi penyuluhan yang telah disampaikan • Menyampaikan terima kasih atas perhatian dan waktu yang telah di berikan kepada peserta • Mengucapkan salam 	<p>Menyimak dan Mendengarkan</p> <p>Menjawab</p> <p>Menjawab salam</p>	5 menit

DIABETES MELITUS

A. PENGERTIAN

Diabetes Melitus adalah suatu penyakit dimana kadar glukosa di dalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat menghasilkan atau menggunakan insulin secara efektif.

Insulin adalah hormon yang dilepaskan oleh pancreas, yang bertanggungjawab dalam mempertahankan kadar gula darah yang normal. Insulin memasukkan gula ke dalam sel sehingga bisa menghasilkan energy atau disimpan sebagai cadangan energi.

B. PENYEBAB

1. Keturunan
2. Usia
3. Kegemukan
4. Kurang gerak
5. Kehilangan insulin
6. Alkoholisme
7. Obat-obatan

C. TANDA DAN GEJALA

1. Sering merasa haus
2. Sering kencing terutama malam hari
3. Pandangan menjadi kabur
4. Sering merasa lelah tanpa sebab yang jelas dan mengantuk
5. Penurunan berat badan
6. Kulit terasa kering
7. Sering menderita sariawan atau infeksi (misalnya bisul) yang sulit sembuh

8. Mati rasa atau kesemutan di kaki dan tangan
9. Mual dan muntah

D. PENGELOLAAN DM

Perawatan DM dirumah saat ini sangat dianjurkan karena pengobatan dan perawatan DM membutuhkan waktu yang lama. Cara Perawatan Pasien DM di Rumah adalah dengan jalan :

1. Minum obat secara teratur sesuai program
2. Diet yang tepat
3. Olahraga yang teratur
4. Kontrol GD teratur
5. Pencegahan komplikasi

E. MAKANAN YANG DIPANTANG DAN DIPERBOLEHKAN

Proporsi diet/makanan harian yang benar bagi penderita DM berdasarkan anjuran dari PERKENI (perkumpulan Endokrinologi Indonesia) diet harian penderita DM disusun sebagai berikut:

1. Karbohidrat : 60-70 %
2. Protein : 10-15%
3. Lemak : 20-25%

Jenis makanan yang tidak boleh dikonsumsi :

1. Manisan Buah
2. Gula pasir
3. Susu Kental Manis
4. Madu
5. Abon
6. Kecap
7. Sirup
8. Es Krim

Jenis makanan yang boleh dimakan tetapi harus dibatasi:

1. Nasi
2. Singkong

3. Roti
4. Telur
5. Tempe
6. Tahu
7. Kacang Hijau
8. Kacang Tanah
9. Ikan

Jenis makanan yang dianjurkan untuk dimakan :

1. Kol
2. Tomat
3. Kangkung
4. Oyong
5. Bayam
6. Kacang Panjang
7. Pepaya
8. Jeruk
9. Pisang
10. Labu Siam

F. KOMPLIKASI

Komplikasi yang dapat terjadi bila penderita DM tidak dirawat dengan baik sehingga gula darah selalu tinggi adalah :

1. Ginjal : Gagal Ginjal, Infeksi
2. Jantung : Hipertensi, Gagal Jantung
3. Mata : Glaukoma, Katarak, Retinopati
4. Syaraf : Neuropati, mati rasa
5. Kulit : Luka lama, gangren
6. Hipoglikemi
7. Ketoasidosis

Untuk mencegah komplikasi sebaiknya yang dilakukan adalah :

1. Diet dengan benar
2. Minum obat teratur

3. Kontrol gula darah teratur
4. Olahraga (jalan kaki, senam, sepeda santai, dsb)
5. Bila saat aktifitas kemudian pusing, keringat dingin maka cepat minum teh manis
6. Mencegah kulit terluka : pakai alas kaki, lingkungan rumah tidak licin, tangga (undak-undakan tidak tinggi)
7. Cegah Kegemukan

Cara mencegah atau menghindari agar tidak terjadi luka pada kaki pada penderita DM :

1. Hindari terlalu sering merendam kaki
2. Hindari penggunaan botol panas/penghangat kaki dari listrik
3. Hindari penggunaan pisau/silet untuk memotong kuku atau menghilangkan kalus
4. hindari kaos kaki / sepatu yang terlalu sempit
5. Hindari Rokok

Mengapa pengidap DM beresiko terhadap Ulkus Diabetik

1. Sirkulasi darah kaki kurang baik
2. Indera rasa kedua kaki berkurang sehingga kaki mudah terluka
3. Daya Tahan tubuh terhadap infeksi menurun

Tindakan yang bisa dilakukan bila kaki terluka:

1. Bila luka kecil: bersihkan dengan antiseptik, tutup luka dengan kasa steril dan bila dalam waktu dua hari tidak sembuh segera periksa ke dokter
2. Bila luka cukup besar / kaki mengalami kelainan segera pergi ke dokter.

Perawatan kaki Diabetik :

1. Saat mandi bersihkan dengan sabun, bila perlu gunakan batu apung / sikat halus
2. Keringkan dengan handuk terutama sela-sela jari

3. Periksa kaki kemungkinan adanya perubahan warna (pucat,kemerahan),bentuk (pecah-pecah,lepuh,kalus,luka),Suhu (dingin,lebih panas)
4. Bila kaki kering,olesi dengan lotion
5. Potong kuku / kikir tiap 2 hari,jangan terlalu pendek. Bila kuku terlalu keras kaki direndam dahulu dalam air hangat (37,5'C) selama 5 menit.
6. Gunakan kaos kaki yang terbuat dari katun / wol
7. Pakailah alas kaki, periksa alas kaki sebelum dipakai, mungkin ada sesuatu didalamnya. Lepas alas kaki setiap 4-6 jam dan gerakkan pergelangan kaki dan jari-jari kaki agar sirkulasi darah lancar
8. Lakukan senam kaki
9. Jangan biarkan luka sekcil apapun

G.REFERENSI

1. Soeparman dkk, 1987, *Ilmu Penyakit dalam*, Jilid 1, edisi 2. UI Press, Jakarta.
2. <http://us.geocities.com/mauzurahm.>, *Penyakit Kencing Manis*, Oleh : Mohamed Yosri Mohamed Yong
3. <http://www.interna.fk.ui.ac.id/referensi/pedoman/001PD.htm#> , 1998, *Konsensus Pengelolaan Diabete Melitus Di Indonesia*. Universitas Indonesia, Jakarta.

A. PENGERTIAN

Diabetes Melitus adalah suatu penyakit dimana kadar glukosa di dalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat menghasilkan atau menggunakan insulin secara efektif.

Insulin adalah hormon yang dilepaskan oleh pancreas, yang bertanggungjawab dalam mempertahankan kadar gula darah yang normal. Insulin memasukkan gula kedalam sel sehingga bias menghasilkan energy atau disimpan sebagai cadangan energi

B. PENYEBAB

1. Keturunan
2. Usia
3. Kegemukan
4. Kurang gerak
5. Kehilangan insulin
6. Alkoholisme
7. Obat-obatan

C. TANDA DAN GEJALA

1. Sering merasa haus
2. Sering kencing terutama malam hari
3. Pandangan menjadi kabur
4. Sering merasa lelah tanpa sebab yang jelas dan mengantuk
5. Penurunan berat badan
6. Kulit terasa kering
7. Sering menderita sariawan atau infeksi (misalnya bisul) yang sulit sembuh
8. Mati rasa atau kesemutan di kaki dan tangan
9. Mual dan muntah

D. PENGELOLAAN DM

Perawatan DM dirumah saat ini sangat dianjurkan karena pengobatan dan perawatan DM membutuhkan waktu yang lama.

Cara Perawatan Pasien DM di Rumah adalah dengan jalan :

1. Minum obat secara teratur sesuai program
2. Diet yang tepat
3. Olahraga yang teratur
4. Kontrol GD teratur
5. Pencegahan komplikasi

E. PROPORSI DIET PENDERITA DIABETES

Proporsi diet/makanan harian yang benar bagi penderita DM berdasarkan anjuran dari PERKENI (perkumpulan Endokrinologi Indonesia) diet harian penderita DM disusun sebagai berikut:

1. Karbohidrat : 60-70 %
2. Protein : 10-15%
3. Lemak : 20-25%

F. KOMPLIKASI

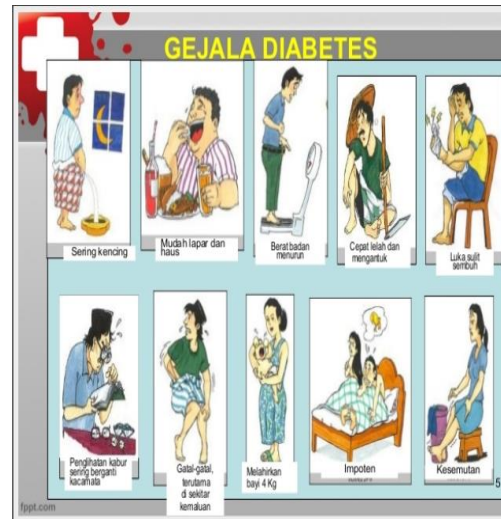
Komplikasi yang dapat terjadi bila penderita DM tidak dirawat dengan baik sehingga gula darah selalu tinggi adalah :

1. Ginjal : Gagal Ginjal, Infeksi
2. Jantung : Hipertensi, Gagal Jantung
3. Mata : Glaukoma, Katarak, Retinopati
4. Syaraf : Neuropati, mati rasa
5. Kulit : Luka lama, gangren
6. Hipoglikemi
7. Ketoasidosis

Untuk mencegah komplikasi sebaiknya yang dilakukan adalah :

1. Diet dengan benar
2. Minum obat teratur
3. Kontrol gula darah teratur
4. Olahraga (jalan kaki, senam, sepeda santai, dsb)

5. Bila saat aktifitas kemudian pusing, keringat dingin maka cepat minum teh manis
6. Mencegah kulit terluka : pakai alas kaki, lingkungan rumah tidak licin, tangga (undak-undakan tidak tinggi)
7. Cegah Kegemukan



DIABETES MELITUS



Disusun oleh:

Nurul Kalifah

NIM: 1701068

AKADEMI KEPERAWATAN KERTA
CENDEKIA TAHUN AJARAN

2020

