

# **KARYA TULIS ILMIAH**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS GANGREN DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN**



**Oleh :**

**RISKA MELINDAWATI**

**NIM 1701019**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO  
2020**

# **KARYA TULIS ILMIAH**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS GANGREN DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN**

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar  
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)  
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



**Oleh :**

**RISKA MELINDAWATI**

**1701019**

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO**

**2020**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Riska Melindawati  
NIM : 1701019  
Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 26 Desember 1998  
Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS GANGREN DI RUANG MELATI RSUD BANGIL PASURUAN”** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah 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 mendapat sanksi.

Sidoarjo, 11 juni 2020

Yang Menyatakan,

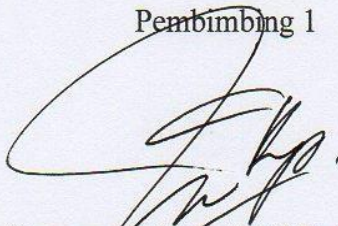


**Riska Melindawati**

**1701019**

Mengetahui,

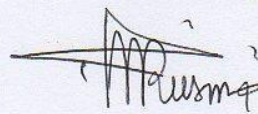
Pembimbing 1



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

**NIDN. 0731108603**

Pembimbing 2



**Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep, M.Kes**

**NIDN. 0725027901**

## LEMBAR PERSETUJUAN

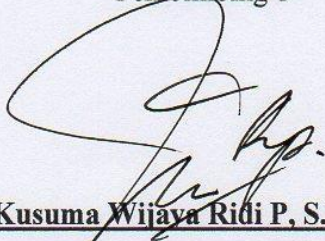
Nama : Riska Melindawati

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Gangren Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada tanggal : 11 Juni 2020

Oleh :

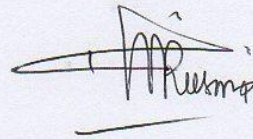
Pembimbing 1



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

NIDN. 0731108603

Pembimbing 2



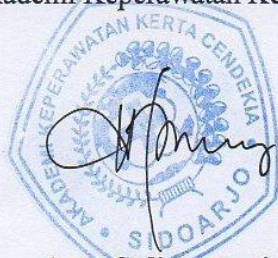
Ns. Riesmivatiningdyah, S.kep., M.Kes

NIDN. 0725027901

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

## HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program DIII Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 11 Juni 2020

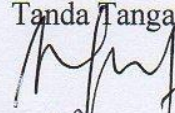
### TIM PENGUJI

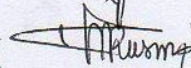
Ketua : Ns. Meli Diana, S.Kep.,M.Kes

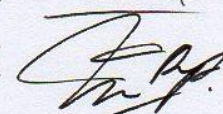
Anggota : 1. Ns. Riesmiyatiningdyah, S.Kep.,M.kes

2. Ns. Kusuma Wijaya R.P, S.kep.,MNS

Tanda Tangan

(  )

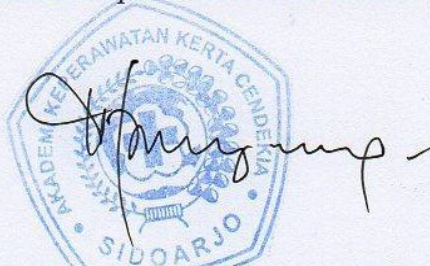
(  )

(  )

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia



**Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes**  
**NIDN. 0703087801**

## *MOTTO*

*Waktu bagaikan pedang,  
jika kamu tidak memanfaatkannya dengan  
baik, maka dia akan memanfaatkanmu*

*(Hr. Muslim)*

*“Ilmu adalah harta yang tidak akan pernah  
habis”*

## **PERSEMBAHAN**

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini memerlukan bantuan dari berbagai pihak. Maka untuk itu Karya Tulis Ilmiah ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya bagi kita semua
2. Teruntuk Ibuku tercinta Sumiarah dan Ayahku tercinta Naryedi Suharto, aku tidak akan pernah lupa semua pengorbanan dan jerih payah yang engkau berikan untukku agar dapat menggapai cita-cita ku dan semangat serta do'a yang kau lantunkan untukku, sehingga aku bisa sampai sekarang ini. Semoga kelak aku bisa menjadi orang sukses dan bisa membahagiakanmu, terima kasih ayah ibu untuk semua pengorbanan yang engkau berikan untukku.
3. Kepada Dosen pembimbing karya tulis ilmiah ini Bapak Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra S.Kep., MNS dan Ibu Ns. Riesmiyatiningdyah, S.kep., M.Kes yang selalu memberikan motivasi untukku, selalu peduli dan perhatian, ucapan terima kasih yang tak terhingga atas ilmu yang sangat bermanfaat bagiku
4. Teruntuk M.fatkurulloh terima kasih selama ini sudah menjadi teman, pacar, sahabat yang sangat mendukung serta menjadi sumber inspirasi dan motivasi untukku menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Sahabat-sahabatku seperjuangan yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terima kasih atas kerja sama dan solidaritas yang luar biasa sehingga membuat hari-hari semasa kuliah lebih berarti.
6. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan karya tulis ilmiah yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayat hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Gangren di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.**” ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

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 yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai dengan baik.
2. Orang tua tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan lancar.
3. Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
4. Ns. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep., MNS selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Riesmiyatiningdyah, S.kep., M.Kes selaku pembimbing 2 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
6. Para responden keluarga Klien.
7. Hj. Muniroh Mursan, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literatur yang dibutuhkan.
8. Pihak – pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis 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 para pembaca bagi keperawatan.

Sidoarjo 11 Juni 2020

Penulis



**Riska Melidawati**

NIM. 1701019



## DAFTAR ISI

Sampul Depan .....	i
Halaman Judul .....	ii
Surat Pernyataan .....	iii
Lembar Persetujuan .....	iv
Lembar Pengesahan .....	v
Motto .....	vi
Persembahan .....	vii
Kata Pengantar .....	viii
Daftar Isi .....	x
Daftar Gambar .....	xi
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan khusus .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.5 Metode Penelitian .....	6
1.5.1 Metode .....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	6
1.5.3 Sumber Data .....	7
1.5.4 Studi Kepustakaan .....	7
1.6 Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>9</b>
2.1 Konsep Penyakit .....	9
2.1.1 Definisi .....	9
2.1.2 Klasifikasi .....	9
2.1.3 Etiologi .....	11
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	13
2.1.5 Patofisiologi .....	14
2.1.6 Diagnosa Banding .....	16
2.1.7 Komplikasi .....	16
2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik .....	20
2.1.9 Pencegahan .....	21
2.1.10 Penatalaksanaan .....	23
2.1.11 Dampak Masalah .....	28
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	40
2.2.1 Pengkajian .....	40
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	45
2.2.3 Perencanaan .....	45
2.2.4 Pelaksanaan .....	59
2.2.5 Evaluasi .....	62
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>70</b>
3.1 Pengkajian .....	70
3.1.1 Identitas .....	70
3.1.2 Keluhan Utama .....	70
3.1.3 Riwayat Kesehatan .....	71

3.1.4 Status Cairan Dan Nutrisi.....	72
3.1.5 Genogram .....	73
3.1.6 Pemeriksaan Fisik.....	73
3.1.7 Data Psikososial .....	76
3.1.8 Data Spiritual.....	77
3.1.9 Data Penunjang.....	78
3.1.10 Terapi .....	80
3.2 Analisa Data.....	81
3.3 Diagnosa Keperawatan .....	84
3.4 Perencanaan Keperawatan .....	85
3.5 Implementasi Keperawatan.....	89
3.6 Catatan Perkembangan .....	99
3.7 Evaluasi Keperawatan .....	107
<b>BAB 4 PEMBAHASAN.....</b>	<b>111</b>
4.1 Pengkajian .....	111
4.2 Diagnosa keperawatan .....	118
4.3 Intervensi Keperawatan .....	122
4.4 Implementasi Keperawatan .....	125
4.5 Evaluasi Keperawatan .....	128
<b>BAB 5 PENUTUP .....</b>	<b>130</b>
5.1 Simpulan .....	130
5.2 Saran .....	132
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>13</b>

## DAFTAR GAMBAR

<b>No. Gambar</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Hal</b>
Gambar 2.1	Pathway .....	68
Gambar 3.1	Genogram Tn. S Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan ....	73

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 :	Pemeriksaan Diagnostik.....	20
Tabel 2.2 :	Terapi Diet .....	23
Tabel 3.1	Hasil pemeriksaan laboratorium.....	78
Tabel 3.2	Analisa Data pada Tn. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus Gangren.....	81
Tabel 3.3	Rencana Tindakan Keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus Gangren .....	85
Tabel 3.4	Implementasi pada Tn. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus Gangren.....	89
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan pada Tn. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus Gangren .....	99
Tabel 3.6	Evaluasi Keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus Gangren .....	107

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>No. Lampiran</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Hal</b>
Lampiran 1	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus .....	136
Lampiran 2	Surat Balasan Pengambilan Data .....	137
Lampiran 3	Lembar <i>Informed Consent</i> .....	138
Lampiran 4	Satuan Acara Penyuluhan .....	139
Lampiran 5	Leaflet Penyuluhan .....	140
Lampiran 6	Lembar Konsultasi Proposal .....	141
Lampiran 7	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah .....	142

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular, dan neuropati (Yuliana elin, 2009). Diabetes Mellitus bisa terdapat penurunan sekresi insulin atau resistensi insulin, tanpa efek samping yang ditimbulkan oleh insulin, glukosa tidak dapat dibawa ke dalam sel dan hiperglikemi (peningkatan kadar gula darah) dapat terjadi (Berkowitz, 2013). Fenomena yang ada di masyarakat adalah masyarakat sering menyebut penyakit diabetes mellitus itu adalah penyakit kencing manis, penyakit ini sering terjadi pada lansia. Mereka berpandangan bahwa diabetes mellitus terjadi akibat terlalu banyak mengonsumsi gula. Akan tetapi, kebanyakan orang yang terkena penyakit kencing manis ini masuk rumah sakit bukan karena penyakitnya ini, tetapi karena komplikasi yang sudah menyebar di tubuhnya termasuk di dalamnya adalah adanya gangren dan komplikasi pada mata (Sudarmoko, 2005).

Data World Health Organization (WHO) tahun 2016, 70% dari total kematian di dunia dan lebih dari setengah beban penyakit. 90-95% dari kasus Diabetes tipe 2 yang sebagian besar disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat. Di Indonesia sendiri, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar

2018, secara umum angka prevalensi diabetes mengalami peningkatan cukup signifikan dalam lima tahun terakhir. Ditahun 2013 angka diabetes pada orang dewasa mencapai 6,9% dan di tahun 2018 angka terus meningkat hingga 8,5%. Tiga daerah diindonesia memiliki tingkat prevalensi diabetes diatas 1,5% yaitu aceh, jawa timur, dan Sulawesi utara. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, didapatkan bahwa penderita Diabetes Millitus di RSUD Bangil antara bulan .... sampai dengan ... 2018 sebanyak .... orang (Rekam Medis RSUD Bangil, 2019).

Penyebab utama terjadi diabetes mellitus adalah kelainan genetik yaitu riwayat hidup keluarga (faktor keturunan) juga berperan seseorang terkena diabetes mellitus, apabila orang tua terkena diabetes mellitus maka kemungkinan besar akan menurun. Jika seorang sering mengalami stress maka ada kemungkinan akan terkena diabetes mellitus karena tubuh akan meningkatkan produksi hormon yang membuat kadar gula seseorang naik. Kelebihan berat badan (obesitas) merupakan gaya hidup yang kurang sehat, maka dari itu orang yang mengalami kelebihan berat badan dapat dikaitkan terkena diabetes mellitus karena dapat meningkatkan insulin (Depkes, 2015). Penderita diabetes mellitus harus memperhatikan pola makan yang meliputi jadwal, jumlah, dan jenis makanan yang dikonsumsi. Kadar gula darah meningkat drastis setelah mengkonsumsi makanan tertentu karena kecenderungan makanan yang dikonsumsi memiliki kandungan gula yang tidak terkontrol (Tandra, 2009) Defisiensi insulin karena para pasien sering memiliki insulin dalam jumlah bervariasi yang mencegah hiperglikemi berat

atau ketosis, peningkatan resistensi terhadap efek insulin ditempat kerjanya serta penurunan sekresi insulin oleh pancreas (Stephen J & William, 2010) . Pada usia terjadi pada usia 45-60 tahun, umur ini merupakan usia pra lansia dimana fungsi dan integrasi mulai mengalami penurunan kemampuan untuk mobilisasi dan aktivitas sudah mulai berkurang sehingga muncul beberapa penyakit yang menyebabkan status kesehatan menurun (Trisnawati, 2013). Tanda dan gejala yang mungkin terjadi meliputi sering kencing (*Poliuria*), meningkatnya ras haus (*Polidipsi*), meningkatnya rasa lapar (*Polipagi*), penurunan berat badan, mata kabur, kulit gatal, infeksi kulit, gatal disekitar penis dan vagina. Penanganan yang kurang terhadap penderita diabetes dapat mengakibatkan terjadi komplikasi akut yaitu koma hipoglikemi, ketoasidosis, sindrom hiperglikemi, penyakit pembuluh darah besar, penyakit pembuluh darah kecil, penyakit neuropati, rentan infeksi tuberculosis paru, infeksi saluran kemih, dan ulkus diabetik. (Tartowo, 2012)

Diabetes mellitus perlu dideteksi secara dini dengan pemeriksaan GDA minimal satu kali sebulan, yang dapat dilakukan pada saat *checkup* kesehatam atau pada saat periksa dokter. Penyakit ini dapat dicegah dengan cara olahraga secara teratur, membiasakan hidup sehat, menjaga pola makan, mengurangi konsumsi gula berlebih, tidur yang cukup, menjaga kadar gula darah, mengatur pola makan yang mengandung karbohidrat. Peran perawat dalam menerapkannya yaitu dengan memberikan edukasi kepada pasien dengan memberikan pendidikan kesehatan untuk menjaga pola makan, berolahraga secara teratur, mengurangi konsumsi gula.



## **1.2 Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Diabetes Melitus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mengkaji klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil

1.3.2.3 Merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil

1.3.2.5 Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil

#### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas ini dapat memberi manfaat :

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus.

1.4.2 Secara praktis, tugas ini akan bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus.

1.4.2.2 Bagi pelayanan kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus.

1.4.2.3 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis diabetes mellitus.

#### 1.4.2.4 Bagi klien dan keluarga

Manfaat bagi klien dan keluarga yaitu supaya klien dan keluarga dapat mengetahui gambaran umum tentang diabetes mellitus dan cara pencegahannya bagi klien dan keluarga.

### **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, dan evaluasi

#### 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

##### 1.5.2.1 Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, 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.

#### 1.5.2.4 Sumber Data

##### 1.5.2.4.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

##### 1.5.2.4.2 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 asma serta kerangka masalah.

Bab 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi 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**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pasien diabetes mellitus. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit diabetes mellitus dengan melakukan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

#### **2.1 Konsep Penyakit**

##### **2.1.1 Pengertian**

Diabetes Mellitus adalah sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemi akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (ADA, 2010).

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

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Klasifikasi diabetes mellitus menurut *American Diabetes Assosiation* (ADA), 2010 telah membagi jenis nya menjadi 4 :

### 2.1.2.1 Diabetes Tipe 1

Pada diabetes tipe 1 lebih sering ternyata pada usia remaja, lebih dari 90% dari sel pankreas yang memproduksi insulin mengalami kerusakan secara permanen. Oleh karena itu, insulin yang diproduksi sedikit atau tidak langsung dapat diproduksi, hanya sekitar 10% dari semua penderita diabetes mellitus tipe 1. Diabetes mellitus tipe 1 kebanyakan pada usia dibawah 30 tahun.

### 2.1.2.2 Diabetes Tipe 2

Pada diabetes tipe 2 resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif samapi terutama defek sekresi insulin disertai resistensi insulin. Diabetes tipe 2 ini tidak ada kerusakan pada pankreasnya dan dapat terus menghasilkan insulin, bahkan kadang-kadang insulin pada tingkat tinggi dari normal. Akan tetapi tubuh manusia resisten terhadap efek insulin, sehingga tidak ada efek insulin yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh.

### 2.1.2.3 Diabetes Tipe lain

- 1) Defek genetik fungsi sel beta
- 2) DNA Mtokondria
- 3) Defek genetik kerja insulin
- 4) Penyakit eksokrin pankreas :
  - (1) Pankreatitis
  - (2) Tumor
  - (3) Pankreatopati fibrokalkulus
- 5) Endokrinopati
  - (1) Akromegali
  - (2) Sindrom cushing

### (3) Hipertiroidisme

- 6) Karena obat / zat kimia
- 7) Pentamidin
- 8) Glukokortikoid

#### 2.1.2.4 Diabetes Gestasional

Diabetes ini terjadi karena peningkatan kadar gula darah atau hiperglikemia selama kehamilan dengan nilai kadar glukosa darah normal tetapi dibawah dari nilai diagnostik diabetes mellitus pada umumnya. Perempuan pada saat diabetes mellitus pada saat kehamilan sangat beresiko mengalami komplikasi selama kehamilan, ibu dengan diabetes gestasional memiliki resiko tinggi mengalami diabetes mellitus tipe 2 dikemudian hari.

#### 2.1.3 Etiologi

Diabetes Mellitus mempunyai etiologi yang heterogen, umumnya diabetes mellitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau besar dari sel beta pada pankreas yang berfungsi sebagai penghasil insulin yang berakibat kekurangan insulin.

Faktor lain yang dianggap sebagai etiologi Diabetes Mellitus menurut (Hasdianah, 2012) yaitu:

##### 2.1.3.1 Riwayat keturunan

Diabetes mellitus dapat diwariskan dari orang tua ke anak. Gen penyebab diabetes mellitus akan dibawa anak jika orang tua menderita diabetes mellitus.



### 2.1.3.2 Obesitas

Sembilan dari sepuluh orang dengan obesitas berpotensi untuk terserang diabetes, orang dengan obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin.

### 2.1.3.3 Pola Hidup

Pola hidup yang tidak sehat seperti kurang olahraga memiliki resiko lebih tinggi terkena diabetes mellitus, olahraga dapat membunuh kalori yang tertimbun di dalam tubuh.

### 2.1.3.4 Usia (Arisman, 2011 dalam Damayanti, 2016)

Diabetes sering muncul jika seseorang sudah memasuki usia rawan, terutama setelah usia 45 tahun pada mereka yang berat badan berlebih. Sehingga tubuhnya tidak peka lagi terhadap insulin.

### 2.1.3.5 Gaya hidup stress

Stress cenderung membuat seseorang mencari mencari makan yang berlemak tinggi dan manis untuk meningkatkan kadar serotonin otak yang memiliki efek penenang sementara untuk meredakan stressnya. Tetapi gula dan lemak tinggi itulah yang berbahaya bagi mereka dan dapat terkena diabetes mellitus.

### 2.1.3.6 Defisiensi Insulin

Berkurangnya insulin dapat mengakibatkan berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh yang dapat mengakibatkan gula darah naik.

#### 2.1.4 Tanda dan Gejala (Tartowo, 2012 dalam Damayanti, 2016)

Tanda dan gejala diabetes mellitus ini dikaitkan dengan metabolik yang lambat ketika pemecahan lemak dan protein karena resistensi dari insulin sehingga kadar glukosa dapat meningkat yang dapat menyebabkan :

##### 2.1.4.1 Rasa lelah dan kelemahan otot

Akibat gangguan aliran darah mengantuk pada klien diabetes lama, katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi.

##### 2.1.4.2 Sering kencing (*Poliuria*)

Adanya hiperglikemia menyebabkan sebagian glukosa dikeluarkan oleh ginjal bersama urine karena keterbatasan filtrasi ginjal dan kemampuan reabsorpsi ginjal dari tubulus untuk mempermudah pengeluaran glukosa maka diperlukan banyak air.

##### 2.1.4.3 Meningkat nya rasa lapar (*Polifagia*)

Meningkatkan untuk metabolisme, pemecahan glikogen untuk energi menyebabkan cadangan energi berkurang keadaan ini menstimulasi rasa lapar.

##### 2.1.4.4 Meningkat nya rasa haus (*Polidipsi*)

Banyaknya miksi menyebabkan tubuh kekurangan cairan (dehidrasi), hal ini dapat meningkatkan rasa haus.

#### 2.1.4.5 Mata kabur

Pada kondisi kronis keadaan hiperglikemia menyebabkan aliran darah menjadi lambat, sirkulasi ke vaskuler menjadi tidak lancar.

#### 2.1.4.6 Penurunan berat badan

Disebabkan banyaknya kehilangan cairan, glikogen dan cadangan trigleserida serta masa otot.

#### 2.1.4.7 Ketonuria

Glukosa tidak lagi digunakan oleh energi, tetapi digunakan asam lemak untuk energi. Asam lemak akan dipecah menjadi keton yang kemudian berada dalam darah dan dikeluarkan melalui ginjal kelemahan dan keletihan akibatnya pasien mudah lelah dan letih.

### 2.1.5 Patofisiologi

Diabetes Mellitus yang merupakan penyakit dengan gangguan pada metabolisme karbohidrat, protein dan lemak karena insulin tidak dapat bekerja secara optimal, jumlah insulin yang tidak memenuhi kebutuhan atau keduanya. Gangguan metabolisme tersebut dapat terjadi karena tiga hal yaitu pertama karena kerusakan pada sel-sel beta pankreas karena pengaruh dari luar seperti zat kimia, virus dan bakteri. Penyebab kedua adalah penurunan reseptor glukosa pada kelenjar pankreas dan yang ketiga karena kerusakan reseptor insulin di jaringan perifer (Fatimah, 2015).

Insulin yang disekresi oleh sel beta pankreas berfungsi untuk mengatur kadar glukosa darah dalam tubuh. Kadar glukosa darah yang tinggi

akan menstimulasi sel beta pankreas untuk mengsekresi insulin (Hanum, 2013). Sel beta pankreas yang tidak berfungsi secara optimal sehingga berakibat pada kurangnya sekresi insulin menjadi penyebab kadar glukosa darah tinggi. Penyebab dari kerusakan sel beta pankreas sangat banyak seperti contoh penyakit autoimun dan idiopatik (NIDDK, 2014).

Gangguan respon metabolik terhadap kerja insulin disebut dengan resistensi insulin. Keadaan ini dapat disebabkan oleh gangguan reseptor, pre reseptor dan post reseptor sehingga dibutuhkan insulin yang lebih banyak dari biasanya untuk mempertahankan kadar glukosa darah agar tetap normal. Sensitivitas insulin untuk menurunkan glukosa darah dengan cara menstimulasi pemakaian glukosa di jaringan otot dan lemak serta menekan produksi glukosa oleh hati menurun. Penurunan sensitivitas tersebut juga menyebabkan resistensi insulin sehingga kadar glukosa dalam darah tinggi (Prabawati, 2012)

Kadar glukosa darah yang tinggi selanjutnya berakibat pada proses filtrasi yang melebihi transpor maksimum. Keadaan ini mengakibatkan glukosa dalam darah masuk ke dalam urin (*Glukosuria*) sehingga terjadi diuresis osmotik yang hilang melalui urin yang berlebihan (*Poliuria*). Banyaknya cairan yang keluar menimbulkan sensasi rasa haus (*Polidipsia*). Glukosa yang hilang melalui urin dan resistensi insulin menyebabkan kurangnya glukosa yang akan diubah menjadi energi sehingga menimbulkan rasa lapar yang meningkat (*polifagia*) sebagai kompensasi terhadap kebutuhan energi.

Penderita akan merasa mudah lelah dan mengantuk jika tidak ada kompensasi terhadap kebutuhan energi tersebut (Hanum, 2013).

#### 2.1.6 Diagnosa Banding

Hiperglikemia reaktif, toleransi glukosa terganggu (TGT) glukosa darah puasa terganggu TTGO (Damayanti, 2016)

#### 2.1.7 Komplikasi

Komplikasi diabetes mellitus dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu komplikasi metabolik akut dan komplikasi vascular jangka panjang (Siregar, 2011):

##### 2.1.7.1 Komplikasi metabolik akut

###### 1) Hipoglikemia

Kadar glukosa darah yang terlalu rendah sampai dibawah 60 mg/dl disebut hipoglikemia. Hipoglikemia dapat terjadi pada penderita diabetes mellitus yang diobati dengan suntikan insulin ataupun minum obat hipoglikemik oral tetapi tidak makan dan olahraganya melebihi biasanya. Dapat juga terjadi pada alkoholik, adanya tumor yang mengsekresi glukogen, malnutrisi, dan yang jarang terjadi pada sepsis. Hipoglikemia dapat juga terjadi tanpa gejala awal pada sebagian pasien diabetes yang juga menderita hipertensi, khususnya di malam hari atau saat menggunakan obat betabloker.

###### 2) Ketoasidosis Diabetik

Ketoasidosis diabetik adalah gawat darurat dari akibat hiperglikemia dimana terbentuk banyak asam dalam darah. Hal ini terjadi akibat sel otot tidak mampu lagi membentuk energi sehingga dalam keadaan darurat ini tubuh akan memecah lemak dan terbentuklah asam yang bersifat racun dalam peredaran darah yang disebut keton.

### 3) Hiperosmolar Nonketotik

Hiperosmolar nonketotik adalah suatu keadaan dimana kadar glukosa darah sangat tinggi sehingga darah menjadi kental, kadar glukosa darah diabetes bisa sampai diatas 600 mg/dl. Glukosa ini akan menarik air keluar sel dan selanjutnya keluar dari tubuh melalui kencing sehingga timbul lah kekurangan cairan tubuh atau dehidrasi. Gejala hyperosmolar nonketotik mirip dengan ketoasidosis, perbedaanya adalah tidak dijumpai nafas yang cepat dan dalam serta berbau keton. Gejala yang ditimbulkan adalah rasa sangat haus, banyak kencing, lemah, kaki, dan tungkai kram, bingung, nadi berdenyut cepat, kejang dan koma.

#### 2.1.7.2 Komplikasi Vaskular Jangka Panjang

##### 1) Kerusakan Ginjal

Diabetes mellitus dapat mempengaruhi struktur dan fungsi ginjal, ginjal menjadi tidak dapat menyaring zat yang terkandung dalam urine. Bila ada kerusakan ginjal, racun tidak dapat dikeluarkan sedangkan protein yang seharusnya dipertahankan ginjal bocor

keluar. Penderita diabetes mellitus memiliki 20 kali lebih besar resiko menderita kerusakan ginjal dibandingkan dengan orang tanpa diabetes mellitus.

## 2) Kerusakan Saraf

Kerusakan saraf adalah komplikasi diabetes mellitus yang paling sering terjadi, baik penderita diabetes tipe 1 maupun tipe 2 bisa terkena neuropati. Hal ini bisa terjadi setelah glukosa darah terus tinggi, tidak terkontrol dengan baik dan berlangsung sampai 10 tahun atau lebih. Akibatnya saraf tidak bisa mengirim atau menghantar pesan-pesan rangsangan impuls saraf, salah kirim, atau terlambat dikirim.

## 3) Kerusakan Mata

Penyakit diabetes mellitus dapat merusak mata dan menjadi penyebab utama kebutaan. Setelah mengidap diabetes mellitus selama 15 tahun, rata-rata 2% penderita diabetes mellitus menjadi buta dan 10% mengalami cacat penglihatan. Kerusakan mata akibat diabetes mellitus yang paling sering adalah kerusakan retina. Glukosa darah yang tinggi menyebabkan kebocoran pembuluh darah kapiler.

## 4) Penyakit Jantung

Diabetes mellitus dinding pembuluh darah yang menyebabkan penumpukan lemak di dinding yang rusak dan menyempitkan pembuluh darah. Jika pembuluh darah koroner

menyempit, otot jantung akan kekurangan oksigen dan makanan akibat suplai darah yang kurang. Selain menyebabkan suplai darah ke otot jantung, penyempitan pembuluh darah juga mengakibatkan tekanan darah meningkat, sehingga dapat mengakibatkan kematian.

#### 5) Hipertensi

Penderita diabetes mellitus cenderung terkena hipertensi dua kali lipat dibanding orang tidak menderita diabetes mellitus. Hipertensi bisa merusak pembuluh darah, hipertensi dapat memicu terjadinya serangan jantung, retinopati, kerusakan ginjal, atau stroke. Antara 35-75% komplikasi diabetes mellitus disebabkan oleh hipertensi, faktor yang dapat mengakibatkan hipertensi pada penderita diabetes mellitus adalah obesitas dan pengapuran atau penebalan dinding pembuluh darah.

#### 6) Gangguan Saluran Pencernaan

Mengidap diabetes mellitus terlalu lama dapat mengakibatkan saraf yang memelihara lambung akan rusak sehingga fungsi lambung untuk menghancurkan makanan menjadi lemah. Hal ini mengakibatkan proses pengosongan lambung terganggu dan makanan lebih lama tinggal di dalam lambung, gangguan pada usus yang sering diutarakan oleh penderita diabetes mellitus adalah sukar buang air besar, perut kembung, dan kotoran keras. Keadaan sebaliknya adalah kadang-kadang menunjukkan keluhan diare, kotoran banyak mengandung air tanpa rasa sakit perut.



## 2.1.8 Pemeriksaan diagnostik

(Sudoyo Aru dkk, 2009)

2.1.8.1 3 (tiga) hari sebelum pemeriksaan tetap 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 Diperiksa konsentrasi gula darah puasa

2.1.8.4 Diberikan glukos 75 gr (orang dewasa) atau 1,75 gr/kgBB (anak-anak) dilarutkan dalam air 250ml dan diinum dalam waktu 5 menit

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

2.1.8.6 Periksa glukosa darah 2 jam sesudah beban glukosa

2.1.8.7 Selama proses pemeriksaan subyek yang diperiksa tetap istirahat dan tidak merokok.

Tabel 2.1 Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa (Sudoyo Aru dkk, 2009)

Kadar glukosa darah sewaktu mg/dl		
Kadar glukosa darah Sewaktu	Diabetes mellitus	Belum pasti
Plasma vena	>200	100-200
Darah kapiler	>200	80-100
Kadar glukosa darah puasa mg/dl		
Kadar glukosa darah Puasa	Diabetes mellitus	Belum pasti
Plasma vena	>120	110-120
Darah kapiler	>110	90-110

### 2.1.9 Pencegahan

Penderita diabetes mellitus dapat mencegah atau paling tidak memperlambat perkembangan komplikasi diatas dengan memantau dan mengendalikan empat faktor yaitu (Soegondo, 2011):

#### 2.1.9.1 Kontrol kadar gula darah

Pemeriksaan kadar glukosa darah yang dilakukan dilaboratorium dengan metode oksidasi glukosa atau o-toluidin memberikan hasil yang lebih akurat. Oleh karena itu untuk menentukan diagnose Diabetes Mellitus, namun dengan adanya uji

strip glukosa darah baik yang menggunakan glucometer maupun secara kasat mata memungkinkan pasien melakukan pemeriksaan kadar glukosa darah sendiri dirumah.

#### 2.1.9.2 Aktivitas / olahraga

Olahraga selama 30-40 menit dapat meningkatkan pemasukan glukosa kedalam sel sebesar 7-20 kali lipat dibandingkan tanpa olahraga. Olahraga yang tepat untuk diabetes mellitus adalah jalan, jogging, renang, bersepeda dan aerobik.

#### 2.1.9.3 Diet

*The American Cancer society, The American Heart Association and The American Diabetic Association* menyarankan 25-35 g *fiber*l hari dari berbagai bahan makanan seperti sayur-sayuran dan buah-buahan. Konsensus nasional mengelola diabetes diindonesia menyarankan 20-25 g/hari bagi orang yang beresiko menderita diabetes mellitus.

#### 2.1.9.4 Kepatuhan minum obat

Berbagai peneliti menunjukkan bahwa kepatuhan minum obat pasien pada pengobatan penyakit yang bersifat kronis pada umumnya rendah. Penelitian yang melibatkan pasien berobat jalan menunjukkan bahwa lebih dari 70% pasien tidak minum obat esuai dengan dosis yang seharusnya.

### 2.1.10 Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi diabetes mellitus untuk mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mencegah terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik.

#### 2.1.10.1 Terapi diet ( Putra, 2019)

Syarat diet yang tepat pada pasien dengan diabetes mellitus merupakan upaya yang efektif dalam pengelolaan diabetes. Terapi diet dikaitkan dengan konsumsi pembatasan karbohidrat, pembatasan asupan lemak, mengontrol berat badan, konsumsi buah dan konsumsi alkohol.

Tabel 2.2 Diet diabetes mellitus (Almatsier, 2006 dalam Kalpajar, 2018)

Jenis diet	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

### 1) Pembatasan karbohidrat

Semua makanan yang mengandung karbohidrat dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah. Peningkatan kadar glukosa darah dipengaruhi oleh jumlah makanan yang dikonsumsi. Sukrosa tidak lagi dianggap lebih berbahaya bagi kadar glukosa darah dari karbohidrat lainnya, namun sukrosa masih merupakan sumber bahaya bagi gigi sehingga kita dapat mengonsumsinya dengan hemat. Buah yang mengandung fruktosa harus didorong karena memiliki efek glikemik yang rendah dengan mengonsumsi buah ini juga digunakan untuk memenuhi kebutuhan serat sehingga orang dengan diabetes harus didorong untuk makan lima porsi buah dan sayuran perhari.

### 2) Pembatasan lemak

Lemak tidak boleh diabaikan ketika memberikan saran diet bagi penderita diabetes, ini adalah salah satu sumber utama energi makanan. Kurangi asupan lemak umumnya diperlakukan untuk mengendalikan berat badan, pasien diabetes mellitus umumnya harus didorong untuk mengonsumsi lebih sedikit lemak dan jika mungkin dalam konsumsi lemak yang dipilih, yang berasal dari sumber tak jenuh tunggal.

### 3) Mengontrol berat badan

Kontrol berat badan adalah hal yang penting dilakukan oleh orang dengan diabetes mellitus karena obesitas akan menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah. Selain pengaturan pola makan, saran untuk kegiatan fisik juga harus dilakukan.

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{(\text{tinggi badan cm}/100)^2}$$

Klasifikasi nilai IMT :

(1) Berat badan kurang	<18,5
(2) Kisaran normal	18,5-24,5
(3) Berat badan lebih	>25
(4) Pra-obese	25,0-29,9
(5) Obesitas tingkat I	30,0-34,9
(6) Obesitas tingkat II	35,0-39,9
(7) Obesitas tingkat III	>40

#### 4) Pembatasan konsumsi alkohol

Orang dengan diabetes mellitus sebaiknya hindari konsumsi alkohol karena dengan mengonsumsi alkohol dapat berdampak dengan meningkatkan sensitivitas insulin mengakibatkan penurunan kadar glukosa darah secara drastis, dalam kondisi seperti itu perlu dicatat bahwa asupan karbohidrat yang cukup untuk menghindari diabetes mellitus adalah kondisi hipoglikemia.

#### 2.1.10.2 Latihan fisik

Tujuan latihan fisik pada penderita diabetes mellitus yaitu meningkatkan kepekaan dari insulin, mencegah kegemukan, memperbaiki aliran darah, merangsang pembentukan glikogen baru dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Dengan prinsip dalam olahraga : Jenis olahraga dinamis, intensitas olahraga, lama latihan, dan frekuensi latihan.

### 2.1.10.3 Pendidikan tentang diabetes mellitus

Pendidikan yang diberikan kepada penderita diabetes mellitus disebut PKMRS atau penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit bisa melalui berbagai macam media seperti seperti leaflet dan poster dengan tujuan dapat merawat diri sendiri sehingga mampu mempertahankan hidup dan komplikasi lebih lanjut (Hasdianah, 2012).

### 2.1.10.4 Terapi Farmakologi (Putra, 2019)

Obat hipoglikemi oral (OHO) :

#### 1) Golongan sulfonilurea

Obat ini merangsang sel beta pankreas untuk memproduksi lebih banyak insulin dalam menanggapi kadar glukosa darah, meningkatkan sensitivitas insulin dan menurunkan metabolisme hepatic terhadap insulin.

#### 2) Golongan biguanid

Obat ini untuk mengurangi penyerapan glukosa di dalam usus, mengurangi resistensi insulin pada jaringan perifer dan menghambat glucogenesis hati.

#### 3) Prandial glucose regulator

Obat ini dirancang untuk merangsang insulin tambahan bertepatan dengan proses pencernaan, obat ini biasanya diambil 15menit sebelum makan dan sifat obat ini adalah bahwa hal itu dapat diserap cepat oleh tubuh.

#### 4) Thiazolidinedione

Obat ini penanganan resistensi insulin dan meningkatkan sensitivitas insulin pada jaringan perifer, meningkatkan penyerapan glukosa di jaringan perifer dan menurunkan produksi glukosa hepatic. Obat ini biasanya digunakan dengan obat oral lainnya.

#### 5) Alpha-glucosidase inhibitor

Obat ini adalah acarbose, acarbose sekarang sangat jarang digunakan karena efek samping yang menonjol, mekanisme kerja obat ini menunda pembentukan monosakarida berasal dari sukrosa dan dapat dicerna dalam usus kecil.

#### 2.1.10.5 Terapi insulin (Putra, 2019)

Terapi insulin adalah pengobatan yang merupakan suatu keharusan bagi orang-orang dengan tipe 1 diabetes mellitus, dan penggunaannya dilakukan sepanjang hidupnya. Tapi untuk pasien diabetes tipe 2 yang paling penting adalah manajemen perubahan dalam gaya hidup.

##### 1) Insulin eksogen kerja cepat

Bentuknya berupa larutan jernih, mempunyai onset cepat dan durasi pendek. Yang termasuk adalah insulin regular (Crystal zinc insulin/CZI).



2) Insulin eksogen kerja sedang

Bentuknya terlihat keruh karena berbentuk hablur-hablur kecil, dibuat dengan menambahkan bahan yang dapat memperlama kerja obat dengan cara memperlambat penyerapan insulin dalam darah.

3) Insulin kerja campur antara kerja cepat dan kerja sedang (insulin premix)

Insulin ini mempunyai onset cepat dan sedang (24 jam). Preparatnya mixtard 30/40.

4) Insulin eksogen kerja panjang (lebih dari 24jam)

Campuran dari insulin dan protamine, diabsorsi dengan lambat dari tempat penyutikan sehingga efek yang dirasakan cukup lama yaitu sekitar 34-36 jam. Preparat : protamine zinc (PZI) ultratard.

#### 2.1.11 Dampak masalah

Diabetes mellitus memberikan dampak pada organ tubuh dapat menjadi masalah yang serius tinggal nya tingkat gula darah yang konsisten yang serius bagi berbagai organ tubuh, termasuk organ-organ vital (Damayanti, 2016)

## 2.2 Konsep Gangren

### 2.2.1 Definisi

Gangren adalah istilah medis yang digunakan untuk menggambarkan kematian area tubuh. Ini terjadi ketika pasokan darah terpotong ke bagian yang terganggu sebagai akibat dari berbagai proses seperti infeksi, pembuluh darah, penyakit atau trauma. Gangren dapat melibatkan bagian manapun dari tubuh, situs yang paling adalah jari kaki, jari tangan, kaki atau tangan (Nirwana, 2011).

### 2.2.1 Klasifikasi Gangren (Wagner, 1983 dalam Rahmawati, 2017)

Derajat 0 : tidak ada lesi luka, kulit utuh dan mungkin disertai kelainan bentuk kaki atau selulitis.

Derajat 1 : ulkus superfisial dan terbatas dikulit

Derajat 2 : ulkus dalam mengenai tendon, kapsula sendi atau fascia yang dalam tanpa abses

Derajat 3 : ulkus yang dalam disertai abses, osteomyelitis atau sepsis sendi

Derajat 4 : gangren yang terlokalisasi pada kaki bagian depan atau tumit

Derajat 5 : gangren seluruh kaki dan sebagian tungkai bawah

### 2.2.2 Etiologi

Faktor pertama yang berperan dalam timbulnya ulkus diabetikum yaitu angiopati, neuropati, dan infeksi. Adanya angiopati perifer dapat menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga dapat menimbulkan trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya

ulkus. Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit dan nyeri, adanya angiopati juga dapat menyebabkan penurunan nutrisi, oksigen, serta antibiotika yang dapat menyebabkan luka sukar sembuh. (Levin, 2001 dalam Rahmawati, 2017)

### 2.2.3 Jenis Gangren (Nirwana, 2011)

#### 2.2.3.1 Gangren kering

Disebabkan oleh pengurangan aliran darah melalui arteri, tampaknya secara bertahap dan berlangsung perlahan-lahan, pada kebanyakan orang bagian yang sakit tidak menjadi terinfeksi, dalam jenis gangren bagian menjadi dingin dan hitam mulai mengering dan akhirnya sloughs off. Gangren kering sering terlihat pada orang dengan penyumbatan arteri akibat peningkatan kadar kolesterol, merokok, faktor genetik, dan lainnya.

#### 2.2.3.2 Gangren basah atau lembab

Berkembang sebagai komplikasi dari luka yang terinfeksi yang tidak diobati, pembekakan akibat infeksi bakteri menyebabkan penghentian tiba-tiba aliran darah. penghentian aliran darah ini memfasilitasi invasi otot-otot oleh bakteri.

#### 2.2.3.3 Gangren gas

Jenis gangren basah yang disebabkan oleh bakteri yang dikenal sebagai clostridia. Clostridia adalah jenis infeksi bakteri penyebab yang tumbuh dalam ketiadaan oksigen, mereka memproduksi racun dan gas beracun sehingga kondisi seperti ini disebut gas gangren.

## 2.2.4 Penyebab gangren (Nirwana, 2011)

2.2.4.1 Kondisi selanjutnya merupakan faktor resiko untuk pengembangan gangren

2.2.4.2 Cedera atau trauma, seperti cedera naksir, luka bakar berat atau radang dingin

2.2.4.3 Penyakit yang mempengaruhi sirkulasi darah, seperti arteriosklerosis, diabetes, merokok, atau penyakit nayraud.

2.2.4.4 Infeksi luka

## 2.2.5 Tanda dan gejala gangren

Menurut (Nirwana, 2011) gejala gangren dapat dibedakan berdasarkan jenisnya yaitu:

### 2.2.5.1 Gangren kering

- 1) Daerah yang terkena menjadi dingin atau mati rasa
- 2) Awalnya, daerah yang terkena menjadi merah
- 3) Kemudian, mengembangkan perubahan warna coklat
- 4) Akhirnya, menjadi hitam dan keriput

### 2.2.5.2 Gangren basah atau lembab

- 1) Daerah yang terkena menjadi bengkak dan meluruh
- 2) Menyakitkan
- 3) Daerah luka berdarah
- 4) Luka menghasilkan bau busuk
- 5) Luka menjadi hitam
- 6) Timbul demam

### 2.2.5.3 Gangren gas

- 1) Luka terinfeksi
- 2) Sebuah debit coklat atau merah atau berdarah dan cairan dari jaringan yang terkena
- 3) Gas yang dihasilkan oleh clostridia dapat menghasilkan sensasi bergerak ketika daerah yang terkena ditekan
- 4) Terjadi pembengkakan
- 5) Nyeri parah pada daerah yang terkena
- 6) Timbul demam, denyut jantung meningkat dan bernafas cepat jika racun menyebar ke aliran darah.

### 2.2.6 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 autonomic akan 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 diabetic (Askandar, 2001 dalam Rahmawati 2017).

Ulkus diabetikum terdiri dari kavitas sentral biasanya lebih besar dibanding pintu masuknya, dikelilingi kalus keras dan tebal. Awalnya proses pembentukan ulkus berhubungan dengan hiperglikemia yang berefek terhadap saraf perifer, kolagen, keratin dan suplai vaskuler. Dengan adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras terhadap daerah kaki yang mengalami daerah terbesar. Neuropati sensoris perifer memungkinkan terjadinya trauma berulang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan area kalus, selanjutnya terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya rupture sampai permukaan kulit menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka yang abnormal menghalangi resolusi mikroorganisme yang masuk mengadakan kolonisasi di daerah ini. *Drainase* yang inadkuat menimbulkan *closed space infection*, akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya.

Penyakit neuropati dan vaskuler adalah faktor utama yang berkontribusi terjadinya luka. Masalah luka yang terjadi pada pasien dengan diabetik terkait dengan adanya pengaruh pada saraf yang terdapat pada kaki yang biasanya disebut dengan neuropati perifer. Pada pasien dengan diabetik sering kali mengalami gangguan pada sirkulasi, gangguan sirkulasi inilah yang sering menyebabkan kerusakan pada saraf. Hal ini terkait dengan diabetik neuropati yang berdampak pada sistem saraf autonom, yang mengontrol fungsi otot-otot halus, kelenjar dan organ visceral.

Dengan adanya gangguan pada saraf autonom pengaruhnya adalah terjadinya perubahan tonus otot yang menyebabkan abnormalnya aliran

darah. Dengan demikian kebutuhan akan nutrisi dan oksigen maupun pemberian antibiotic tidak mencukupi atau tidak dapat mencapai jaringan perifer, juga tidak memenuhi kebutuhan metabolisme pada lokasi tersebut, efek pada autonomi neuropati ini akan menyebabkan kulit menjadi kering yang memudahkan kulit menjadi rusak akan berkontribusi untuk terjadinya gangrene. Dampak lainnya yaitu adanya neuropati perifer yang mempengaruhi kepada saraf sensori dan sistem motor yang menyebabkan hilangnya sensasi nyeri, tekanan dan perubahan temperature (Suryadi, 2004 dalam Rahmawati 2017).

## 2.2.7 Penatalaksanaan

### 2.2.7.1 Pengobatan

Pengobatan dari gangrene diabetik sangat dipengaruhi oleh derajat dan dalamnya ulkus, apabila dijumpai ulkus yang dalam harus dilakukan pemeriksaan yang sama untuk menentukan kondisi ulkus dan besar kecilnya debridement yang 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, kontrol diabetes mellitus dan kontrol faktor penyerta)
- 4) Meningkatkan edukasi klien

### 2.2.7.2 Perawatan luka diabetik

#### 1) Mencuci luka

Merupakan hal pokok untuk meningkatkan, mempercepat dan memperbaiki proses penyembuhan luka serta menghindari kemungkinan terjadinya infeksi. Proses pencucian luka bertujuan untuk membuang jaringan nekrosis, cairan luka yang berlebih, sisa balutan yang digunakan dan sisa metabolik tubuh pada permukaan luka. Cairan yang terbaik dan teraman untuk mencuci luka adalah yang non toksik pada proses penyembuhan luka (misalnya NaCl 0,9%). Penggunaan *hydrogenperoxida*, *hypochlorite solution*, dan beberapa cairan lainnya sebaiknya hanya digunakan pada jaringan nekrosis dan tidak digunakan pada jaringan granulasi. Ciran 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 Rahmawati, 2017).

#### 2) Debridement

Debridement adalah pembuangan jaringan nekrosis 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 yang



menempel pada luka (peristiwa *autolysis*). Autolysis adalah peristiwa pecahnya atau rusaknya jaringan nekrotik oleh leukosit dan enzim *hyzomatik*. Debridement dengan system *autolysis* dengan menggunakan *occlusive dressing* merupakan cara teraman dilakukan pada klien dengan luka diabetik, terutama untuk menghindari resiko infeksi (Gitarja, 1999 dalam Rahmawati, 2017).

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 Rahmawati 2017).

4) Nutrisi

Faktor nutrisi merupakan salah satu faktor penting yang berperan dalam penyembuhan luka. Penderita dengan gangrene diabetic biasanya diberikan diet B1 dengan nilai gizi yaitu : 60% kalori karbohidrat, 20% kalori lemak, 20% kalori protein (Tjokroprawiro, 2001 dalam Rahmawati, 2017).

5) Pemilihan jenis balutan

Tujuannya adalah memilih balutan yang dapat mempertahankan suasana lingkungan luka dalam keadaan lembab, mempercepat proses penyembuhan hingga 50%, absorbs eksudat atau cairan luka yang keluar berlebihan, membuang jaringan nekrosis, control terhadap infeksi atau menghindar dari kontaminasi,

nyaman digunakan dan menurunkan rasa sakit saat menganti balutan dan menurunkan jumlah biaya dan waktu perawatan. Jenis balutannya yaitu : *absorbent dressing, hydroactive gel, hydrocoloi* (Gitarja, 1999 dalam Rahmawati, 2017).

Selain pengobatan dan perawatan diatas, perlu juga pemeriksaan Hb dan albumin minimal satu minggu sekali. Karena adanya anemia hipoalbumin akan sangat berpengaruh dalam penyembuhan luka, diusahakan agar Hb lebih dari 12 g/dl dan albumin darah dipertahankan lebih 3,5 g/dl. Dan perlu juga dilakukan monitor glukosa darah secara ketat, karena bila didapat kan peningkatan glukosa darah yang sulit dikendalikan. Ini merupakan salah satu tanda memburuknya infeksi yang ada sehingga luka sukar sembuh. Untuk mencegah timbulnya gangrene diabetic dibutuhkan kerja sama antara dokter, perawat, dan penderita sehingga tindakan pencegahan dapat di deteksi dini beserta terapi yang rasional bisa dilaksanakan dengan harapan biaya yang besar, morbiditas, penderita gangrene dapat ditekan serendah-rendahnya. Upaya untuk pencegahan dapat dilakukan dengan cara penyuluhan dimana masing-masing profesi mempunyai peran yang saling menunjang.

- 6) Gunakan alas kaki yang pas dan kaos kaki yang bersih setiap saat berjalan dan jangan bertelanjang kaki bila berjalan.

- (1) Cucilah kaki setiap hari dan keringkan dengan baik serta berikan perhatian khusus pada daerah sela-sela jari kaki.

- (2) Jangan lah mengobati sendiri apabila terdapat kalus, tonjolan kaki atau pada jamur pada kuku kaki.
- (3) Suhu air yang digunakan untuk mencuci kaki antara 29,5-30 derajat celcius dan diukur dulu dengan thermometer.
- (4) Jangan menggunakan alat pemanas atau botol diisi air panas
- (5) Langkah-langkah yang dapat mampu meningkatkan sirkulasi pada ekstremitas bawah yang harus dilakukan yaitu : hindari kebiasaan merokok, hindari merendam kaki dalam air dingin, gunakan kaos kaki atau stoking yang tidak menyebabkan tekanan pada tungkai atau daerah tertentu, periksalah kaki setiap hari dan laporkan bila terdapat luka, bullae kemerahan atau tanda-tanda radang, sehingga segera dilakukan tindakan awal dan jika kulit kaki kering gunakan pelembab atau *cream*.

## 2.2.8 Dampak Masalah

Gangrene diabetic memberikan dampak yang timbul akibat penyakit yang di derita baik secara social, ekonomi dan pengetahuan yang sebagai berikut :

### 2.2.8.1 Sosial

Menurut Taylor (1999) individu dengan dukungan social tinggi akan mengalami stress yang rendah ketika mereka mengalami stress dan mereka akan mengatasi stress atau menggunakan coping yang baik. Selain itu dukungan social juga menunjukkan kemungkinan sakit lebih rendah,

mempercepat proses penyembuhan ketika sakit (Kulik, 1989 dalam Mutoharoh, 2010)

#### 2.2.8.2 Ekonomi

Dampak yang timbul secara ekonomi adalah berkaitan erat dengan kondisi keuangan utama, tidak bisa dipungkiri jika pasien tersebut sangat susah dalam kondisi ekonominya. Sehingga yang seharusnya diberikan penanganan atau terapi khusus dengan terpaksa terhenti, apa lagi pasien tersebut adalah kepala keluarga yang biasanya mencari uang untuk kebutuhan hidup terpaksa berhenti karena sakit. Tidak menutup kemungkinan akan berpengaruh pada fisiologisnya dan timbul stress sehingga pemulihannya lama.

#### 2.2.8.3 Pengetahuan

Jika seseorang dengan pengetahuan yang cukup maka seseorang akan timbul motivasi dalam diri untuk melakukan upaya tentang pencegahannya maka tidak akan terjadi komplikasi dari penyakit diabetes mellitus. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki seseorang akan berpengaruh dalam bertindak.

## 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Pengkajin

#### 2.3.1.1 Pengumpulan Data (Putra, 2019)

##### 1) Identitas Klien

###### (1) Genetik

Mempengaruhi penyakit diabetes mellitus karena kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe HLA ( Human Leucocyte Antigen) tertentu.

###### (2) Usia

Usia diabetes tipe 1 usia < 30 tahun, diabetes mellitus tipe 2 usia > 30 tahun dan cenderung meningkat pada usia > 65 tahun.

###### (3) Jenis Kelamin

Sebagian besar dijumpai pada perempuan dibandingkan laki-laki, karena faktor resiko terjadi diabetes mellitus pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki yaitu 2-3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan.

##### 2) Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan faktor utama yang mendorong pasien mencari pertolongan atau berobat kerumah sakit, biasanya pada pasien diabetes mellitus sering didapatkan keluhan berupa keletihan, sering kesemutan, sering kencing, takikardia, susah konsentrasi, berat badan menurun, tiba-tiba penglihatan kabur dan penurunan kesadaran.

3) Riwayat Penyakit dahulu

Perlu ditanyakan apakah sebelumnya pasien pernah menderita penyakit diabetes mellitus atau pernah menderita penyakit lainnya yaitu infeksi pankreas, atau hipertensi

4) Riwayat penyakit sekarang

Pada umumnya penyakit pada pasien diabetes mellitus adalah sering lelah, lemas, kesemutan, nafsu makan bertambah, banyak minum sering kencing, berat badan menurun.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu ditanyakan apakah di dalam satu keluarga pernah ada yang menderita penyakit diabetes mellitus atau pernah menderita penyakit yang lainnya seperti kanker

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Makan terlalu banyak karbohidrat dari nasi dan roti bisa menyebabkan penyimpanan dalam bentuk gula dalam darah (glikogen), banyak mengonsumsi makanan yang mengandung gula, dan minuman beralkohol dapat merusak pankreas. Kurangnya aktivitas fisik menyebabkan terjadinya penumpukan lemak didalam tubuh.

7) Pemeriksaan Fisik

1) *Breathing* (B1)

- (1) Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada retraksi otot bantu nafas, terkadang ada yang membutuhkan alat bantu nafas. Terjadi pernafasan cepat dan dangkal, nafas bau aseton.
- (2) Palpasi : vocal fremitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal.
- (3) Perkusi : Terdapat suara sonor.
- (4) Auskultasi : Tidak ditemukan suara tambahan, suara nafas vesikuler.

(Putra, 2019)

2) *Blood* (B2)

- 1) Inspeksi : Penyembuhan luka yang lama karena adanya hipertensi
- 2) Palpasi : Ictus cordis tidak teraba, nadi  $> 84x/\text{menit}$  ( bisa juga terjadi takikardia), irama ireguler, CRT dapat kembali  $<$  detik ( bisa saja CRT  $> 3$  detik dan terjadi sianosis), pulsasi kuat pada radialis.
- 3) Perkusi : Suara pekak
- 4) Auskultasi : Bunyi jantung normal S1 S2 tunggal

(Putra, 2019)

3) *Brain* (B3)

- 1) Inspeksi : Kesadaran composmentis, terkadang pasien mengalami penurunan kesadaran, merasa kesemutan.

(Putra, 2019)

4) *Bladder* (B4)

- 1) Inspeksi : Frekuensi saat berkemih meningkat, bau khas, warna kuning.
- 2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan  
(Putra, 2019)

5) *Bowel* (B5)

- 1) Inspeksi : Mukosa bibir kering atau lembab, lidah kotor, penurunan BB , polipagi, anoreksia.
- 2) Palpasi : Adanya nyeri tekan pada abdomen atau tidak.
- 3) Perkusi : Terdapat suara tympani
- 4) Auskultasi : Peristaltik usus normal 5-35x/menit  
(Putra, 2019)

6) *Bone* (B6)

- 1) Inspeksi : Kulit tampak kotor, adakah luka, jika ada luka lihat keadaan luka ada pus atau tidak, kedalam luka, luas luka. Kulit atau membrane mukosa kering, ada oedema atau tidak, lokasi, ukuran.
- 2) Palpasi : Kelembaban kulit, akral hangat, turgor kulit hangat, adakah fraktur atau dislokasi. Kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami gangguan dan terbatas.  
(Putra, 2019)



7) *Penginderaan (B7)*

- 1) Inspeksi : Penglihatan mulai kabur, ketajaman penglihatan mulai menurun, ketajaman penciuman normal, adakah secret atau tidak, ketajaman pendengaran, adakah lesi atau tidak.
- 2) Palpasi : Adakah nyeri tekan atau tidak.

(Putra, 2019)

8) *Endokrin (B8)*

- 1) Inspeksi : Mungkin ada ganggren, lokasi ganggren, bentuk, ada pus, bau. Adanya polifagia, polidipsi, dan poliuri.
- 2) Palpasi : Kedalaman ganggren

(Putra, 2019)

2.3.1.2 Analisa data

Analisa data adalah upaya atau cara untuk mengolah data menjadi informasi sehingga karakteristik data tersebut bisa dipahami dan bermanfaat untuk solusi permasalahan, terutama masalah yang berkaitan dengan penelitian. Definisi lain dari analisa data yaitu kegiatan yang dilakukan untuk merubah data dari hasil penelitian menjadi informasi yang nantinya bisa dipergunakan dalam mengambil kesimpulan. Adapun tujuan dari analisa data ialah untuk mendeskripsikan data sehingga bisa di pahami , lalu untuk membuat kesimpulan atau menarik kesimpulan mengenai karakteristik populasi berdasarkan data yang didapatkan dari sampel, biasanya ini

dibuat berdasarkan pendugaan dan pengujian hipotesis (Arita Muwarni, 2009).

- 2.3.2 Diagnosa keperawatan (Nurarif & Kusuma, 2015)
  - 2.3.2.1 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makan dan aktivitas jasmani
  - 2.3.2.2 Resiko syok hypovolemia berhubungan dengan ketidakmampuan elektrolit kedalam sel tubuh,
  - 2.3.2.3 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis kerusakan jaringan (nekrosis luka ganggren)
  - 2.3.2.4 Resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit (diabetes mellitus)
  - 2.3.2.5 Retensi urine berhubungan dengan inkomplit pengosongan kandung kemih, sfingter kuat dan poliuria
  - 2.3.2.6 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (diabetes mellitus)
  - 2.3.2.7 Keletihan berhubungan dengan malnutrisi
  - 2.3.2.8 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agens cedera kimiawi
  - 2.3.2.9 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan persepsi diri
  - 2.3.2.10 Harga diri rendah berhubungan dengan kehilangan anggota tubuh
  - 2.3.2.11 Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
- 2.3.3 Intervensi keperawatan

- 1) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makan dan aktivitas jasmani .

Tujuan/ kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi teratasi, dengan kriteria hasil:

- 1) Px dapat menjelaskan kembali tentang pentingnya kebutuhan nutrisi bagi tubuh
- 2) Px mau makan dengan porsi sedikit tapi sering
- 3) Nafsu makan px bertambah
- 4) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi seperti : penurunan berat badan, kelelahan, massa otot yang menurun.
- 5) Tidak terjadi penurunan berat badan, tidak terjadi mual muntah.
- 6) Albumin normal : 3,5 sampai 4,5 mg/dL  
Hemoglobin normal untuk pria : 13,8 sampai 17,2 g/dL  
Hemoglobin normal untuk wanita : 12,1 sampai 15,1 g/dL  
Total protein normal : 6,0 sampai 8,3 gm/dL  
Hematokrit normal pria dewasa : 38,8-50 %  
Hematokrit normal wanita dewasa : 34,9-44,5 %

Intervensi :

- 1) Jelaskan pada px tentang pentingnya kebutuhan nutrisi bagi tubuh
- 2) Berikan makan dalam keadaan hangat dan menarik
- 3) Yakinkan diet yang di makan mengandung tinggi serat

- 4) Beri makan dalam porsi sedikit tapi sering
- 5) Monitor kadar albumin, total protein, hemoglobin, hematocrit
- 6) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi

Rasional :

- 1) Untuk menambah pengetahuan px tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh
  - 2) Untuk menambah nafsu makan px
  - 3) Untuk mencegah konstipasi
  - 4) Agar px terhindar dari mual muntah saat makan
  - 5) Untuk mengetahui keadaan umum
  - 6) Agar kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi sesuai kebutuhannya
- 2) Resiko syok hypovolemia berhubungan dengan ketidakmampuan elektrolit kedalam sel tubuh

Tujuan/kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak terjadi syok atau dapat dikontrol, dengan kriteria hasil :

- 1) Px mampu memahami tentang tanda dan gejala syok seperti nadi lemah, tekanan darah menurun, sesak, kulit dingin dan pucat.
- 2) Tekanan darah sistolik dalam batas normal ( 90-120 mmhg)
- 3) Tekanan darah diastolik dalam batas normal ( 60-90 mmhg)
- 4) Nadi perifer teraba dan dalam batas normal ( 60-100x/menit)

- 5) Irama jantung normal ( aritmia )
- 6) Frekuensi nafas normal (12-20x/menit)
- 7) Irama nafas normal ( vesikuler, bronchovesikuler, bronchial)

Intervensi :

- 1) Jelaskan pada px tentang tanda dan gejala syok seperti nadi lemah, tekanan darah menurun, sesak, kulit dingin dan pucat.
- 2) Monitor ttv
- 3) Berikan cairan Iv kristaloid sesuai dengan kebutuhan
- 4) Berikan medikasi vasoaktif (mediator radang untuk sistem kekebalan agar melindungi jaringan sekitar dari penyebaran infeksi)
- 5) Berikan terapi oksigen dan ventilasi mekanik
- 6) Monitor trend hemodinamik ( dinamika dari aliran darah dalam sistem peredaran darah dikendalikan oleh mekanisme homeostatis )

Rasional :

- 1) Untuk menambah pengetahuan px
- 2) Memantau perkembangan pengobatan terhadap suatu jenis penyakit tertentu dalam pemeriksaan yang diperlukan
- 3) Untuk Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh
- 4) Untuk memulihkan tonus vasomotor dan memperbaiki fungsi jantung
- 5) Untuk mencegah dan memperbaiki hipoksia jaringan

- 6) Untuk mengetahui hemodinamik secara invasive deteksi dini
- 3) Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agens cedera kimiawi

Tujuan/kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam

diharapkan kerusakan integritas jaringan teratasi, dengan kriteria hasil :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penyebab kerusakan integritas jaringan
- 2) Tidak terjadi pengeluaran pus
- 3) Terjadi perbaikan di jaringan kulit
- 4) Tanda-tanda vital dalam batas normal

TD: 110-130/70-90 mmhg

N : 60-90x/mnt

S : 36,5 c- 37,5 c , RR : 16-20x/menit

Intervensi :

- 1) Jelaskan pada pasien penyebab terjadinya kerusakan integritas jaringan
- 2) Berikan perawatan luka
- 3) Ajarkan pasien untuk mengganti kasa perban setiap 2hari sekali
- 4) Observasi tanda-tanda vital
- 5) Berkolaborasi pemberian obat antibiotik

Rasional :

- 1) Untuk menambah pengetahuan pasien tentang penyakit nya
- 2) Agar kulit tetap bersih
- 3) Untuk kulit tetap bersih dan terjaga agar tidak terjadi infeksi
- 4) Untuk mengetahui keadaan umum pasien
- 5) Agar tidak terjadi infeksi

4) Resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit

Tujuan /kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan pasien dapat terhindar dari infeksi, dengan kriteria hasil :

- 1) Px mampu memahami tentang proses penularan penyakit dan faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya infeksi.
- 2) Px dapat berperilaku hidup sehat
- 3) Px mampu mempraktekan cara mencuci tangan dengan benar
- 4) Tidak terjadi tanda dan gejala infeksi seperti adanya kemerahan disekitar luka, terdapat pembekakan dan panas area luka.

Intervensi :

- 1) Jelaskan tentang proses penularan penyakit dan faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya infeksi.
- 2) Anjurkan px untuk dapat berperilaku hidup yang sehat

- 3) Ajarkan cara menghindari infeksi dengan mencuci tangan dengan benar
- 4) Monitor tanda dan gejala infeksi seperti adanya kemerahan disekitar luka, terdapat pembekakan dan panas area luka.
- 5) Kolaborasi pemberian antibiotik

Rasional :

- 1) Untuk menambah pengetahuan px
  - 2) Untuk mencegah adanya kuman dan bakteri
  - 3) Untuk melatih px dalam mencegah infeksi
  - 4) Untuk mengetahui atau memantau apa terjadi tanda dan gejala infeksi atau tidak
  - 5) Untuk mencegah timbulnya infeksi
- 5) Retensi urine berhubungan dengan inkomplit pengosongan kandung kemih, sfingter kuat dan poliuria

Tujuan/kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan retensi urine teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Kandung kemih kosong
- 2) Tidak ada residu urine ( >100-200cc )
- 3) Bebas dari ISK ( bebas dari infeksi saluran kemih yaitu dengan cara menjaga kebersihan daerah saluran kemih )
- 4) Tidak ada spasme bladder
- 5) Balance cairan seimbang



Input :

Air =... cc

Cairan infus=...cc

Terapi injeksi=...cc

Air metabolisme=...cc ( Hitung AM = 5cc/kg/BB/hari)

Output :

Muntah=...cc

Cairan drainage luka/ cairan NGT=...cc

IWL=...cc ( hitung IWL : 15cc/kgBB/hari)

Intervensi :

- 1) Monitor intake dan output cairan
- 2) Kateter jika diperlukan
- 3) Monitor tanda dan gejala ISK seperti : ( nyeri perut bagian bawah, nyeri saat berhubungan seksual, sakit saat buang air kecil. Air kemih berbau busuk, berdarah, buang air kecil terus menerus, kandung kemih tegang.
- 4) Monitor drajat distensi bladder

Rasional :

1. Untuk mengetahui balance cairan
2. Untuk membantu mengeluarkan urine
3. Agar pasien mengetahui bagaimana tanda dan gejala ISK
4. Untuk mengetahui spasme bladder pasien
- 6) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (diabetes mellitus)

Tujuan/Kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan

ketidakefektifan jaringan perifer teratasi dengan kriteria hasil :

1) TTV dalam rentang normal

Tekanan darah systole dalam rentang normal : 100-120 mmhg

Tekanan darah diastole dalam rentang normal : 60-80 mmhg

Nadi : 60-100 x/menit

Suhu : 36,8 C – 37,4 C

RR : 18-20 x/menit

2) Warna kulit tidak pucat

3) Tidak terjadi oedema

Intervensi:

1) Observasi tekanan darah

2) Observasi warna kulit jika terdapat laserasi

3) Observasi adanya oedema

Rasional :

1) Untuk mengukur bagaimana tanda tanda vital px

2) Untuk memantau atau mengetahui jika terjadi hipoksia pada jaringan

3) Untuk mengetahui adakah oedema atau tidak

7) Keletihan berhubungan dengan kehilangan energi

Tujuan/kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan rasa letih klien dapat teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Memverbalisasikan peningkatan energi dan merasa lebih baik
- 2) Menjelaskan penggunaan energi untuk mengatasi kelelahan
- 3) Kualitas hidup meningkat yaitu dapat melakukan kehidupan yang lebih dengan cara berolahraga agar dapat beraktivitas sehari-hari

Intervensi :

- 1) Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas
- 2) Monitor adanya faktor yang menyebabkan keletihan
- 3) Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat
- 4) Tingkatkan tirah baring dan pembatasan aktivitas (tingkatkan periode istirahat)

Rasional :

- 1) Untuk mengetahui keadaan klien dan pembatasan aktivitas
- 2) Agar mengetahui apa penyebab dari keletihan dan tindakan apa yang harus dilakukan
- 3) Agar mengetahui hal apa saja yang membuat klien mempunyai keterbatasan dan tindakan apa yang harus dilakukan agar klien dapat membangun stamina untuk aktivitas fisik
- 4) Agar klien dapat beraktivitas kembali

8) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agens cedera kimiawi

Tujuan/kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan perubahan kulit teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Px mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya menjaga kebersihan kulit
- 2) Px mau tidak untuk mengaruk area yang sakit
- 3) Px mau memakai lotion di kulit
- 4) Tidak terjadi tanda dan gejala infeksi
- 5) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit

Intervensi :

- 1) Jelaskan pada px tentang pentingnya menjaga kebersihan kulit
- 2) Anjurkan px untuk tidak mengaruk area yang sakit
- 3) Anjurkan px untuk memakai lotion pada kulit setiap hari
- 4) Monitor adanya tanda dan gejala infeksi
- 5) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering

Rasional :

- 1) Untuk menambah pengetahuan px
- 2) Untuk menghindari infeksi
- 3) Untuk mencegah kekeringan di kulit
- 4) Untuk memantau apakah ada tanda dan gejala infeksi
- 5) Agar kulit klien tetap lembab dan bersih

9) Gangguan citra tubuh b.d fungsi tubuh

Tujuan/kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan gangguan citra tubuh dapat teratasi dengan kriteria hasil :

- 1) Body image positif ( persepsi yang benar tentang bentuk tubuh )
- 2) Mampu mengidentifikasi kekuatan personal
- 3) Dorong partisipasi dalam kehidupan sehari-hari
- 4) Mempertahankan interaksi social

Intervensi :

- 1) Monitor secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya
- 2) Dorong klien untuk memperbaiki citra diri
- 3) Untuk meningkatkan kemandirian dan meningkatkan perasaan harga dirinya
- 4) Dorong klien agar bersosialisai dengan orang lain

Rasional :

- 1) Agar klien mengenali tubuhnya
- 2) Membantu meningkatkan penerimaan diri
- 3) Menetralkan kecemasan yang tidak perlu terjadi dan memulihkan realitas situasi
- 4) Membantu meningkatkan penerimaan diri dan sosialisasi

10) Harga diri rendah b.d kehilangan

Tujuan/kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 2x24 jam diharapkan klien dapat meningkatkan harga diri dengan kriteria hasil :

- 1) Harga diri px meningkat
- 2) Px dapat menyesuaikan diri dengan status kesehatannya
- 3) Px dapat meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya
- 4) Px mengidentifikasi perubahan citra tubuhnya
- 5) Px dapat menilai kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
- 6) Px dapat bersosialisasi dengan lingkungan

Intervensi :

- 1) Bina hubungan saling percaya
- 2) Berikan kesempatan px untuk mengungkapkan perasaanya
- 3) Bantu px dalam mengembangkan kemampuan aspek positif yang dimiliki
- 4) Beri motivasi untuk bersosialisai dengan lingkungan sekitar
- 5) Kolaborasi dengan sumber yang lain

Rasional :

- 1) Hubungan saling percaya yaitu sebagai dasar interaksi terapeutik antar perawat dan px
- 2) Px membutuhkan waktu untuk di dengar dan dipahami
- 3) Untuk mambantu px agar lebih meningkatkan harga dirinya

4) Untuk membantu px dalam bersosialisasi

5) Agar pengetahuan px lebih dalam

11) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera kimiawi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan skala nyeri px berkurang dengan kriteria hasil :

- 1) Pasien mampu menjelaskan penyebab nyeri
- 2) Pasien melaporkan nyeri berkurang
- 3) Pasien mampu mendemostrasikan ulang relaksasi dan distraksi dengan nafas dalam
- 4) Tanda- tanda vital dalam batas normal

TD: 110-130/70-90Mmhg

N : 60-90x/mnt

S : 36,5 c- 37,5 c

RR : 16-20x/mnt

-Pasien tampak rileks

-Skala nyeri 1-2

Intervensi :

- 1) Jelaskan pada pasien penyebab nyeri
- 2) Berikan posisi semi fowler dan lingkungan yang nyaman
- 3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam
- 4) Observasi tanda- tanda vital dan skala nyeri
- 5) Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat analgesik

Rasional :

- 1) Untuk menambah pengetahuan pasien tentang penyebab nyeri
- 2) Untuk dapat meredakan nyeri pasien dan pasien dapat beristirahat
- 3) Untuk Memudahkan pasien agar nyeri dapat berkurang
- 4) Untuk mengetahui perkembangan pasien
- 5) Untuk menurunkan rasa nyeri

#### 2.3.4 Implementasi

Pelaksanaan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan.

Dalam menyelesaikan implementasi diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makan dan aktivitas. Dilakukan jelaskan pada px tentang pentingnya kebutuhan nutrisi bagi tubuh, berikan makan dalam keadaan hangat dan menarik, yakinkan diet yang di makan mengandung tinggi serat, beri makan dalam porsi sedikit tapi sering , monitor kadar albumin, total protein, hemoglobin, hematocrit, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi.

Dalam menyelesaikan implementasi diagnosa keperawatan Resiko syok hypovolemia berhubungan dengan ketidakmampuan elektrolit kedalam sel tubuh. Dilakukan jelaskan pada px tentang tanda dan gejala syok



seperti nadi lemah, tekanan darah menurun, sesak, kulit dingin dan pucat, monitor ttv, berikan cairan Iv kristaloid sesuai dengan kebutuhan, berikan medikasi vasoaktif (mediator radang untuk sistem kekebalan agar melindungi jaringan sekitar dari penyebaran infeksi), berikan terapi oksigen dan ventilasi mekanik, monitor trend hemodinamik (dinamika dari aliran darah dalam sistem peredaran darah dikendalikan oleh mekanisme homeostatis).

Dalam menyelesaikan implementasi diagnosa keperawatan Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agens cedera kimiawi. Dilakukan jelaskan pada px tentang tanda-tanda infeksi seperti adanya kemerahan disekitar luka, terdapat pembekakan dan panas area luka, kaji kedalaman luka, lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik, debridement jaringan.

Dalam menyelesaikan implementasi diagnosa keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit. Dilakukan jelaskan tentang proses penularan penyakit dan faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya infeksi, anjurkan px untuk dapat berperilaku hidup yang sehat, ajarkan cara menghindari infeksi dengan mencuci tangan dengan benar, monitor tanda dan gejala infeksi seperti adanya kemerahan disekitar luka, terdapat pembekakan dan panas area luka, kolaborasi pemberian antibiotic.

Dalam menyelesaikan implementasi diagnosa keperawatan Retensi urine berhubungan dengan inkomplit pengosongan kandung kemih, sfingter kuat dan polyuria. Dilakukan monitor intake dan output cairan, kateter jika

diperlukan, monitor tanda dan gejala ISK seperti : (nyeri perut bagian bawah, nyeri saat berhubungan seksual, sakit saat buang air kecil, air kemih berbau busuk, berdarah, buang air kecil terus menerus, kandung kemih tegang, monitor derajat distensi bladder.

Dalam menyelesaikan implementasi diagnosa keperawatan Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (diabetes mellitus). Dilakukan observasi tekanan darah, observasi warna kulit jika terdapat laserasi, observasi adanya oedema.

Dalam menyelesaikan implementasi diagnosa keperawatan Keletihan berhubungan dengan kehilangan energy. Dilakukan observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, monitor adanya faktor yang menyebabkan keletihan, monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat, tingkatkan tirah baring dan pembatasan aktivitas (tingkatkan periode istirahat).

Dalam menyelesaikan implementasi diagnosa keperawatan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agens cedera kimiawi. Dilakukan jelaskan pada px tentang pentingnya menjaga kebersihan kulit, anjurkan px untuk tidak menggaruk area yang sakit, anjurkan px untuk memakai lotion pada kulit setiap hari, monitor adanya tanda dan gejala infeksi, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

Dalam menyelesaikan implementasi diagnosa keperawatan Gangguan citra tubuh berhubungan dengan fungsi tubuh. Dilakukan monitor secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya, dorong klien

untuk memperbaiki citra diri, untuk meningkatkan kemandirian dan meningkatkan perasaan harga dirinya, dorong klien agar bersosialisai dengan orang lain.

Dalam menyelesaikan implementasi diagnosa keperawatan Harga diri rendah berhubungan dengan kehilangan. Dilakukan bina hubungan saling percaya, berikan kesempatan px untuk mengungkapkan perasaanya, bantu px dalam mengembangkan kemampuan aspek positif yang dimiliki, beri motivasi untuk bersosialisai dengan lingkungan sekitar, kolaborasi dengan sumber yang lain.

Dalam menyelesaikan implementasi keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera kimiawi. Dilakukan jelaskan pada px dan keluarga nya tentang teknik management nyeri, anjurkan px melakukan teknik management nyeri secara mandiri, kaji skala nyeri px, observasi TTV, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesic.

#### 2.3.5 Evaluasi

- a. Evaluasi formatif : evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai.
- b. Evalausi somatif : merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.

Pada diagnosa keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makan dan aktivitas jasmani. Setelah dilakukan tindakan

keperawatan selama 2x24 jam diharapkan ketidakseimbangan nutrisi teratasi, dengan kriteria hasil : Px dapat menjelaskan kembali tentang pentingnya kebutuhan nutrisi bagi tubuh, px mau makan dengan porsi sedikit tapi sering, nafsu makan px bertambah, tidak ada tanda-tanda malnutrisi seperti : penurunan berat badan, kelelahan, massa otot yang menurun, tidak terjadi penurunan berat badan, tidak terjadi mual muntah, albumin normal : 3,5 sampai 4,5 mg/dL, hemoglobin normal untuk pria : 13,8 sampai 17,2 g/dL, hemoglobin normal untuk wanita : 12,1 sampai 15,1 g/dL, total protein normal : 6,0 sampai 8,3 gm/dL, hematokrit normal pria dewasa : 38,8-50 %, hematokrit normal wanita dewasa : 34,9-44,5 %.

Pada diagnosa keperawatan Resiko syok hypovolemia berhubungan dengan ketidakmampuan elektrolit kedalam sel tubuh. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak terjadi syok atau dapat dikontrol, dengan kriteria hasil : Px mampu memahami tentang tanda dan gejala syok seperti nadi lemah, tekanan darah menurun, sesak, kulit dingin dan pucat, tekanan darah sistolik dalam batas normal (90-120 mmhg), tekanan darah diastolik dalam batas normal (60-90 mmhg), nadi perifer teraba dan dalam batas normal (60-100x/menit), irama jantung normal (aritmia), frekuensi nafas normal (12-20x/menit), irama nafas normal (vesikuler, bronchovesikuler, bronchial).

Pada diagnosa keperawatan Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agens cedera kimiawi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kerusakan integritas jaringan teratasi, dengan kriteria hasil : Px mampu memahami tentang tanda-tanda infeksi seperti adanya kemerahan disekitar luka, terdapat pembekakan dan panas area luka, Perfusi jaringan normal : (CRT > 3 detik, suhu, turgor kulit), tidak ada tanda-tanda infeksi yaitu : (dolor : sakit , calor : panas , rubor : kemerahan, tumor : bengkak , radang : respon dari suatu organisme terhadap pathogen), tidak terjadi nekrosis jaringan, menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka.

Pada diagnose keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan pasien dapat terhindar dari infeksi, dengan kriteria hasil : Px mampu memahami tentang proses penularan penyakit dan faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya infeksi, px dapat berperilaku hidup sehat, px mampu mempraktekan cara mencuci tangan dengan benar, tidak terjadi tanda dan gejala infeksi seperti adanya kemerahan disekitar luka, terdapat pembekakan dan panas area luka

Pada diagnose keperawatan Retensi urine berhubungan dengan inkomplit pengosongan kandung kemih, sfingter kuat dan polyuria. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan retensi urine teratasi dengan kriteria hasil : Kandung

kemih kosong, tidak ada residu urine ( $>100-200\text{cc}$ ), bebas dari ISK (bebas dari infeksi saluran kemih yaitu dengan cara menjaga kebersihan daerah saluran kemih), tidak ada spasme bladder, balance cairan seimbang.

Pada diagnose keperawatan Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (diabetes mellitus). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan ketidakefektifan jaringan perifer teratasi dengan kriteria hasil : TTV dalam rentang normal Tekanan darah systole dalam rentang normal : 100-120 mmhg, Tekanan darah diastole dalam rentang normal : 60-80 mmhg, Nadi : 60-100 x/menit, Suhu : 36,8 C – 37,4 C, RR : 18-20 x/menit. Warna kulit tidak pucat, tidak terjadi oedema.

Pada diagnose keperawatan Keletihan berhubungan dengan kehilangan energy. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan rasa letih klien dapat teratasi dengan kriteria hasil : Memverbalisasikan peningkatan energi dan merasa lebih baik, menjelaskan penggunaan energi untuk mengatasi kelelahan, kualitas hidup meningkat yaitu dapat melakukan kehidupan yang lebih dengan cara berolahraga agar dapat beraktivitas sehari-hari.

Pada diagnose keperawatan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agens cedera kimiawi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan perubahan kulit teratasi dengan kriteria hasil : Px mampu menjelaskan kembali

tentang pentingnya menjaga kebersihan kulit, px mau tidak untuk menggaruk area yang sakit, px mau memakai lotion di kulit, tidak terjadi tanda dan gejala infeksi, mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit.

Pada diagnose keperawatan Gangguan citra tubuh berhubungan dengan fungsi tubuh. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan gangguan citra tubuh dapat teratasi dengan kriteria hasil : Body image positif (persepsi yang benar tentang bentuk tubuh), mampu mengidentifikasi kekuatan personal, dorong partisipasi dalam kehidupan sehari-hari, mempertahankan interaksi social.

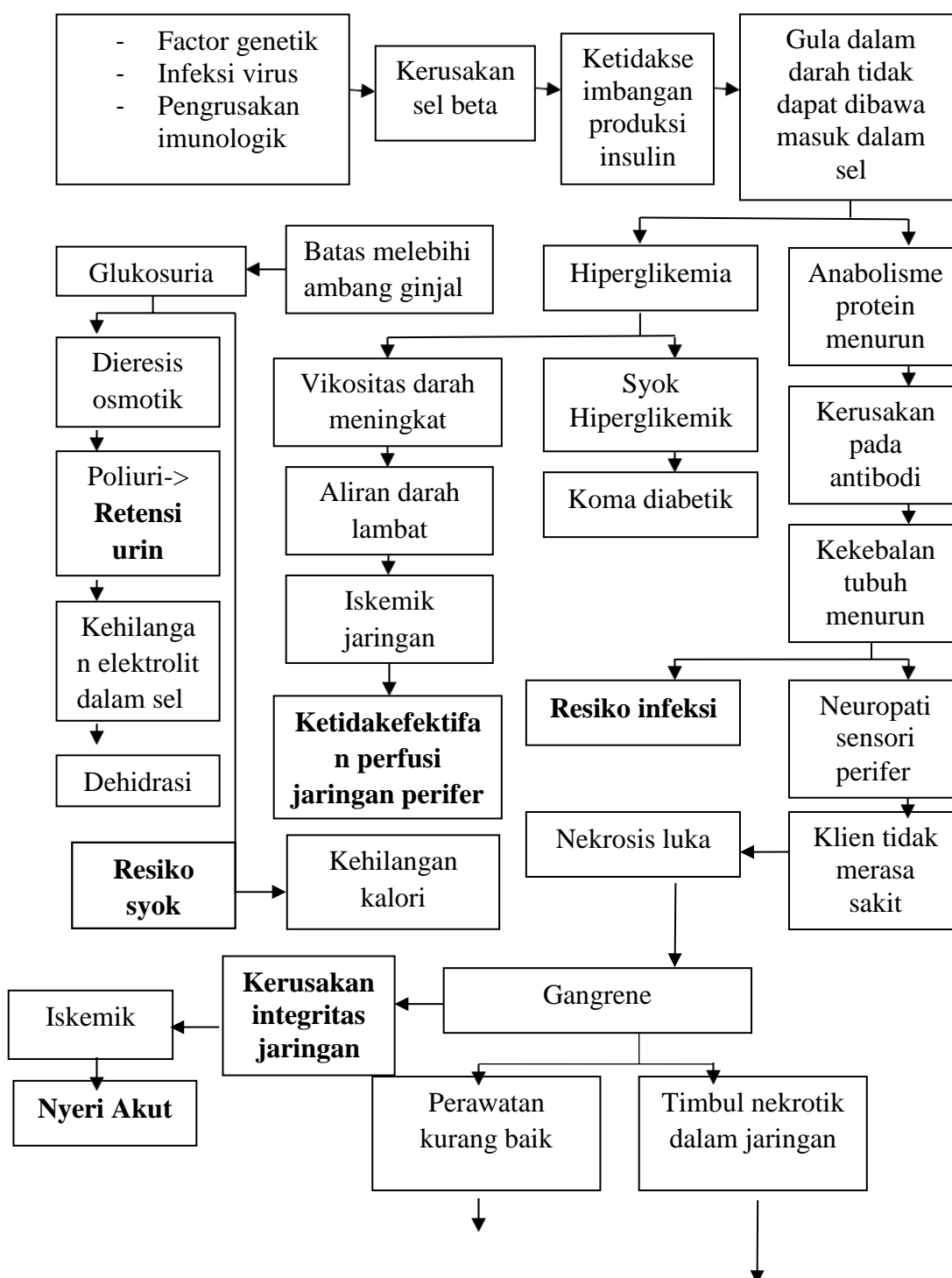
Pada diagnose keperawatan Harga diri rendah berhubungan dengan kehilangan. Setelah dilakukan tindakan keprawatan selam 2x24 jam diharapkan klien dapat meningkatkan harga diri dengan kriteria hasil : Harga diri px meningkat, Px dapat menyesuaikan diri dengan status kesehatannya, px dapat meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya, px mengidentifikasi perubahan citra tubuhnya, px dapat menilai kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, px dapat bersosialisasi dengan lingkungan.

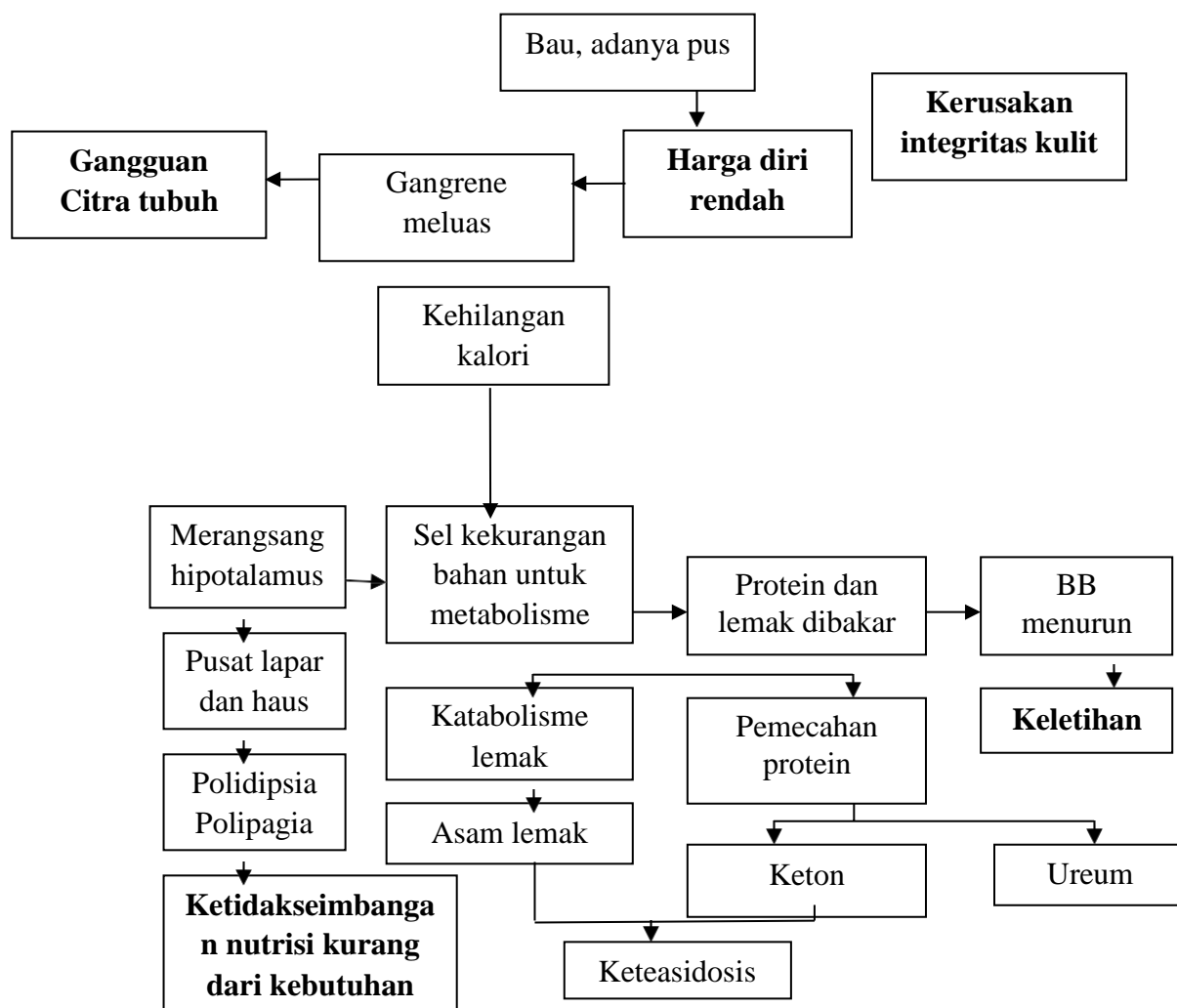
Pada diagnose keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera kimiawi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan skala nyeri px berkurang dengan kriteria hasil : Px mampu menjelaskan kembali tentang teknik management

nyeri, px mau melakukan teknik management nyeri secara mandiri, skala nyeri px berkurang menjadi 0-1, px tampak terlihat rileks, TTV dalam rentang normal Tekanan darah systole dalam rentang normal : 100-120 mmhg, Tekanan darah diastole dalam rentang normal : 60-80 mmhg, Nadi : 60-100 x/menit, Suhu : 36,8 C – 37,4 C, RR : 18-20 x/menit.



## 2.3.5 Pathway ( Modifikasi Nurarif dan kusuma, 2015)





## DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association, (2010). *Definition And Clasification Of Diabetes Mellitus*. Diakses Pada Tanggal 13 September 2019 pada pukul 14.00
- Arisman, (2011). *Buku Ajar Ilmu Gizi Obesitas, Diabetes Mellitus Dan Dislipidemia*. EGC; Jakarta
- Berkowitz, Aaron. (2013). *Lecure Notes Patofisiologi Klinik*. Alih Bahasa Andry Hartono. Jakarta : Binarupa Aksara
- Damayanti, Novita. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. A Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Ulkus Gangrene Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan*. Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
- Departemen Kesehatan RI. *Profil Kesehatan Indonesia (2015)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Kaljapar, (2018). *Aplikasi pedoman diet diabetes mellitus*. [eprint.ums.ac.id](http://eprint.ums.ac.id) Diakses pada tanggal 3 Agustus 2019 pada pukul 20.00 WIB
- Nirwana, (2011). *Bab II Tinjauan Pustaka*. [Repository.usu.ac.id](http://Repository.usu.ac.id) Diakses pada tanggal 23 Agustus 2019 pada pukul 18.00 WIB
- Nurarif, Amin H. Dan Kusuma (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Jilid 3*. Yogyakarta: MediAction
- Putra AR, (2017). [Repository.unimus.ac.id](http://Repository.unimus.ac.id) Diakses pada tanggal 14 agustus 2019 pada pukul 09.00 WIB
- Putra, K.W.R (2019). *Handout Askep Diabetes Mellitus*
- Rahmawati W, (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Kerusakan Integritas Jaringan Di Ruang Melati RSUD Bangil*

- Pasuruan. Repo.stikesicme-jbg.ac.id* Diakses pada tanggal 29 Agustus 2019 pada pukul 20.00 WIB
- Riskesdas, (2018). Potret Sehat Indonesia [www.depkes.go.id/site.pdf](http://www.depkes.go.id/site.pdf) Diakses pada tanggal 1 Agustus 2019 pada pukul 13.00 WIB
- Sudarmoko, (2005). *Tetap Tersenyum Melawan Diabetes*. Yogyakarta: Atma Media.
- Sudoyo Aru dkk, (2009). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC NOC*. Yogyakarta.
- Tandra, (2009). *Segala Sesuatu Yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes*. Jakarta: Kompas Gramedia.
- Tartowo, dkk. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan System Endokrin*. Jakarta: Trans Info Medikal.
- World Health Organization, (2016)*. Diabetes Mellitus Diakses dari [www.depkes.go.id/article.view](http://www.depkes.go.id/article.view) pada pukul 12.00 WIB
- Yuliana Elin, (2009). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC NOC*. Yogyakarta

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada klien dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus pada tanggal 30 Januari – 1 Februari 2020 di ruang rawat inap Bangsal Melati RSUD Bangil Pasuruan.

#### **3.1 Pengkajian**

##### 3.1.1 Identitas

Klien adalah seorang Laki-laki bernama “Tn. S” usia 61 tahun, beragama Islam, bahasa yang digunakan adalah bahasa Madura. Klien lulusan SD dan bekerja sebagai Karyawan swasta. Klien tinggal di daerah Sumber Gentong RT 02 RW 10 Jati Gunting Wonorejo, Pasuruan. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 29 Januari 2020 jam 14.00 WIB, nomor rekam medis 00324912.

##### 3.1.2 Riwayat Keperawatan Sekarang

###### 3.1.2.1 Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri di kaki kanan

###### 3.1.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan sebelum dibawa ke RSUD Bangil, klien mengeluh kaki kanan nya bengkak dan ada luka sedikit di kaki kanan . Klien mengatakan karena kaki nya membengkak klien takut dan akhir nya pada tanggal 29 Januari 2020 pukul 14.00 WIB klien di bawa ke RSUD Bangil karena mengeluh nyeri bertambah. Klien

dibawa ke IGD, di IGD klien di observasi hingga akhirnya klien di pindahkan ke ruang rawat inap bangsal melati. Klien masuk di ruang melati gangren, pada saat di kaji klien mengatakan nyeri di kaki pasien tampak menyeringai, pasien juga mengatakan bahwa jika ingin apa-apa pasien dibantu oleh keluarga.

P : Nyeri di kaki di sebelah kanan Q : Rasanya cekot-cekot R : Nyeri menjalar sampai tungkai belakang S : Skala nyeri 4 T : Hilang timbul.

### 3.1.3 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

#### 3.1.3.1 Penyakit yang pernah di derita

Keluarga klien mengatakan mempunyai riwayat diabetes mellitus selama 5 tahun, dan untuk pengobatannya selama ini klien jarang untuk minum obat.

#### 3.1.3.2 Operasi

Klien mengatakan tidak pernah melakukan operasi

#### 3.1.3.3 Alergi

Klien mengatakan tidak mempunyai alergi obat maupun makanan

### 3.1.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

#### 3.1.4.1 Penyakit yang pernah di derita oleh anggota keluarganya

Klien mengatakan ibunya dulu mempunyai penyakit diabetes mellitus

#### 3.1.4.2 Lingkungan rumah dan komunitas

Klien mengatakan lingkungan rumah bersih dan nyaman

#### 3.1.4.3 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Keluarga klien mengatakan meski mempunyai penyakit diabetes mellitus, klien tetap saja kalau makan tidak di jaga klien masih sering makan atau minuman yang manis, pada saat di tanya alasan klien tetap makan makanan seperti itu karena klien beranggapan bahwa penyakit nya itu susah untuk sembuh karena penyakitnya adalah penyakit keturunan. Dan aktivitas fisik klien pun juga berkurang karena klien jarang berolahraga, klien hanya beraktifitas saat bekerja saja.

#### 3.1.5 Persepsi dan pengetahuan tentang penyakit dan penatalaksanaanya

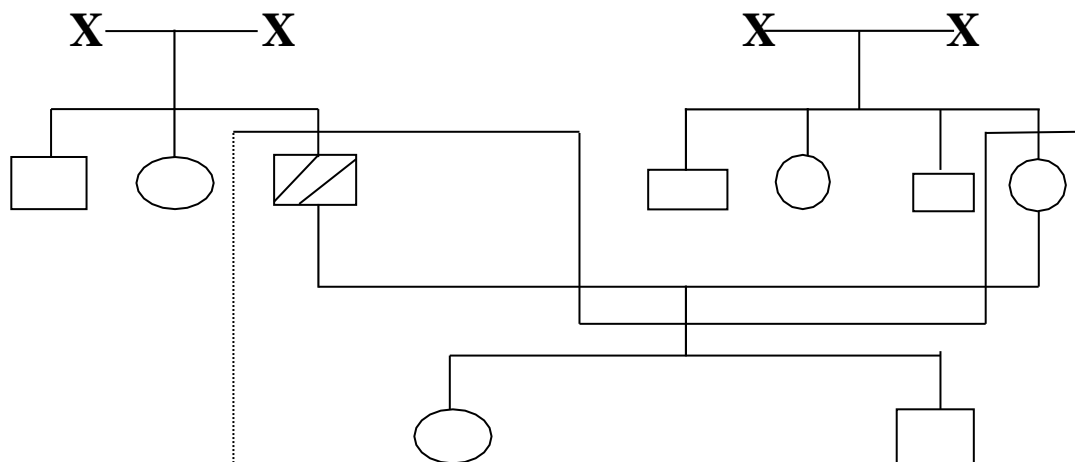
Klien dan keluarga mengatakan sudah mengetahui tentang penyakit nya

Masalah Keperawatan : Perilaku kesehatan cenderung beresiko, ketidakefektifan manajemen kesehatan

#### 3.1.6 Status cairan dan nutrisi

Nafsu makan baik, pola makan di rumah : 3x1 porsi habis, di RS : 3x1/2 porsi habis, jenis minuman yang diminum air putih, jumlah air yang diminum sebelum sakit sehari 1500 ml/hari, saat sakit klien habis hanya 1000 ml/hari pantangan makan tinggi natrium dan tinggi gula . Menu makanan nasi + lauk pauk.

### 3.1.6 Genogram (3 generasi)



Keterangan :

X = Meninggal

□ = Laki-laki

○ = Perempuan

▧ = Pasien

### 3.1.7 Pemeriksaan Fisik

3.1.7.1 Keadaan umum: Cukup, GCS 456, Composmentis

3.1.7.2 Tanda-tanda vital:

Tekanan darah: 130/70Mmhg, nadi : 81x/mnt, suhu : 36,1°C, respirasi :  
23x/menit.

3.1.7.3 Sistem pernafasan

Bentuk dada simetris, susunan ruas tulang belakang normal, irama nafas tidak teratur, tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi thorak sonor, alat bantu nafas nasal 3 lpm, vokal fremitus normal kanan kiri sama, tidak ada nyeri dada saat bernafas, suara nafas wheezing. Tidak ada batuk, tidak ada produksi sputum.



Masalah keperawatan : Ketidakefektifan pola nafas

#### 3.1.7.4 Sistem kardiovaskuler

Tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur, ictus cordis kuat di ics V midklavikula sinistra, bunyi jantung S1 S2 tunggal. CRT < 3 detik, tidak ada sianosis, tidak ada pembengkakan clubbing finger, tidak ada pembesaran JVP.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.7.5 Sistem persyarafan

Kesadaran compos mentis, orientasi baik klien mampu mengenal tempat, waktu, dan orang, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudsky, klien tidak mengalami nyeri kepala, istirahat/tidur : siang 3 jam/hari malam 8jam/hari, klien tidak mempunyai kelainan nervus cranialis.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.7.6 Sistem perkemihan

Bentuk alat kelamin normal, kebersihan alat kelamin tidak terkaji, frekuensi berkemih 8x/hari secara teratur, jumlah 1000cc/24 jam, bau khas, warna kuning jernih, tempat yang digunakan urinbag, klien terpasang kateter selama di rs ( baru sekitar 2 hari ).

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.7.7 Sistem Pencernaan

Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi klien 1x1 sehari selama di Rs, tidak ada kesulitan di tenggorokan, abdomen thympani, peristaltik usus 15x/mnt, klien BAB 1x/hari, konsistensi padat, warna coklat kekuningan , bau khas, tempat yang digunakan pampers, tidak ada masalah eliminasi alvi, tidak ada pemakaian obat pencahar.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.7.8 Sistem muskuloskeletal dan integumen

Kemampuan pergerakan klien bebas, kekuatan otot , 5/5/4/5 tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, ada luka di kaki kanan, akral hangat, tugor kulit elastis, ada di kaki kanan oedema, kelembaban lembab, kebersihan kulit tampak ada pengelupasan karena luka gangren, ADL di bantu parsial oleh keluarga klien mengatakan jika mau bangun dan saat mau bermobilisasi klien dibantu oleh keluarga nya, klien mengatakan adanya luka yang tidak kunjung sembuh.

Masalah keperawatan : Hambatan mobilitas fisik, kerusakan integritas jaringan

#### 3.1.7.9 Sistem penginderaan

Mata simetris, pupil isokor, reflek cahaya normal, konjungtiva tidak anemis (merah muda), sklera putih, tidak ada odema pada palpebra, tidak ada strabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak ada alat bantu, hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret pada hidung, ketajaman penciuman normal, telinga simetris, ketajaman pendengaran normal, perasa normal manis pahit asin asam, peraba normal.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.7.10 Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran limfe, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, klien mengalami polidipsi, polifagi, poliuri, banyak keringat, terdapat luka gangren, karakteristik luka : luka berdiameter 2-3cm, kedalaman 1cm, ada nya pus jika luka di tusuk menggunakan gunting, adanya rongga yang tak tampak. Lokasi kaki sebelah kanan

Masalah keperawatan : Kerusakan integritas jaringan

### 3.1.7.11 Data psikososial

#### 1) Gambaran diri/citra diri

Tanggapan klien tentang tubuhnya bahwa klien bersyukur di beri tubuh normal, tanggapan klien tentang tubuhnya klien menyukai semua bagian tubuhnya, klien mengatakan tidak ada bagian tubuhnya yang tidak disukai, klien mengatakan merasa cemas jika salah satu organ tubuhnya sakit terhadap persepsi kehilangan bagian tubuh.

#### 2) Identitas

Klien mengatakan status dalam keluarga sebagai ayah , klien mengatakan mengerti akan posisinya sebagai kepala keluarga klien puas akan jenis kelaminnya sebagai laki-laki.

#### 3) Peran

Klien menjalani peran sebagai ayah, klien mampu melakukan perannya sebagai ayah.

#### 4) Ideal diri

Harapan klien berharap cepat sembuh dan bisa kembali ke rumah, posisi pekerjaan klien adalah karyawan swasta, status klien dalam keluarga adalah kepala keluarga, tugas pekerjaan klien adalah karyawan, harapan klien terhadap keluarga adalah pasien mengatakan ingin berkumpul kembali dengan keluarganya, harapan klien terhadap masyarakat klien berharap masyarakat tetap menerima saat pasien pulang, harapan pasien tentang penyakit yang diderita dan tenaga kesehatan pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan bisa berkumpul kembali dengan keluarganya.

#### 5) Harga diri

Tanggapan klien tentang harga dirinya bahwa klien mengatakan sudah dihargai oleh keluarganya dan klien merasa mendapatkan banyak perhatian.

6) Data sosial

Hubungan klien dengan keluarga dan pasien lain sangat baik, dukungan keluarga untuk klien sangat mendukung atas kesembuhannya, reaksi klien saat berinteraksi sangat baik

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7.12 Data spiritual

- 1) Konsep tentang penguasa kehidupan : pasien mengatakan dengan cara berdoa agar bisa sembuh
- 2) Sumber kekuatan /harapan saat sakit : pasien mengatakan berdoa dan sholat
- 3) Ritual agama yang bermakna/berarti/harapan saat ini : sholat 5 waktu
- 4) Sarana/peralatan/org yg diperlukan untuk melaksanakan ritual : pasien mengatakan sajadah dan kopyah, sarung
- 5) Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit: pasien yakin akan segera sembuh
- 6) persepsi terhadap penyakit : pasien mengatakan ini ujian untuk lebih sabar

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

## 3.1.7.13 Pemeriksaan penunjang

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan laboratorium pada klien tanggal 29 Januari 2020

<b>Nama pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai rujukan</b>
<b>Hematologi</b>		
<b>Darah lengkap</b>		
Leukosit (WBC)	<b>24,09</b>	4,5-11
Neutrofil	<b>20,1</b>	1,5-8,5
Limfosit	2,29	1,1-5,0
Monosit	<b>1,3</b>	0,14-0,66
Easinofil	0302	0-0,33
Basofil	0,10	0-0,11
Neutrofil %	<b>83,6%</b>	35-66
Limfosit%	<b>9,5%</b>	24-44
Monosit%	5,2%	3-6
Eosinofil%	1,3%	0-3
Basofil%	0,4%	0-1
Eritrosit (RBC)	<b>3,661/uL</b>	4,5-5,9
Hemoglobin (HGB)	<b>9,83g/dL</b>	13,5-17,5
Hematokrit (HCT)	<b>31,7%</b>	37-53
MCV	86,70 fL	80-100
MCH	26,86 pg	26-34
MCHC	<b>30,98%</b>	32-36
RDW	12,26%	11,5-13,1

PLT	<b>453</b>	150-450
MPV	6,157 Fl	6,90-10,6
<b>KIMIA KLINIK</b>		
<b>FAAL GINJAL</b>		
BUN	<b>24 mg/dL</b>	7,8 – 20,23
Kreatinin	<b>1,705 mg/dL</b>	0,6 – 1,0
<b>GULA DARAH</b>		
Glukosa darah sewaktu	<b>249 mg/dL</b>	< 200

## 3.1.7.14 Terapi

Tabel 3.2 Jenis terapi dan Kegunaanya pada Tn. S Tanggal 30-1-2020

No.	Jenis Terapi	Kegunaan
1.	Inf. NS 1000cc/24 jam	Untuk mengembalikan keseimbangan elektrolit, mengembalikan PH, menghidrasi tubuh.
2.	Inj. Antrain 3x1 gr	Untuk obat anti nyeri
3.	Inj. Ondan 1x1 mg	Untuk obat mengatasi mual dan muntah
4.	Inj. Ceftriaxon 1x2 gr	Untuk obat antibiotik
5.	Inj. Lantus : 0-10 UI	Untuk digunakan bersamaan diet dan olahraga yang tepat untuk kontrol kadar gula darah
6.	Inj. Apidra : 3x4 UI	Untuk menurunkan gula darah

11 Juni 2020

Mahasiswa



Riska Melindawati

NIM 1701019

### 3.2 ANALISA DATA

Tanggal : 30 Januari 2020

Nama pasien : Tn. S

Umur : 61 tahun

No RM 00324912

Tabel 3.2 Analisa Data pada Tn. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus

No	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS: Klien mengatakan nyeri di kaki kanan yang terdapat gangren, rasanya cekot-cekot, nyeri menjalar sampai tungkai belakang, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul</p> <p>Do : Keadaan umum cukup</p> <p>-Klien tampak menyeringai</p> <p>-Ada pembengkakan di kaki kanan</p> <p>TD : 130/70 mmhg</p> <p>N : 81x/menit</p> <p>S : 36,1°C</p> <p>RR : 23x/menit</p>	<p>Nekrosis Luka</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p> <p>↓</p> <p>Iskemik</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	Nyeri Akut



2.	<p>Ds : Klien mengatakan terkadang sesak</p> <p>Do : Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Irama nafas tidak teratur</li> <li>-Adanya alat bantu nafas nasal kanul 3 Lpm</li> <li>-Takipnea</li> </ul> <p>Ttv :</p> <p>TD : 130/70 mmhg</p> <p>N : 81x/menit</p> <p>S : 36,1°C</p> <p>RR : 23x/menit</p>	<p style="text-align: center;">Genetik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Defisiensi Insulin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Transport glukosa ke sel menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Glukosa dalam darah menumpuk</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Keletihan otot pernafasan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Suplai oksigen menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Ketidakefektifan Pola Nafas</p>	<p>Ketidakefektifan Pola Nafas</p>
3.	<p>Ds : Klien mengatakan jika ingin apa-apa selalu di bantu oleh keluarga</p> <p>Do : Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Adanya pembengkakan di Kaki</li> <li>-Kekuatan otot 5/5/4/5</li> <li>-Kateter (+)</li> <li>-Infus terpasang di kaki</li> </ul> <p>TD : 130/70 mmhg</p> <p>N : 81x/menit</p> <p>S : 36,1°C</p> <p>RR : 23x/menit</p>	<p style="text-align: center;">Luka gangrene</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kemampuan fisik terbatas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Aktivitas dibantu</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hambatan Mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan Mobilitas Di Tempat Tidur</p>

4.	<p>Ds : Klien mengatakan ada luka yang tak kunjung sembuh</p> <p>Do : Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Luka di kaki</li> <li>-Kulit tampak merah-merah</li> <li>-Kulit tampak terkelupas</li> </ul> <p>Ttv :</p> <p>TD : 130/70 mmhg</p> <p>N : 81x/menit</p> <p>S : 36,1°C</p> <p>RR : 23x/menit</p>	<p>Neuropati sensori Perifer</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Jaringan tidak terasa sakit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nekrosis Luka</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terjadi luka gangren</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan Integritas Jaringan</p>	<p>Kerusakan Integritas Jaringan</p>
----	---	---	--------------------------------------

### **3.3 DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN**

- 1) Nyeri Akut
- 2) Ketidakefektifan Pola Nafas
- 3) Hambatan Mobilitas fisik
- 4) Kerusakan Integritas Jaringan

### **3.4 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS**

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan Iskemik Jaringan
- 2) Ketidakefektifan Pola Nafas berhubungan dengan Keletihan Otot  
Pernafasan
- 3) Kerusakan Integritas Jaringan berhubungan dengan Nekrosis luka  
Gangren
- 4) Hambatan Mobilitas Di Tempat Tidur berhubungan dengan Luka Gangren

### 3.5 RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tanggal : 30 Januari 2020

Nama pasien : Tn. S

Dx Medis : Diabetes Mellitus

No RM 00324912

Tabel 3.5 Rencana Tindakan Keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis

Diabetes Mellitus

No.	Tujuan/ kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menjelaskan penyebab nyeri</li> <li>2. Pasien melaporkan nyeri berkurang</li> <li>3. Pasien mampu mendemostrasikan ulang relaksasi dan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pada pasien penyebab nyeri</li> <li>2. Berikan posisi semi fowler dan lingkungan yang nyaman</li> <li>3. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam</li> <li>4. Observasi tanda-tanda vital dan skala nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang penyebab nyeri yang dirasakan</li> <li>2. Untuk dapat meredakan nyeri pasien dan pasien dapat beristirahat</li> <li>3. Untuk Memudahkan pasien agar nyeri dapat berkurang</li> <li>4. Untuk mengetahui perkembangan pasien</li> </ol>

	<p>distraksi dengan nafas dalam</p> <p>4. Tanda- tanda vital dalam batas normal</p> <p>TD: 110-130/70-90MmHg</p> <p>N : 60-90x/mnt</p> <p>S : 36,5 c- 37,5 c</p> <p>RR : 16-20x/mnt</p> <p>-Pasien tampak rileks</p> <p>-Skala nyeri 1-2</p>	<p>5. Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat analgesic</p>	<p>5. Untuk menurunkan rasa nyeri</p>
<p>2.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola nafas kembali efektif</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Pasien mampu menjelaskan penyebab sesak nafas</p> <p>2. Pasien melaporkan sesak berkurang</p>	<p>1. Jelaskan pada pasien penyebab sesak nafas</p> <p>2. Berikan posisi semi fowler</p> <p>3. Anjurkan pasien untuk melaporkan jika sesak berkurang</p> <p>4. Observasi tanda-tanda vital</p>	<p>1. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang penyebab sesak</p> <p>2. Untuk menurunkan rasa sesak pada pasien</p> <p>3. Agar tenaga medis mengetahui bahwa ada perubahan pada sesak nafas pasien</p> <p>4. Untuk mengetahui keadaan umum pasien</p>




	<p>3. Pasien mampu mendemostrasikan ulang nafas dalam</p> <p>4. Tanda- tanda vital dalam batas norrmal</p> <p>TD: 110-130/70-90 mmhg</p> <p>N : 60-90x/mnt</p>	<p>5. Kolaborasi dengan tim medis pemberian oksigen</p>	<p>5. Untuk dapat meredakan rasa sesak pasien</p>
3.	<p>S : 36,5 c- 37,5 c</p> <p>RR : 16-20x/mnt</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan kerusakan integritas jaringan dapat membaik dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1.Pasien dapat menjelaskan kembali penyebab kerusakan integritas jaringan</p> <p>2. Tidak terjadi pengeluaran pus</p>	<p>1. Jelaskan pada pasien penyebab terjadinya kerusakan integritas jaringan</p> <p>2. Berikan perawatan luka</p> <p>3. Ajarkan pasien untuk mengganti kasa perban setiap 2hari sekali</p> <p>4. Observasi tanda- tanda vital</p>	<p>1. Untuk menambah pengetahuan pasien tentang penyakit nya</p> <p>2. Agar kulit tetap bersih</p> <p>3. Untuk kulit tetap bersih dan terjaga agar tidak terjadi infeksi</p> <p>4. Untuk mengetahui keadaan umum pasien</p>

	<p>3. Terjadi perbaikan di jaringan kulit</p> <p>4. Tanda-tanda vital dalam batas normal</p> <p>TD: 110-130/70-90 mmhg</p> <p>N : 60-90x/mnt</p> <p>S : 36,5 c- 37,5 c</p>	<p>5. Berkolaborasi pemberian obat antibiotic</p>	<p>5. Agar tidak terjadi infeksi</p>
4.	<p>RR : 16-20x/menit</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien dapat bermobilisasi dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1.Pasien mampu menjelaskan kembali tentang pentingnya mobilisasi</p> <p>2.Pasien mampu menunjukan mobilisasi yang meningkat</p> <p>3.Bertambahnya kekuatan otot</p>	<p>1. Jelaskan pada pasien tentang pentingnya mobilisasi</p> <p>2. Ajarkan pada pasien cara melakukan room aktif dan pasif</p> <p>3. Ubah posisi pasien tiap 2 jam</p> <p>4. Observasi tanda-tanda vital</p>	<p>1. Untuk menambah pengetahuan pada pasien</p> <p>2. Untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan gerak room aktif dan pasif</p> <p>3. Untuk menurunkan terjadinya iskemik jaringan</p> <p>4. Untuk mengetahui perubahan pada pasien</p>





### 3.6 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN





Nama pasien: Tn. S No RM: 00324912 Umur: 61 tahun

Tabel 3.6 Implementasi pada Tn. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus

No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/ Tanda Tangan
1.	30-01-2020	08:00	1. Menjelaskan pada pasien penyebab nyeri - pasien mengatakan mengerti tentang penyebab nyeri	
		08:30	2. Memberikan posisi semi fowler dan lingkungan yang Nyaman - Pasien mengatakan dengan posisi semi fowler rasa nyeri berkurang dan dengan lingkungan nyaman pasien dapat Beristirahat	
		09:10	3. Mengajarkan pada pasien teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam - Pasien mampu melakukan ulang teknik distraksi relaksasi dengan nafas dalam	










		09.30	4. Mengobservasi tanda-tanda vital dan skala nyeri - TD: 130/70 mmhg N: 81x/menit RR: 23 x/menit S: 36,1 C Skala nyeri : 4	
		10:00	5. Berkolaborasi dengan tim medis pemberian obat - Antrain : 1gr - Apidra : 4 IU - Ceftriaxon : 2gr - Lantus : 10 IU	
1.	31-1-2020	14.30	1. Mengobservasi tanda-tanda vital dan skala nyeri - TD : 120/80 mmhg N : 82x/menit S : 36,7°C RR : 22x/menit Skala nyeri : 3	
		15:30	2. Berkolaborasi Pemberian obat - Antrain : 1gr - Apidra : 4IU	




		16:20	3. Mengajarkan pada pasien teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam  - Pasien mau melakukan teknik distraksi relaksasi nafas dalam	
		18:00	4. Memberikan posisi semi fowler dan memberikan lingkungan yang nyaman  - pasien mau melakukan posisi semi fowler, dan pasien mampu beristirahat dengan lingkungan yang nyaman	
1.	1-2-2020	15:30	1. Berkolaborasi pemberian obat  -Antrain : 1gr  -Ondan : 1mg  -Apidra : 4 IU	
		16:10	2. Mengajarkan tekni distraksi dan relaksasi ke pasien dengan cara nafas dalam  - pasien mampu melakukan teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam	


		17:00	<p>3. Mengobservasi tanda-tanda vital dan skala nyeri pasien</p> <p>- TD : 130/80 mmhg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>Skala nyeri : 2</p>	<i>Ruma</i>
2.	30-1-2020	08:10	<p>1. Menjelaskan pada pasien penyebab sesak nafas</p> <p>- Pasien mampu menjelaskan kembali penyebab sesak nafas</p>	<i>Ruma</i>
		08:35	<p>2. Memberikan posisi semi Fowler</p> <p>- pasien mau melakukan posisi semi fowler , pasien mengatakan</p>	<i>Ruma</i>
		09:00	<p>agar sesak dapat berkurang</p> <p>3. Mengajarkan ke pasien untuk melaporkan ke perawat jika sesak nya berkurang</p> <p>- Pasien mau melaporkan ke perawat bahwa sesaknya</p>	<i>Ruma</i>
		09:30	<p>Berkurang</p> <p>4. Mengobservasi tanda-tanda Vital</p>	<i>Ruma</i>

		10:00	<p>- TD: 130/70 mmhg</p> <p>N: 81x/menit</p> <p>RR: 23 x/menit</p> <p>S: 36,1 C</p> <p>5. Berkolaborasi pemberian oksigen</p> <p>- Memberikan Oksigen nasal</p>	<i>Ruska</i>
2.	31-1-2020	14:00	<p>kanul 3 Lpm</p> <p>1. Memberikan Posisi semi fowler</p> <p>- Pasien mau melakukan posisi</p>	<i>Ruska</i>
		14:30	<p>semi fowler</p> <p>2. Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>- TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p>	<i>Ruska</i>
		15:40	<p>RR : 22x/menit</p> <p>3. Mengajarkan pasien untuk melaporkan bahwa sesak berkurang</p> <p>- Pasien mau melaporkan ke perawat bahwa sesak nya</p>	<i>Ruska</i>
		16:00	<p>berkurang</p>	

			4. Berkolaborasi pemberian Oksigen - Memberikan Oksigen nasal	
2.	1-1-2020	15:50	kanul 3 Lpm 1. Berkolaborasi pemberian Oksigen - Memberikan oksigen nasal	
		16:45	kanul 3 Lpm 2. Menganjurkan ke pasien agar melaporkan jika sesak berkurang - Pasien mau melaporkan jika	
		17:00	sesaknya berkurang 3. Mengobservasi tanda-tanda vital - TD : 130/80 mmhg N : 82x/menit S : 36,7°C	
3.	30-1-2020	08:40	RR : 22x/menit 1. Menjelaskan pada pasien penyebab terjadinya kerusakan integritas jaringan - Pasien mampu menjelaskan kembali penyebab terjadinya	
		09:10	kerusakan integritas jaringan	

			<p>2. Memberikan perawatan luka pada pasien</p> <p>- Perawatan luka dengan menggunakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ns</li> <li>2. Sufratul</li> <li>3. Powder</li> <li>4. Bandage</li> <li>5. Kasa + Perban coklat</li> </ol> <p>3. Mengajarkan pada pasien untuk mengganti perban setiap 2 hari sekali</p> <p>- Pasien mau melakukan pergantian perban setiap 2 hari sekali</p>	
		09:30	<p>4. Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>- TD: 130/70 mmhg</p> <p>N: 81x/menit</p> <p>RR: 23 x/menit</p> <p>S: 36,1 C</p>	
		10:00	<p>5. Berkolaborasi pemberian obat antibiotic</p> <p>- Inj. Ceftriaxon : 2gr</p>	

3.	31-1-2020	14:30	<p>1.Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>- TD : 120/80 mmhg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p>	
3.	1-1-2020	15:55  17:00	<p>RR : 22x/menit</p> <p>1.Mengajarkan pada pasien untuk mengganti perban setiap dua hari sekali</p> <p>- Pasien mampu melakukan pergantian perban setiap dua hari sekali dan membersihkannya</p> <p>2. Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>- TD : 130/80 mmhg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p>	  
4.	30-1-2020	08:45	<p>RR : 22x/menit</p> <p>1.Menjelaskan pada pasien</p>	

		09:05	tentang penting nya mobilisasi - Pasien mampu menjelaskan tentang pentingnya mobilisasi	
--	--	-------	---	---



		09:30	2.Mengajarkan pada pasien cara melakukan gerak room aktif dan pasif	
			- Pasien mau melakukan gerak room aktif dan pasif	
		11:05	3.Mengobservasi tanda-tanda vital	<i>Rumca</i>
			- TD: 130/70 mmhg	
			N: 81x/menit	
			RR: 23 x/menit	
			S: 36,1 C	
			4.Mengubah posisi pasien tiap 2 jam	<i>Rumca</i>
4.	31-1-2020	14:30	-Pasien mau melakukan ubah posisi tiap 2 jam	
			1.Mengobservasi tanda-tanda vital	<i>Rumca</i>
			- TD : 120/80 mmhg	
			N : 82x/menit	
		15:10	S : 36,7°C	
			RR : 22x/menit	
			2.Mengubah posisi pasien tiap 2 jam	<i>Rumca</i>

		17:10	- Pasien mau melakukan ubah posisi tiap 2jam karena pasien merasa ada perubahan  3.Mengajarkan pada pasien cara melakukan gerak room aktif dan	<i>Ruska</i>
4.	1-2-2020	16:10          17:00	pasif  - Pasien mampu melakukan room gerak aktif dan pasif  1.Mengubah posisi pasien tiap 2 jam  -Pasien masih tetap mau mengubah posisi tiap 2 jam  2.Mengobservasi tanda-tanda vital  - TD : 130/80 mmhg  N : 82x/menit  S : 36,7°C  RR : 22x/menit	<i>Ruska</i>  <i>Ruska</i>


### 3.7 CATATAN PERKEMBANGAN

Nama pasien : Tn. S

Umur: 61 tahun

No RM: 00324912



Tabel 3.7 Catatan Perkembangan pada Tn. S dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus


Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
30-01-2020	Nyeri Akut	<p>S: Pasien mengatakan nyeri di kaki karena luka gangren</p> <p>O: Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak menyeringai</li> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- TD: 130/70 mmhg</li> <li style="padding-left: 40px;">N: 81 x/menit</li> <li style="padding-left: 40px;">RR: 23 x/menit</li> <li style="padding-left: 40px;">S: 36,1 °C</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi tanda-tanda vital dan skala nyeri</li> <li>2. Berkolaborasi pemberian obat</li> <li>3. Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam</li> </ol>	

		4. Memberikan posisi semi fowler dan lingkungan yang nyaman	
31-1-2020	Nyeri Akut	<p>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p> <p>- Pasien tampak sedikit rileks</p> <p>- Skala nyeri 3</p> <p>Ttv :</p> <p>TD: 120/70 mmhg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <p>S: 36,7°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkolaborasi pemberian obat</li> <li>2. Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam</li> <li>3. Mengobservasi tanda-tanda vital dan skala nyeri</li> </ol>	<i>Ruma</i>


		4. Berkolaborasi permemberian oksigen	
30-1-2020	Ketidakefektifan pola nafas	<p>S : Pasien mengatakan terkadang sesak</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Irama nafas tidak teratur</li> <li>-Terdapat wheezing</li> <li>-Terpasang oksigen nasal kanul 3 Lpm</li> </ul> <p>- TTV :</p> <p>TD: 130/70 mmhg</p> <p>N: 81 x/menit</p> <p>RR: 23 x/menit</p> <p>S: 36,1°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan posisi semi fowler</li> <li>2. Mengobservasi tanda-tanda vital</li> <li>3. Menganjurkan pada pasien untuk melaporkan sesak berkurang</li> </ol>	R

31-1-2020	Ketidakefetifan pola nafas	<p>S : Pasien mengatakan sesak nya sedikit berkurang</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p> <p>-Terpasang nasal kanul 3 Lpm</p> <p>-Suara wheezing berkurang</p> <p>Ttv :</p> <p>TD: 120/70 mmhg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <p>S: 36,7°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkolaborasi pemberian Oksigen</li> <li>2. Menganjurkan pasien untuk melaporkan bahwa sesak berkurang</li> <li>3. Mengobservasi tanda-tanda vital</li> </ol>	Ruzka
-----------	----------------------------	--	-------

30-1-2020	Kerusakan Integritas Jaringan	<p>S : Pasien mengatakan adanya luka yang tak kunjung sembuh</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada luka di kaki</li> <li>- Jaringan tampak merah</li> <li>- Kulit tampak terkelupas</li> </ul> <p>Ttv :</p> <p style="padding-left: 40px;">TD: 130/70 mmhg</p> <p style="padding-left: 40px;">N: 81 x/menit</p> <p style="padding-left: 40px;">RR: 23 x/menit</p> <p style="padding-left: 40px;">S: 36,1°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p style="padding-left: 20px;">1. Mengobservasi tanda-</p>	
31-1-2020	Kerusakan Integritas Jaringan	<p style="text-align: center;">tanda vital</p> <p>S : Pasien mengatakan lukanya sudah agak membaik</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada Luka</li> <li>- Jaringan yang merah sudah agak berkurang</li> <li>- Kulit yang terkelupas sudah agak berkurang</li> </ul>	

		<p>Ttv :</p> <p>TD: 120/70 mmhg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <p>S: 36,7°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan cara pergantian perban setiap 2hari sekali</li> <li>2. Mengobservasi tanda-</li> </ol>	
30-1-2020	Hambatan mobilitas fisik	<p>tanda vital</p> <p>S : Pasien mengatakan jika ingin bangun atau makan pasien dibantu oleh keluarga</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p> <p>-Ada pembengkakan di kaki kanan</p> <p>-Kekuatan otot 5/5/4/5</p> <p>-Kateter (+)</p> <p>-Infus terpasang dikaki</p> <p>Ttv :</p> <p>TD: 130/70 mmhg</p> <p>N: 81 x/menit</p>	



		<p>RR: 23 x/menit</p> <p>S: 36,1°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi tanda-tanda vital</li> <li>2. Mengubah posisi pasien tiap 2jam</li> <li>3. Mengajarkan cara melakukan gerak room</li> </ol>	
31-1-2020	Hambatan Mobilitas fisik	<p>aktif dan pasif</p> <p>S : Pasien mengatakan jika ingin bangun atau makan pasien masih dibantu keluarga sedikit</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p> <p>-Pembengkakan di kaki berkurang karena luka sudah dirawat luka dan di tusuk oleh ujung gunting</p> <p>- Kateter (+)</p> <p>-Infus dikaki (+)</p> <p>- Kekuatan otot 5/5/4/5</p> <p>Ttv :</p>	

		<p>TD: 120/70 mmhg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <p>S: 36,7°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengubah posisi pasien tiap 2 jam</li><li>2. Mengobservasi tanda-tanda vital</li></ol>	
--	--	---	--



### 3.8 EVALUASI KEPERAWATAN


Nama Pasien: Tn. S


Umur: 61 tahun

No RM: 00324912

Tabel 3.8 Evaluasi Keperawatan pada Tn. S dengan diagnosa medis Diabeteas Mellitus

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1-2-2020	Nyeri Akut	<p>S: Pasien mengatakan nyeri nya berkurang</p> <p>O: Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak rileks</li> <li>- Skala nyeri 2</li> </ul> <p>Ttv :</p> <p>TD : 130/80 mmhg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p> <p>RR : 21x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	
1-1-2020	Ketidakefektifan Pola Nafas	<p>S : Pasien mengatakan sesak nya berkurang</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oksigen nasal kanul di lepas</li> <li>- Suara wheezing berkurang</li> </ul> <p>Ttv :</p> <p>TD : 130/80 mmhg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p> <p>RR : 21x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
1-1-2020	Kerusakan Integritas Jaringan	<p>pasien pulang</p> <p>S : Pasien mengatakan luka nya cukup membaik</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ada luka di perban</li> <li>- Kulit tampak terkelupas sedikit</li> <li>- Jaringan merah sudah berkurang</li> </ul> <p>Ttv :</p> <p>TD : 130/80 mmhg</p> <p>N : 82x/menit</p> <p>S : 36,7°C</p>	

		<p>RR : 21x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	
1-2-2020	Hambatan Mobilitas Fisik	<p>S : Pasien mengatakan jika ingin bangun atau makan pasien sudah bisa bangun dan ambil makan sendiri</p> <p>O : Keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pembengkakan di kaki sudah tidak ada, luka sudah di tusuk oleh ujung gunting dan sudah di perban dengan baik</li> <li>-Kateter di lepas</li> <li>-Infus dilepas</li> <li>-Kekuatan otot masih 5/5/4/5</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	

**DISCHARGE PLANNING :**

1. Berikan edukasi tentang minum obat yang benar
2. Ajarkan tentang teknik memberi makan dan kebutuhan nutrisi
3. Ajarkan perawatan luka dan pergantian perban dengan benar
4. Anjurkan pada pasien untuk menjaga pola makan
5. Kenali gejala – gejala yang ditimbulkan penyakit
6. Anjurkan untuk mengikuti Senam Diabetes Mellitus

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

##### 4.1.1 Pengkajian

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

Identitas pasien : Pada dasar nya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan, Tinjauan pustaka yang di dapat keluhan pertama biasanya ditandai dengan kelemahan, berat badan menurun, kesemutan, poliuri, polifagi, polidipsi, dan lain sebagainya. Pada tinjauan kasus di dapatkan data pasien mengeluh nyeri karena adanya ulkus di kaki sebelah kanan nya, sering buang air kecil saat malam hari (Poliuri), sering merasakan rasa haus (Polidipsi), dan berat badan menurun. Antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus penulis tidak

menemukan di temukan perubahan yang signifikan karena sama-sama ditemukan keluhan nyeri, poliuri, polidipsi, dan berat badan menurun.

#### 4.1.2 Riwayat Keperawatan

4.1.2.1 Keluhan Utama : Pada tinjauan pustaka pada pasien dengan Diabetes Mellitus biasanya mengalami kelemahan, berat badan menurun, dapat terjadi poliuri, polidipsi, polifagi, dan kesemutan. Pada tinjauan kasus di dapat kan pasien mengeluh nyeri karena adanya ulkus gangren di kaki kanan nya, adanya penurunan berat badan.

Berdasarkan penulis pada tinjauan kasus ada kesenjangan dengan tinjauan pustaka karena di temukan dengan data yang tidak sama karena pada tinjauan kasus ditemukan keluhan nyeri di kaki kanannya dan adanya penurunan berat badan.

4.1.2.2 Riwayat penyakit saat ini : Pada tinjauan pustaka di dapatkan keadaan pasien yang menderita Diabetes Mellitus mengeluh kelemahan, kesemutan, berat badan menurun, dapat terjadi polipagi, poliuri, polidipsi. Sedangkan yang ada di tinjauan kasus diperoleh data bahwa pasien mengalami pembengkakan di daerah kaki sebelah kanan nya dan pasien tidak mengetahui kenapa kaki nya bisa terjadi pembengkakan.

Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan karena data yang didapat yaitu pasien mengalami pembengkakan di daerah kaki sebelah kanannya.

4.1.2.3 Riwayat penyakit dahulu : Pada tinjauan pustaka di dapatkan riwayat penyakit dahulu apakah ada penyakit seperti infeksi pankreas, penyakit diabetes



mellitus atau hipertensi, sedangkan hasil yang di dapat di tinjauan kasus yaitu pasien sudah mengalami penyakit diabetes mellitus sudah 5 tahun, pasien tidak pernah mempunyai penyakit lain, pasien merasa ini penyakit keturunan. Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan karena pasien mengalami riwayat penyakit dahulu yaitu diabetes mellitus.

4.1.2.4 Riwayat penyakit keluarga : Pada tinjauan pustaka di dapatkan riwayat penyakit keluarga apakah di dalam satu keluarga pernah ada yang menderita penyakit diabetes mellitus atau pernah menderita penyakit yang lainnya seperti kanker. Di tinjauan kasus di dapatkan bahwa keluarga pasien ada yang terkena diabetes mellitus.

Berdasarkan penulis tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan karena adanya salah satu keluarga yang terkena diabetes mellitus dan itu sama dengan tinjauan pustaka yang sama ada riwayat penyakit keluarga.

4.1.2.5 Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan : Pada tinjauan pustaka di dapatkan data makan terlalu banyak karbohidrat dari nasi dan roti bisa menyebabkan penyimpanan dalam bentuk gula dalam darah (glikogen), banyak mengonsumsi makanan yang mengandung gula, dan minuman beralkohol dapat merusak pankreas. Kurangnya aktivitas fisik menyebabkan terjadinya penumpukan lemak didalam tubuh. Pada tinjauan kasus di dapatkan keluarga klien mengatakan meski mempunyai penyakit diabetes mellitus, klien tetap saja kalau makan tidak di jaga klien masih sering makan atau minuman yang manis, pada saat di tanya alasan klien tetap makan makanan seperti itu karena klien beranggapan bahwa penyakit nya

itu susah untuk sembuh karena penyakitnya adalah penyakit keturunan. Dan aktivitas fisik klien pun juga berkurang karena klien jarang berolahraga, klien hanya beraktifitas saat bekerja saja.

Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan karena sama pasien terlalu banyak mengonsumsi makan yang manis, dan pasien jarang untuk beraktivitas.

4.1.2.6 Pada pemeriksaan fisik B1 (Breathing) : Pada tinjauan pustaka di dapatkan data bentuk dada simetris, tidak ada retraksi otot bantu nafas, terkadang ada yang membutuhkan alat bantu nafas, terjadi pernafasan cepat dan dangkal, nafas bau aseton, vocal fremitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal, terdapat suara sonor, tidak ditemukan suara tambahan, suara nafas vesikuler. Pada tinjauan kasus data yang di dapat yaitu bentuk dada simetris, susunan ruas tulang belakang normal, irama nafas tidak teratur, tidak ada retraksi otot bantu nafas, perkusi thorak sonor, alat bantu nafas nasal kanul 3 Lpm, vokal fremitus normal kanan kiri sama, tidak ada nyeri dada saat bernafas, suara nafas wheezing. Tidak ada batuk, tidak ada produksi sputum.

Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan yaitu pada irama nafas tidak teratur, alat bantu nafas yaitu nasal kanul 3 Lpm, dan adanya suara nafas tambahan yaitu wheezing dan ini tidak sama dengan pemeriksaan B1 penderita diabetes mellitus lainnya.

4.1.2.7 Pada pemeriksaan fisik B2 (Kardiovaskular) : Pada tinjauan pustaka di dapatkan penyembuhan luka yang lama karena adanya hipertensi, ictus cordis tidak teraba, nadi > 84x/menit (bisa juga terjadi takikardia), irama ireguler, CRT dapat

kembali < 3 detik, tidak ada sianosis, pulsasi kuat pada radialis, suara pekak, bunyi jantung normal S1 S2 tunggal. Pada tinjauan kasus di dapatkan tidak terdapat nyeri dada, irama jantung teratur, ictus cordis kuat di ics V midklavikula sinistra, bunyi jantung S1 S2 tunggal. CRT < 3 detik, tidak ada sianosis, tidak ada pembengkakan clubbing finger, tidak ada pembesaran JVP.

Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan karena pasien tidak mengalami gangguan pada jantung nya karena tidak ada komplikasi lain di jantung nya.

4.1.2.8 Pada pemeriksaan fisik B3 (Brain) : Pada tinjauan pustaka di dapatkan Kesadaran composmentis, terkadang pasien mengalami penurunan kesadaran, merasa kesemutan. Pada tinjauan kasus di dapatkan kesadaran composmentis, orientasi baik klien mampu mengenal tempat, waktu, dan orang, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudsky, klien tidak mengalami nyeri kepala, istirahat/tidur : siang 3 jam/hari malam 8jam/hari, klien tidak mempunyai kelainan nervus cranialis.

Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak terjadi kesenjangan karena pasien tidak mengalami komplikasi pada sistem persyarafannya dan pasien tidak mengalami penurunan kesadaran.

4.1.2.9 Pada pemeriksaan fisik B4 (Bladder) : Pada tinjauan pustaka di dapatkan frekuensi saat berkemih meningkat, bau khas, warna kuning, tidak ada nyeri tekan. Pada tinjauan kasus di dapatkan bentuk alat kelamin normal, kebersihan alat kelamin tidak terkaji, frekuensi berkemih 8x/hari secara teratur, jumlah 1000cc/24

jam, bau khas, warna kuning jernih, tempat yang digunakan urinbag, klien terpasang kateter selama di rs (baru sekitar 2 hari).

Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ada kesenjangan sedikit yaitu pasien terpasang kateter karena tidak bisa ke kamar mandi karena adanya luka gangren di kaki sebelah kanan.

4.1.2.10 Pada pemeriksaan fisik B5 (Bowel) : Pada tinjauan pustaka di dapatkan mukosa bibir lembab, lidah bersih, penurunan berat badan, polipagi, anoreksia, tidak adanya nyeri tekan pada abdomen, terdapat suara tympani, peristaltik usus normal 5-35x/menit. Pada tinjauan kasus di dapatkan keadaan mulut bersih, mukosa lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi klien 1x1 sehari selama di Rs, tidak ada kesulitan di tenggorokan, abdomen thympani, peristaltik usus 15x/mnt, klien BAB 1x/hari, konsistensi padat, warna coklat kekuningan , bau khas, tempat yang digunakan pampers, tidak ada masalah eliminasi alvi, tidak ada pemakaian obat pencahar.

Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan kasus tidak ada kesenjangan karena pasien tidak mengalami gangguan pencernaan.

4.1.2.11 Pada pemeriksaan fisik B6 (Bone) : Pada tinjauan pustaka di dapatkan kulit tampak kotor, adakah luka, jika ada luka lihat keadaan luka ada pus atau tidak, kedalaman luka, luas luka, kulit atau membrane mukosa kering, ada oedema atau tidak, lokasi, ukuran, kelembaban kulit, akril hangat, turgor kulit hangat, adakah fraktur atau dislokasi, kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami gangguan dan terbatas. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan kemampuan pergerakan klien bebas, kekuatan otot , 5/5/4/5 tidak ada fraktur, tidak

ada dislokasi, ada luka di kaki kanan, akral hangat, turgor kulit elastis, ada oedema di kaki kanan, kelembaban lembab, kebersihan kulit tampak ada pengelupasan karena luka gangren, ADL di bantu parsial oleh keluarga klien mengatakan jika mau bangun dan saat mau bermobilisasi klien dibantu oleh keluarga nya, klien mengatakan adanya luka yang tidak kunjung sembuh.

Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ditemukan komplikasi diabetes mellitus, yaitu masalah yang terdapat pada B6 dengan adanya luka gangrene pada kaki sebelah kanannya.

4.1.2.12 Pada pemeriksaan fisik B7 (Penginderaan) : Pada tinjauan pustaka di dapatkan penglihatan mulai kabur, ketajaman penglihatan mulai menurun, ketajaman penciuman normal, adakah secret atau tidak, ketajaman pendengaran normal atau tidak, adakah lesi atau tidak, adakah nyeri tekan atau tidak. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan mata simetris, pupil isokor, reflek cahaya normal, konjungtiva tidak anemis (merah muda), sklera putih, tidak ada oedema pada palpebra, tidak ada strabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak ada alat bantu penglihatan, hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret pada hidung, ketajaman penciuman normal, telinga simetris, ketajaman pendengaran normal, perasa normal manis pahit asin asam, peraba normal.

Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak di temukan kesenjangan karena pasien tidak mengalami komplikasi pada sistem penginderaan.

4.1.2.13 Pada pemeriksaan fisik B8 (Endokrin) : Pada tinjauan pustaka di dapatkan mungkin ada ganggren, lokasi gangren, bentuk, ada pus, bau, adanya polifagia, polidipsi, dan poluri, kedalaman gangren. Sedangkan pada tinjauan kasus di

dapatkan Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran limfe, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, klien mengalami polidipsi, polifagi, poliuri, banyak keringat, terdapat luka gangren, karakteristik luka : luka berdiameter 2-3cm, kedalaman 1cm, ada nya pus jika luka di tusuk menggunakan gunting, adanya rongga yang tak tampak, lokasi kaki sebelah kanan.

Berdasarkan penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ditemukan adanya kesenjangan karena pasien mengalami komplikasi luka gangren di kaki sebelah kanan, pasien juga mengalami polidipsi, poliuri, dan polifagi.

## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

4.2.1 Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka menurut Nanda Nic-Noc ada 11 yaitu :

4.2.1.1 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makan dan aktivitas jasmani

4.2.1.2 Resiko syok hypovolemia berhubungan dengan ketidakmampuan elektrolit kedalam sel tubuh

4.2.1.3 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis kerusakan jaringan (nekrosis luka gangren)

4.2.1.4 Resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit (diabetes mellitus)

4.2.1.5 Retensi urine berhubungan dengan inkomplit pengosongan kandung kemih, sfingter kuat dan polyuria

4.2.1.6 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (diabetes mellitus)

4.2.1.7 Keletihan berhubungan dengan malnutrisi

4.2.1.8 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agens cedera kimiawi

4.2.1.9 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan persepsi diri

4.2.1.10 Harga diri rendah berhubungan dengan kehilangan anggota tubuh

4.2.1.11 Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan diagnosa yang sama yaitu nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan karena pasien mempunyai luka yang ada pada gangren terdapat nyeri di kaki di sebelah kanan, rasanya cekot-cekot, nyeri menjalar sampai tungkai belakang, skala nyeri 4, dan rasanya hilang timbul, nyeri yang di rasakan karena adanya luka gangren di kaki nya.

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa keperawatan kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis kerusakan jaringan (nekrosis jaringan gangren), sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan diagnose yang sama yaitu kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis luka gangren karena pasien mempunyai luka gangren di kaki sebelah kanan dan mengeluarkan pus jika di tusuk dengan ujung gunting.

Pada tinjauan pustaka tidak di dapatkan diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik, sedangkan di tinjauan kasus di dapatkan diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan luka gangren. Diagnosa ini muncul karena pasien mempunyai kekuatan otot 5/5/4/5 yang arti nya kaki kanan pasien terdapat luka gangren yang jika dipakai bergerak atau bermobilisasi pasien harus di bantu parsial oleh keluarga.

Pada tinjauan pustaka tidak di dapatkan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernafasan, diagnosa ini di dapatkan karena pasien merasakan keletihan saat bernafas sehingga suplai oksigen menurun.

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makan dan aktivitas jasmani. Sedangkan pada tinjauan kasus tidak di dapatkan diagnose ini karena pasien tidak mengalami penurunan nafsu makan, pasien mengalami penurunan berat badan akan tetapi masih belum signifikan untuk di ambil diagnose ini.

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa keprawatan resiko syok hypovolemia berhubungan dengan ketidakmampuan elektrolit kedalam sel tubuh. Sedangkan di tinjauan kasus tidak di dapatkan diagnose ini karena pasien tidak mengalami syok hypovolemia.

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit (diabetes mellitus),



sedangkan di tinjauan pustaka tidak di dapatkan diagnosa ini karena pasien menutup luka dengan perban coklat dan kassa.

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa keperawatan retensi urine berhubungan dengan inkomplit pengosongan kandung kemih, sfingter kuat dan polyuria. Sedangkan pada tinjauan kasus tidak di dapatkan diagnosa ini karena pasien tidak mengalami retensi urine, dan pasien juga di pasang kateter.

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah keperifer, proses penyakit (diabetes mellitus), sedangkan di tinjauan kasus tidak ditemukan diagnosa ini karena pasien tidak mengalami pusing kepala atau sakit kepala.

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa keperawatan keletihan berhubungan dengan malnutrisi, sedangkan pada tinjauan kasus tidak di dapatkan diagnosa ini karena pasien tidak mengalami keletihan, pasien tidak mnegalami tanda-tanda malnutrisi.

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agens cedera kimiawi, sedangkan pada tinjauan kasus tidak terdapat diagnosa ini krena pasien tidak terdapat luka decubitus, pasien terdapat luka di jaringan nya.

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa kperawatan gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan persepsi diri, sedangkan di tinjauan kasus tidak di dapatkan diagnosa ini karena pasien tidak mengalami cacat pada tubuh nya. Hanya saja terdapat luka gangren di kaki selah kanan nya.

Pada tinjauan pustaka di dapatkan diagnosa keperawatan harga diri rendah berhubungan dengan kehilangan anggota tubuh, sedangkan pada tinjauan kasus tidak di dapatkan diagnosa ini karena pasien tidak kehilangan anggota tubuhnya.

Berdasarkan penulis terdapat kesenjangan antara diagnose keperawatan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka ada 11 diagnosa keperawatan namun pada tinjauan kasus hanya ada 4 diagnosa keperawatan. Adanya perbedaan diagnose keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus ini karena ada perbedaan pada hasil pengkajian yang di dapat oleh penulis dengan tinjauan pustaka yang berasal dari buku dan media yang lainnya

### **4.3 Perencanaan**

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

4.3.1 Dalam perencanaan dan tujuan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan yaitu pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan Kriteria hasil :

- 1) Pasien mampu menjelaskan penyebab nyeri
- 2) Pasien melaporkan nyeri berkurang
- 3) Pasien mampu mendemostrasikan ulang relaksasi dan distraksi dengan nafas dalam

4) Tanda- tanda vital dalam batas normal

TD: 110-130/70-90MmHg

N : 60-90x/mnt

S : 36,5 c- 37,5 c

RR : 16-20x/mnt

-Pasien tampak rileks, skala nyeri 1-2

Pada perencanaan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus ini yaitu Jelaskan pada pasien penyebab nyeri. Berikan posisi semi fowler dan lingkungan yang nyaman. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam. Observasi tanda- tanda vital dan skala nyeri. Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat analgesik.

4.3.2 Dalam perencanaan dan tujuan pada diagnosa keperawatan Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kekuatan otot pernafasan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola nafas kembali efektif dengan Kriteria hasil:

- 1) Pasien mampu menjelaskan penyebab sesak nafas
- 2) Pasien melaporkan sesak berkurang
- 3) Pasien mampu mendemostrasikan ulang nafas dalam
- 4) Tanda- tanda vital dalam batas normal

TD: 110-130/70-90 mmHg

N : 60-90x/mnt

S : 36,5 c- 37,5 c

RR : 16-20x/mnt

Pada perencanaan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu Jelaskan pada pasien penyebab sesak nafas. Berikan posisi semi fowler. Anjurkan pasien untuk melaporkan jika sesak berkurang. Observasi tanda-tanda vital. Kolaborasi dengan tim medis pemberian oksigen.

4.3.3 Dalam perencanaan pada diagnosa keperawatan kerusakan integritas jaringan berhubungan nekrosis luka gangren pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan kerusakan integritas jaringan dapat membaik dengan Kriteria Hasil :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penyebab kerusakan integritas jaringan
- 2) Tidak terjadi pengeluaran pus
- 3) Terjadi perbaikan di jaringan kulit
- 4) Tanda-tanda vital dalam batas normal

TD: 110-130/70-90 mmhg

N : 60-90x/mnt

S : 36,5 c- 37,5 c

RR : 16-20x/menit

Pada perencanaan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu Jelaskan pada pasien penyebab terjadinya kerusakan integritas jaringan. Berikan perawatan luka.

Ajarkan pasien untuk mengganti kasa perban setiap 2hari sekali. Observasi tanda-tanda vital. Berkolaborasi pemberian obat antibiotic.

4.3.4 Dalam perencanaan dan tujuan pada diagnosa keperawatan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan luka gangren pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien dapat bermobilisasi dengan Kriteria Hasil :

- 1) Pasien mampu menjelaskan kembali tentang penting nya mobilisasi
- 2) Pasien mampu menunjukkan mobilisasi yang meningkat
- 3) Bertambahnya kekuatan otot

Pada perencanaan tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu Jelaskan pada pasien tentang penting nya mobilisasi. Ajarkan pada pasien cara melakukan room aktif dan pasif. Ubah posisi pasien tiap 2 jam. Observasi tanda-tanda vital

#### **4.4 Implementasi**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang sudah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka pelaksanaan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah di susun dan di realisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan, pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinir dan terintegrasi.

Dalam melaksanakan pelaksanaan ada beberapa faktor penunjang yang menyebabkan semua rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan baik, yaitu antara kerja sama yang baik dengan dokter dan perawat yang lain dan harus bekerja secara tim.

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

#### 4.4.1 Implementasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan

Pada implementasi sama dengan tinjauan kasus Menjelaskan pada pasien penyebab nyeri. Memberikan posisi semi fowler dan lingkungan yang nyaman. Mengajarkan pada pasien teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam. Mengobservasi tanda-tanda vital dan skala nyeri. Berkolaborasi dengan tim medis pemberian obat Antrain : 1gr, apidra : 4 IU, ceftriaxon : 2gr, lantus 10 IU.

#### 4.4.2 Implementasi diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan keletihan otot pernafasan

Pada implementasi tidak sama dengan tinjauan kasus karena di tinjauan pustaka tidak ada diagnosa ini, di tinjauan kasus muncul diagnosa ini krena pasien mengalami keletihan pada otot pernafasan. Implementasi yang di lakukan yaitu Menjelaskan pada pasien penyebab sesak nafas. Memberikan posisi semi fowler. Mengajarkan ke pasien untuk melaporkan ke perawat jika sesak nya berkurang. Mengobservasi tanda-tanda vital. Berkolaborasi pemberian oksigen yaitu dengan memberikan Oksigen nasal kanul 3 Lpm.

#### 4.4.3 Implementasi diagnosa keperawatan kerusakan integritas Jaringan berhubungan dengan nekrosis luka gangren.

Pada implementasi sama dengan tinjauan kasus yaitu .Menjelaskan pada pasien penyebab terjadinya kerusakan integritas jaringan. Memberikan perawatan luka pada pasien dengan perawatan luka dengan menggunakan cairan ns, sufratul, powder, bandage, kasa + perban coklat. Mengajarkan pada pasien untuk mengganti

perban setiap 2hari sekali. Mengobservasi tanda-tanda vital. Berkolaborasi pemberian obat antibiotic inj. Ceftriaxon : 2gr.

4.4.4 Implementasi pada diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan luka gangren

Pada implementasi tidak sama dengan tinjauan pustaka, diagnosa ini hanya ada di tinjauan kasus karena pasien mengalami luka gangren di kaki sehingga menyebabkan terhambat mobilitas fisik nya. Implementasi yang dilakukan yaitu Menjelaskan pada pasien tentang penting nya mobilisasi. Mengajarkan pada pasien cara melakukan gerak room aktif dan pasif. Mengobservasi tanda-tanda vital. Mengubah posisi pasien tiap 2 jam.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi yaitu :

Evaluasi formatif : evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai.

Evaluasi somatif : merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.

Namun, pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu. Sedangkan pada tinjauan kasus dapat di laksanakan sesuai dengan keadaan pasien dan masalahnya secara langsung

Pada waktu dilaksanakan evaluasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan yaitu : S: Pasien mengatakan nyeri nya berkurang, O:



Keadaan umum cukup, pasien tampak rileks, skala nyeri 2, A: Masalah teratasi, P : Intervensi dihentikan pasien pulang.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi pada diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernafasan yaitu : S : Pasien mengatakan sesak nya berkurang. O : Keadaan umum cukup, oksigen nasal kanul di lepas, suara wheezing berkurang. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan pasien pulang.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi pada diagnosa kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis luka gangrene yaitu : S : Pasien mengatakan luka nya cukup membaik. O : Keadaan umum cukup, ada luka di perban, kulit tampak terkelupas sedikit, jaringan merah sudah berkurang. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan pasien pulang.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan luka gangren yaitu : S : Pasien mengatakan jika ingin bangun atau makan pasien sudah bisa bangun dan ambil makan sendiri. O : Keadaan umum cukup, pembengkakan di kaki sudah tidak ada, luka sudah di tusuk oleh ujung gunting dan sudah di perban dengan baik, kateter di lepas, infus dilepas, kekuatan otot masih 5/5/4/5. A : Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan pasien pulang.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dicapai karena pasien setiap hari menunjukkan perkembangan yang baik dan luka membaik. Hasil evaluasi pada Tn. S sudah dicapai, sebelum pasien KRS penulis memberikan beberapa informasi terkait kesehatan pasien, diantaranya :

1. Berikan edukasi tentang minum obat yang benar

2. Ajarkan tentang teknik memberi makan dan kebutuhan nutrisi
3. Ajarkan perawatan luka dan pergantian perban dengan benar
4. Anjurkan pada pasien untuk menjaga pola makan
5. Kenali gejala – gejala yang ditimbulkan penyakit
6. Anjurkan untuk mengikuti Senam Diabetes Mellitus

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Diabetes Mellitus di ruang Bangsal Melati RSUD Bangil, maka penulisan dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien Diabetes Mellitus.

#### **5.1 Simpulan**

Dari data uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1. Pada pengkajian pada tinjauan kasus di dapatkan keluhan utama pada pengkajian klien yaitu mengeluh adanya ulkus atau gangren dan terdapat pembengkakan di kaki bagian kanan.

Masalah keperawatan yang muncul adalah kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis luka gangren. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan kerusakan integritas jaringan dapat membaik. Dengan dilakukan intervensi Menjelaskan pada

pasien penyebab terjadinya kerusakan integritas jaringan, Memberikan perawatan luka pada pasien, Mengajarkan pada pasien untuk mengganti perban setiap 2hari sekali, Mengobservasi tanda-tanda vital, Berkolaborasi pemberian obat antibiotic.

- 5.1.2 Pada diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat pertama yaitu mengeluh nyeri pada ulkus atau gangren pada kaki bagian kanan.

Maslah keorawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan iskemis jaringan. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : Pasien mampu menjelaskan penyebab nyeri, Pasien melaporkan nyeri berkurang, Pasien mampu mendemostrasikan ulang relaksasi dan distraksi dengan nafas dalam, Tanda- tanda vital dalam batas normal TD: 110-130/70-90MmHg, N : 60- 90x/menit, S : 36,5 c- 37,5 c, RR : 16-20x/menit, Pasien tampak rileks, Skala nyeri 1-2. Dilakukan intervensi . Jelaskan pada pasien penyebab nyeri, Berikan posisi semi fowler dan lingkungan yang nyaman, Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam, Observasi tanda- tanda vital dan skala nyeri, Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat analgesic.

- 5.1.3 Pada diagnosa selanjutnya yaitu ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kekuatan otot menurun. Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola nafas kembali efektif dengan

kriteria hasil : Pasien mampu menjelaskan penyebab sesak nafas, Pasien melaporkan sesak berkurang, Pasien mampu mendemostrasikan ulang nafas dalam, Tanda- tanda vital dalam batas normal (TD: 110-130/70-90 mmhg, N : 60-90x/mnt, S : 36,5 c- 37,5 c, RR : 16-20x/mnt). Dilakukan intervensi Jelaskan pada pasien penyebab sesak nafas, Berikan posisi semi fowler, Anjurkan pasien untuk melaporkan jika sesak berkurang, Observasi tanda- tanda vital, Kolaborasi dengan tim medis pemberian oksigen.

#### 5.1.4 Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan luka gangren.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien dapat bermobilisasi dengan Kriteria Hasil : Pasien mampu menjelaskan kembali tentang penting nya mobilisasi, Pasien mampu menunjukkan mobilisasi yang meningkat, Bertambahnya kekuatan otot. Dilakukan intervensi . Jelaskan pada pasien tentang penting nya mobilisasi, Ajarkan pada pasien cara melakukan room aktif dan pasif, Ubah posisi pasien tiap 2 jam, Observasi tanda-tanda vital.

#### 5.1.5 Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn. S sesuai dengan harapan masalah teratasi.

## **5.2 Saran**

Dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

- 5.2.1 Untuk mencapai hasil asuhan keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim medis lainnya.
- 5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayan kesehatan mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup dan dapat bekerjasama dengan tim medis lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus.
- 5.2.3 Untuk meningkatkan asuhan mutu keperawatan yang professional sebaiknya diadakan suatu penyuluhan atau suatu pertemuan yang membahas tentang kesehatan yang ada pada klien.
- 5.2.4 Pendidikan dan pengetahuan perawat perlu ditingkatkan 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 dan benar.



**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 : 25/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.	Rista Melindawati	1701019	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.



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



Pasuruan, 9 Januari 2020

Nomor : 445.1/102.16/424.072.01/2020  
Lampiran : -  
Hal : Persetujuan Pengambilan  
Data

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 : RISKA MELINDAWATI  
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 Data Awal di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 8 -- 11 Januari 2019.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

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

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

u.b.

Kasir Diklat



**DIDIK MARIYONO, SKM.**

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



**INFORMED CONSENT**

Judul : “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Gangren Di RSUD Bangil Pasuruan”.

Tanggal pengambilan studi kasus pada tanggal 30 Januari 2020

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **Riska Melindawati** 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 Tn. S

Dengan ini saya memberikan kesediaan setelah 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.

Partisipan



(.....)

Saksi



(.....)

Peneliti



(.....)

## **SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) DIABETES MELLITUS**

Topik : Diabetes Mellitus

Sasaran : Pasien dan keluarga pasien

Tempat : Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil

Hari/Tanggal : Sabtu/1-2-2020

Waktu : 30 Menit

### Tujuan Instruksional

#### a. Tujuan Instruksional Umum

Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang penyakit Diabetes Mellitus

#### b. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diadakan penyuluhan selama 30 menit pasien dan keluarga pasien dapat :

- 1) Menjelaskan pengertian Diabetes Mellitus
- 2) Menjelaskan penyebab Diabetes Mellitus
- 3) Mampu menyebutkan gejala Diabetes Mellitus
- 4) Menjelaskan cara pencegahan Diabetes Mellitus

Waktu pelaksanaan

Hari : Sabtu

Pelaksana :

- 1) Riska Melindawati

Metode :

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

Media

- a. Leaflet

Waktu	Tahap kegiatan	Penyuluhan	Sasaran
5 menit	Pendahuluan	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Membuka acara dengan mengucapkan salam kepada keluarga</li><li>b. Memperkenalkan diri kepada keluarga</li><li>c. Menyampaikan topik maksud dan tujuan penkes kepada keluarga</li><li>d. Kontrak waktu untuk kesepakatan pelaksanaan penkes kepada keluarga</li></ul>	<p>Menjawab salam</p> <p>Memperhatikan penyuluh</p> <p>Mendengarkan penyuluh menyampaikan topik dan tujuan</p> <p>Menyetujui kesepakatan waktu pelaksanaan penkes</p>
15 menit	Kegiatan inti	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Mengenali kemampuan keluarga tentang materi yang akan disampaikan</li><li>b. Memberikan penjelasan tentang materi yang akan diberikan kepada keluarga dengan menggunakan leaflet</li></ul>	<p>Menyampaikan pengetahuannya tentang materi penyuluhan</p> <p>Mendengarkan penyuluh menyampaikan materi</p>

		<p>c. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya</p> <p>d. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh</p>	<p>Bertanya tentang materi yang telah diberikan</p> <p>Menjawab pertanyaan</p>
5 Menit	Penutup	<p>a. Menyimpulkan dan mengklasifikasi materi penyuluhan yang telah disampaikan kepada sasaran</p> <p>b. Membuat perencanaan dari materi yang telah disampaikan</p> <p>c. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terima kasih kepada sasaran</p>	<p>Mendengarkan</p> <p>Menyepakati perencanaan tindak lanjut</p> <p>Mendapatkan penyuluh menutup acara dan menjawab salam</p>

## **MATERI PENYULUHAN**

### **DIABETES MELLITUS**

#### **1. DEFINISI DIABETES MELLITUS**

Diabetes Mellitus 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 bertanggung jawab dalam mempertahankan kadar gula darah yang normal. Insulin memasukkan gula ke dalam sel sehingga bisa menghasilkan energi atau disimpan sebagai cadangan energi.

#### **2. PENYEBAB DIABETES MELLITUS**

- 1) Keturunan
- 2) Usia
- 3) Kegemukan
- 4) Kurang Gerak
- 5) Kehilangan Insulin
- 6) Alkoholisme
- 7) Obat-obatan

#### **3. TANDA DAN GEJALA DIABETES MELLITUS**

- 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 muntah

#### **4. CARA PENCEGAHAN DIABETES MELLITUS**

Perawatan Diabetes Mellitus dirumah saat ini sangat dianjurkan karena pengobatan dan perawatan Diabetes Mellitus membutuhkan waktu yang lama. Cara Perawatan Pasien Diabetes Mellitus 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

#### **MAKANAN YANG DIPANTANG DAN DIPERBOLEHKAN**

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

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

Jenis makanan yang harus dikonsumsi oleh penderita Diabetes Mellitus diklasifikasikan sebagai berikut :

#### **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) Bayam
- 5) Kacang Panjang
- 6) Pepaya
- 7) Jeruk
- 8) Pisang
- 9) Labu Siam

**5. KOMPLIKASI DIABETES MELLITUS**

Komplikasi yang dapat terjadi bila penderita DM tidak dirawat dengan baik sehinggagula 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, gangrene
- 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



## DAFTAR PUSTAKA

Widoyono, 2005. Penyakit tropis: *epidemiologi, penularan, pencegahan, dan pemberantasannya*. Jakarta: Erlangga Medical Series

Muhajir, 2007. Pendidikan jasmani olahraga dan kesehatan. Bandung: Erlangga

Staf pengajar fakultas kedokteran universitas Indonesia. 1993. Mikrobiologi, kedokteran. Jakarta barat; binarupa aksara.

# Diabetes Mellitus



Disusun Oleh:

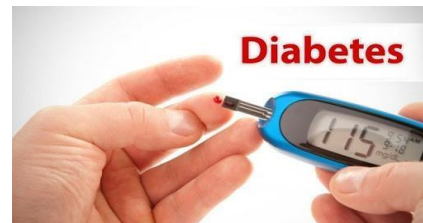
Riska Melindawati

1701019

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA  
CENDEKIA  
SIDOARJO  
2020**

## Apa Definisi Diabetes Mellitus itu ??

Diabetes Mellitus 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 bertanggung jawab dalam mempertahankan kadar gula darah yang normal.



## Apa saja penyebab Diabetes Mellitus ??

- 1) Keturunan
- 2) Usia
- 3) Kegemukan
- 4) Kurang Gerak
- 5) Kehilangan Insulin
- 6) Alkoholisme
- 7) Obat-obatan

## Apa saja tanda dan gejala Diabetes Mellitus ??

- 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 muntah

## Jika terjadi Diabetes Mellitus apa saja komplikasi yang dapat terjadi ??

- 1) Ginjal : Gagal Ginjal, Infeksi
- 2) Jantung : Hipertensi, Gagal Jantung

- 3) Mata : Glaukoma, Katarak, Retinopati
- 4) Syaraf : Neuropati, mati rasa
- 5) Kulit : Luka lama, gangrene
- 6) Hipoglikemi
- 7) Ketoasidosis

**Apa saja jenis makanan yang boleh di konsumsi tetapi harus tetap di batasi??**

- 1) Nasi
- 2) Singkong
- 3) Roti
- 4) Telur
- 5) Tempe
- 6) Tahu
- 7) Kacang Hijau
- 8) Kacang Tanah
- 9) Ikan

**Apa saja jenis makanan yang tidak boleh di konsumsi ??**

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



**Bagaimana cara untuk mengatasi Diabetes Mellitus??**

- 1) Minum obat secara teratur
- 2) Diet yang tepat
- 3) Olahraga yang teratur
- 4) Kontrol GD teratur
- 5) Pencegahan komplikasi







