

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. I DENGAN
DIAGNOSA MEDIS *DIABETES MELLITUS*
***GANGREN* DIRUANG MELATI**
RSUD BANGIL PASURUAN

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



Oleh :

VIVI OKTAVIA

1701014

PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO

2020

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Vivi Oktavia

NIM 1701014

Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 14 Oktober 1998

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

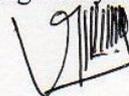
Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. I DENGAN DIAGNOSA MEDIS *DIABETES MILLETUS GANGREN* DI RUANG MELATIRSUD BANGIL**

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,

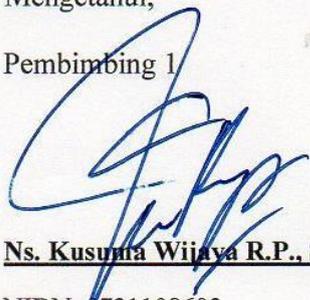


Vivi Oktavia

1701014

Mengetahui,

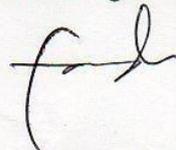
Pembimbing 1



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

NIDN. 0731108603

Pembimbing 2



Ns. Faida Annisa., S.Kep.,MNS

NIDN. 0708078606

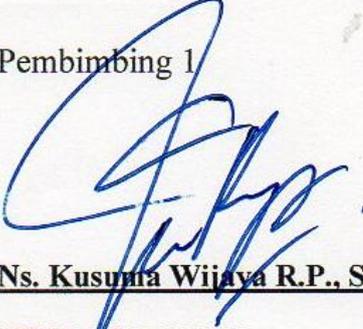
LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : Vivi Oktavia

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. I Dengan Diagnosa Medis Nstemi 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 R.P., S.Kep.,MNS
NIDN. 0731108603

Pembimbing 2

Ns. Faida Annisa, S.Kep.,MNS
NIDN. 0708078606

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.

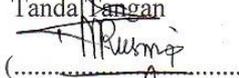
Tanggal : 11 Juni 2020

TIM PENGUJI

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

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

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

Tanda Tangan

(.....)

(.....)

(.....)

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia



Agus Sulistvowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

“ Perjuangan merupakan bukti bahwa engkau belum menyerah . peperangan selalu menyertai lahirnya mujizat”

“ manusia dapat menimbang – nimbang dalam hati , tapi jawaban lidah berasal dari pada Tuhan . hati manusia memikir- mikirkan jalannya, tetapi Tuhan lah yang menyatukan arah langkahnya “

“ serakanlah hidupmu kepada TUHAN dan percayalah kepada Nya dan ia akan bertindak “

(Mazmur 37:5)

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 Mamaku tercinta Wiwik Pujiati dan Papaku tercinta M. Syukri, aku tidak akan pernah lupa semua pengorbanan dan jerih payah yang engkau berikan untukku agar dapat menggapai cita-cita 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 Papa Mama untuk semuanya.
3. Kepada Dosen pembimbing karya tulis ilmiah ini Ns.Kusuma Wijaya R.P., S.Kep., MNS dan Ns. Faida Annisa., S.Kep., MNS yang selalu memberikan motivasi untukku, selalu peduli dan perhatian, ucapan terima kasih yang tak terhingga atas ilmu yang sangat bermanfaat bagiku
4. Teruntuk M. Eky Syafrizal Z.A, terima kasih selama ini sudah menjadi teman, sahabat, sekaligus calon suami yang sangat mendukungku. 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 gelak tawa 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 Ny. M Dengan Diagnosa Medis *DIABETES MILLETUS GANGRENDi 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 R.P.,S.Kep.,MNS selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ns. Faida Annisa.,S.Kep.,MNS 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



Vivi Oktavia

NIM. 1701014

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.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Lampiran	xiii

BAB 1 PENDAHULUAN1

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	5
1.5.1 Metode.....	5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	5
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	6
1.6 Sistematika Penulisan	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....8

2.1 Konsep Penyakit.....	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Patofisiologi	10
2.1.4 Manifestasi Klinis	10
2.1.5 Klasifikasi	11
2.1.6 Diagnosa Banding	12
2.1.7 Komplikasi	12
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	14
2.1.9 Penatalaksanaan	18
2.1.10 Pencegahan.....	20
2.1.11 Dampak Masalah.....	30
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	31
2.2.1 Pengkajian	31
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	35
2.2.3 Perencanaan.....	36

2.2.4	Pelaksanaan	45
2.2.5	Evaluasi	48
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		51
3.1	Pengkajian.....	51
3.1.1	Identitas	51
3.1.2	Keluhan Utama	52
3.1.3	Riwayat Kesehatan	52
3.1.4	Status Cairan Dan Nutrisi	53
3.1.5	Genogram	54
3.1.6	Pemeriksaan Fisik.....	54
3.1.7	Data Psikososial.....	57
3.1.8	Data Spiritual.....	59
3.1.9	Data Penunjang.....	59
3.1.10	Therapi	61
3.2	Analisa Data.....	63
3.3	Diagnosa Keperawatan	68
3.4	Perencanaan Keperawatan	69
3.5	Implementasi Keperawatan.....	72
3.6	Catatan Perkembangan.....	79
3.7	Evaluasi Keperawatan.....	85
BAB 4 PEMBAHASAN		88
4.1	Pengkajian.....	88
4.2	Diagnosa keperawatan	96
4.3	Intervensi Keperawatan.....	98
4.4	Implementasi Keperawatan.....	99
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	100
BAB 5 PENUTUP.....		103
5.1	Simpulan	103
5.2	Saran	104
DAFTAR PUSTAKA		106

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul Gambar	Hal
Gambar 2.1	Pathway	53
Gambar 3.1	Genogram Tn. I Dengan Diagnosa Medis Diabetes Milletus Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan	54

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 2.1 :	Nyeri akut yang berhubungan dengan agen injuri biologis (penurunan perfusi jaringan perifer).....	39
Tabel 2.2 :	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hiperglikemi penurunan darah ke jaringan	40
Tabel 2.3:	Hambatan Mobilita fisik berhungan dengan nyeri akut.....	41
Tabel 2.4:	Keletihan berhubungan dengan malnutrisi.	42
Tabel 2.5:	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya infeormasi.....	43
Tabel 3.1	Hasil pemeriksaan laboratorium.....	59
Tabel 3.2	Analisa Data pada Tn.I dengan diagnosa medis Diabetes Milletus Gangren.....	63
Tabel 3.3	Rencana Tindakan Keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis.....	69
Tabel 3.4	Implementasi pada T.n I dengan diagnosa medis Diabetes Milletus Gangren.....	72
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan pada Tn. I dengan diagnosa medis Diabetes Milleus Gangren	80
Tabel 3.6	Evaluasi Keperawatan pada Tn.I dengan diagnosa medis Diabetes Millerus Gangren	85

DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus.	112
Lampiran 2	Surat Balasan Pengambilan Data.....	113
Lampiran 3	Lembar <i>Informed Consent</i>	114
Lampiran 4	Satuan Acara Penyuluhan	115
Lampiran 5	Leaflet Penyuluhan	122
Lampiran 6	Lembar Konsultasi Proposal.....	123
Lampiran 7	Lembar pasca Konsul.....	124

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Millitus (DM) adalah suatu penyakit kronis yang terjadi karena pankreas tidak menghasilkan cukup insulin hormon yang mengatur gula darah), atau bila tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan (World Health Organization (WHO, 2016). Fenomena yang terjadi di masyarakat adalah masyarakat menganggap penyakit diabetes mellitus disebabkan karena suka mengonsumsi yang manis-manis. Diabetes mellitus tanpa pengelolaan diri yang tidak baik dengan kebiasaan menggunakan alas kaki pada penderita diabetes mellitus akan menyebabkan komplikasi seperti timbulnya gangren. Penderita diabetes mellitus memiliki resiko 29 gangren, hal ini disebabkan karena penderita diabetes mellitus rentan terkena infeksi yang erat berhubungan dengan perkembangan kuman pada lingkungan dengan kadar glukosa yang tinggi. Gangren diabetik merupakan komplikasi dari diabetes mellitus yang disebabkan karena kerusakan jaringan nekrosis oleh emboli pembuluh darah besar arteri pada bagian tubuh sehingga suplai darah terhenti. Gangren terjadi karena adanya neuropati dan gangguan vaskuler di daerah kaki dalam bentuk luka terbuka yang diikuti kematian jaringan setempat.

Prevalensi penderita Diabetes mellitus semakin meningkat dari tahun ketahun WHO memprediksikan jumlah penderita diabetes di dunia akan semakin meningkat seiring dengan pertumbuhan jumlah penduduk.

Jumlah penderita diabetes di Indonesia diprediksikan akan semakin meningkat. Data WHO menyebutkan bahwa pada tahun 2015 jumlah penderita diabetes dewasa mencapai kenaikan 4 kali lipat 108 juta di 1990an. Pada tahun 2040 diperkirakan jumlahnya akan menjasi 642 juta. Hampir 80% orang diabetes ada di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Pada tahun 2015, orang dewasa dengan diabetes adalah 8,5% 1 di antara 11 orang dewasa menyandang Diabetes Millitus (Riset Kesehatan Dasar 2015). Berdaarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti, didapatkan bahwa penderita Diabetes Millitus di RSUD Bangil antara bulan Januari sampai dengan Deember 2019 sebanyak 239 pasien (Rekam Medis RSUD Bangil, 2019).

Diabetes disebabkan oleh faktor genetik Sementara bila diabetes dialami oleh wanita, maka anaknya memiliki risiko 1 berbanding 25, bila anak tersebut lahir ketika ibunya berusia lebih muda dari 25 tahun. Jika seorang wanita dengan diabetes tipe melahirkan pada usia 25 tahun atau lebih, risiko perkembangan diabetes pada anaknya adalah 1 berbanding 100, bisa juga diakibatkan oleh faktor lingkungan Virus (jenis yang tidak diketahui) pada usia dini mungkin memicu diabetes tipe 1 pada beberapa orang. Dalam banyak kasus, seseorang juga cenderung terkena diabetes tipe 1 bila hidup di cuaca yang dingin. Faktor usia kemungkinan Anda untuk mengalami diabetes meningkat seiring bertambahnya usia oleh karena itu, kebanyakan dokter seringkali merekomendasikan pasiennya yang berusia 45 tahun atau lebih untuk mengikuti tes diabetes, khususnya bila seseorang kelebihan berat badan. Tanda dan gejala awal mungkin

mengalami banyak makan atau poli pagi, banyak minum, banyak urin atau kencing (poliuria), dan penurunan BB berat badan yang drastis. (Rizky Candra, 2009). Akibat terjadinya diabetes militus adalah karena adanya kemunduran fungsi sampai dengan kerusakan organ-organ tubuh dan penanganan yang kurang maksimal terhadap penderita diabetes menyebabkan terjadi komplikasi akut yaitu hipoglikemia, ketoasidosis, sindrom hiperglikemik hperosmolar non ketotik dan kronik yaitu penyakit pembuluh darah besar, penyakit pembuluhdarah kecil, penyakit neuropati, rentan infeksi seperti TBC paru, infeksi saluran kemih, dan ulkus diabetik (Tartowo, 2012).

Oleh karena itu, negara Indonesia yang sedang membangun disegala bidang perlu memperhatikan pendidikan kesehatan masyarakat untuk mencegah tumbuhnya penyakit diabetes militus (DM). Diabetes militus perlu di deteksi dini yaitu dengan pemeriksaan tekanan kadar gula darah secara berskala, yang dapat dilakukan pada waktu chekup kesehatan atau saat periksa ke dokter. Penyakit diabetes militus dapat di cegah dengan dengan menjaga pola makan yang salah satunya dengan menggunakan diet rendah karbohidrat dan menggunakan diet 3J. Oleh karena itu perawat dapat mengajarkan klien untuk tidak megkonsumsi yang berkadar gula tinggi, rendah karbohidrat untuk menstabilkan kadar gula darah. Penatalaksanaan penderita diabetes militus dapat dilakukan dengan cara injeksi insulin dan meminum obat secara rutin. (Anindya, 2009). Peran perawat terhadap pada pasien yang terdiagnosa diabetes militus yaitu sebagai edukator sangat dibutuhkan oleh pasien diabetes

militus karena merupakan penyakit kronis yang memerlukan perilaku penanganan mandiri yang khusus seumur hidup. Perencanaan pemberian edukasi yang baik dan komprehensif serta sesuai dengan kebutuhan pembelajaran pasien akan mengurangi biaya pelayanan kesehatan, dan meningkatkan kualitas pelayanan, perawat juga membuat jadwal pemberian edukasi secara teratur, dan mengevaluasi setiap edukasi yang telah diberikan sehingga dapat meningkatkan kualitas mutu pelayanan kesehatan yang diberikan (Adam malik, 2010).

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Diabetes Millitus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Diabetes Militus di Ruang rawat inap Melati RSUD Bangil Pasuruan?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Diabetes Millitus.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji klien dengan diagnosa Diabetes Millitus.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa

Diabetes Millitus di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.3 Merencanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa Diabetes Millitus di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan diagnosa Diabetes Millitus di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.5 Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien dengan diagnosa diabetes Millitus di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Diabetes Millitus di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan .

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 Diabetes Millitus.

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 DM dengan baik.

1.4.2.2 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 Diabets Millitus.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan.

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Diabetes Millitus.

1.4.2.4 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.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1.5.3.2 Data Sekunder

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

1.5.4 Studi Kepustakaan

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

1.6 Sistemika 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 Diabets Millitus 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 II

TINJAUAN MASALAH

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, penatalaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Pengertian

Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau mikrovaskuler dan neuropati. (Yuliana Elin, 2010).

2.1.2 Etiologi

Faktor-faktor penyebab diabetes mellitus menurut Sujono Riyadi (2010):

Prinsipnya, pembentukan diabetes dikarenakan oleh kurang /tidak adanya insulin atau kurang sensitifnya jaringan tubuh terhadap insulin, serta akibat resistensi insulin seperti yang terjadi pada wanita hamil. Jadi, diabetes mellitus disebabkan karena kurangnya produksi dan ketersediaan insulin dalam tubuh atau terjadinya gangguan fungsi insulin yang sebenarnya

berjumlah cukup. Namun, terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan diabetes melitus, antara lain:

2.1.2.1 Genetik atau faktor keturunan

2.1.2.2 Ras atau etnik

2.1.2.3 Obesitas

2.1.2.4 Metabolik sindrom

2.1.2.5 Kurang gerak badan

2.1.2.6 Penyakit lain

2.1.2.7 Usia

2.1.2.8 Infeksi

2.1.2.9 Stress

2.1.2.10 Pemakaian obat-obatan

2.1.2.11 Bahan toksik atau racun

2.1.3 Patofisiologi

Patofisiologi diabetes melitus Type 1 sistem imunitas menyerang dan menghancurkan sel yang memproduksi insulin beta pankreas, (Breshner, dkk 2014). Kondisi tersebut merupakan penyakit autoimun yang ditandai dengan ditemukannya anti atau anti body sel anti insulin dalam darah (WHO, 2016).

Patofisiologi diabetes melitus Type 2 kondisi ini disebabkan oleh kekurangan insulin namun tidak mutlak. Ini berarti bahwa tubuh tidak mampu memproduksi insulin yang cukup untuk memenuhi kebutuhan yang ditandai dengan kurangnya sel beta atau defisiensi insulin resistensi insulin perifer (ADA,2014). Resistensi insulin perifer berarti terjadi

kerusakan pada reseptor-reseptor insulin sehingga menyebabkan insulin menjadikurang efektif mengantar pesan-pesan biokimia menuju sel-sel (CDA, 2013).

2.1.4 Manifestasi klinis

2.1.4.1 Diabetes Millitus type 1

- 1) Poliuria: osmotik banyak BAK
- 2) Polidipsi: rasa haus yang berlebihan
- 3) Polifagia: hiperglikemia yang tidak terkontrol, banyak makan
- 4) Muntah, lemah, pandangan kabur

2.1.4.2 Diabetes Millitus type 2

- 1) Poliuria, polidipsi, polifagia, dan kehilangan berat badan
- 2) Pengelihatn kabur
- 3) Parestesia ekstermitas bawah
- 4) Infeksi ragi (misal: peradangan pada ujung penis)

(Khordori, 2015).

2.1.5 Klasifikasi

2.1.5.1 Diabetes Type 1 (kerusakan sel Beta, biasanya menyebabkan defisiensi absolut insulin)

- 1) Di perantarai oleh sistem imun
- 2) Idiopatik

2.1.5.2 DiabetesType 2 (Dapat berkisar dari resistensi insulin dominan dengan defisiensi relatif insulin sehingga defek sektori dominan dengan resistensi insulin)

2.1.5.3 Type spesifik lain

- 1) Kerusakan genetik fungsi sek beta
- 2) Kerusakan sel genetik pada kerja insulin
- 3) Penyakit pankreas eksokrin
- 4) Endokrin
- 5) Imbas obat atau imbas kimia
- 6) Infeksi
- 7) Bentuk tak lazim diabetes imunologik
- 8) Sindrom genetik lain yang kadang berkaitan dengan diabetes

2.1.5.4 Diabetes millitus gestasional

(Khodori, 2015)

2.1.6 Diagnosa banding

2.1.6.1 Hiperglikemia reaktif

2.1.6.2 Toleransi glukosa terganggu (ITG)

2.1.6.3 Glukosa darah puasa terganggu (GDPT)

(Imam, 2009).

2.1.7 Komplikasi

Apabila glukosa darah terkontrol dengan baik dan tidak mendapatkan penggunaan adekuat, maka beberapa tahun kemudian hampir selalu akan timbul komplikasi-komplikasi akibat diabetes dapat dibagi dalam dua kelompok besar:

2.1.7.1 Komplikasi akut

Keadaan-keadaan pada komplikasi akut atau mendadak merupakan keadaan gawat darurat. Termasuk dalam kelompok ini adalah hipoglikemia,hiperglikemia, ketoasidosis diabetik.

2.1.7.2 Komplikasi kronik

Komplikasi kronik diabetes millitus antara lain:

1) Neuropathy

Kerusakan saraf adalah komplikasi diabetes yang sering terjadi. Lebih dari 60% pasien diabetes akan mengalami komplikasi ini. Dalam jangka lama, glukosa darah yang tinggi melemahkan dan merusak dinding pembuluh darah kapiler sehingga asupan nutrisi berkurang. Akibat, saraf tidak bisa mengirim, atau terlambat kirim pesan-pesan rangsangan impuls saraf. Hal ini terutama terjadi pada neuropati akibat diabetes millitus, antara lain: neuropati otonom kardiovaskuler, gastrointestinal, genitourinarius, dan pupil mata

2) Nephropathy

Kelainan yang terjadi pada ginjal penderita diabetes millitus dimulai dengan adanya mikroalbuminuria kemudian berkembang menjadi proteinuria secara klinis dan berlanjut pada penurunan fungsi laju glomerular dan berakhir dengan gagal ginjal.

3) Kerusakan mata

Diabetes millitus penyebab utama kebutaan. Penyakit utama yang disebabkan diabetes millitus antara lain: retinopati, katarak, dan glaukoma

- 4) Gangguan pada hati
- 5) Penyakit paru
- 6) Gangguan pada saluran pencernaan
- 7) Infeksi
- 8) Penyakit kulit
- 9) Pada pembuluh darah bisa terjadi angiopati diabetik

Pada pembuluh darah besar disebut makroangiopati diabetik sedangkan pada pembuluh darah kecil disebut mikroangiopati diabetik. Jika sumbatan terjadi pada pembuluh darah besar tungkai akan mudah mengalami gangren diabetik yaitu luka pada kaki yang merah kehitaman dan berbau busuk.

(Askandar, 2009).

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Data penunjang pada klien yang menderita diabetes millitus menurut PERKENI, 2011 adalah:

2.1.8.1 Pemeriksaan gula darah pada pasien diabetes mellitus antara lain :

- 1) Gula Darah Puasa (GDP) 70-110 mg/dl

Kriteria diagnostik untuk DM >140 mg/dl paling sedikit dalam dua kali pemeriksaan atau >140 mg/dl disertai gejala klasik hiperglikemia, atau IGT 115-140 mg/dl.

- 2) Gula darah 2 jam post prandial <140 mg/dl

Digunakan untuk skrining atau evaluasi pengobatan bukan diagnostik.

3) Gula Darah Sewaktu (GDS) <140 mg/dl

Digunakan untuk skrining bukan diagnostik.

2.1.8.2 Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

Cara pelaksanaan TTGO : 3 hari sebelumnya makan seperti biasa, kegiatan jasmani secukupnya seperti yang biasa dilakukan, puasa semalam 10- 12 jam, kadar gula darah diperiksa , diberikan glukosa 75 gram atau 1,75 gram/kgBB, dilarutkan dalam air 250 ml dan diminumkan selama 5 menit, kemudian periksa kadar gula darah 2 jam setelah beban glukosa selama pemeriksaan subyek yang diperiksa tetap istirahat dan tidak boleh merokok.

Jika kadar glukosa darah seseorang lebih tinggi dari nilai normal tetapi tidak masuk dalam kriteria DM, maka dia masuk dalam kategori prediabetes yang termasuk ke dalamnya adalah :

- 1) Gula darah puasa terganggu (GDPT), yang ditegakkan bila hasil pemeriksaan glukosa plasma puasa didapatkan antara 100 – 125 mg/dl dan kadar glukosa plasma 2 jam setelah minum larutan glukosa TTGO < 140 mg/dl.
- 2) Toleransi Glukosa Terganggu (TGT), yang ditegakkan bila kadar glukosa plasma 2 jam setelah minum larutan glukosa TTGO antara 140 – 199 mg/dl.

2.1.8.3 Tes Toleransi Glukosa Intravena (TTGI)

Dilakukan jika TTGO merupakan kontra indikasi atau terdapat kelainan gastrointestinal yang mempengaruhi absorb glukosa.

2.1.8.4 Tes Toleransi Kortison Glukosa (TTKG)

Digunakan jika TTGO tidak bermakna, kortison menyebabkan peningkatan kadar gula darah abnormal dan menurunkan penggunaan gula darah perifer pada orang yang berpredisposisi menjadi DM kadar gula darah 140 mg/dl pada akhir 2 jam dianggap sebagai hasil positif.

2.1.8.5 Glicosated Hemoglobin

Berguna dalam memantau kadar glukosa darah rata-rata selama lebih dari 3 bulan.

2.1.8.6 Selain pemeriksaan diatas peeriksaan penyaring dapat dilakukan melalui pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu atau kadar glukosa darah puasa, kadar gula darah sewaktu dan puasa sebagai patokan dapat dilihat pada table di bawah ini :

Tabel 2.1 Data Penunjang Diabetes Melitus (DM) (PERKENI, 2011)

			Bukan DM	Belum pasti DM	Diabetes Mellitus
Kadar Darah (mg/dl)	Glukosa	Plasma Vena	<100	100-199	≥ 200
	Sewaktu	Darah Kapiler	<90	90-199	≥ 200
Kadar Darah	Glukosa	Plasma Vena	<100	100-125	≥ 126
	Puasa	Darah Kapiler	<90	90-99	≥ 100

(mg/dl)				
---------	--	--	--	--

2.1.9 Penatalaksanaan Medis

Modalitas yang ada pada penatalaksanaan diabetes mellitus terdiri dari, terapi non farmakologis dan farmakologis yang dilakukan apabila terapi non farmakologis tidak memberikan hasil yang diharapkan.

2.1.9.1 Terapi Non Farmakologis

1) Terapi Gizi Medis

Terapi ini pada prinsipnya adalah dengan melakukan pengaturan pola makan yang didasarkan pada status gizi diabetis dan modifikasi diet berdasarkan kebutuhan individual. Manfaat dari terapi gizi medis antara lain menurunkan berat badan, menurunkan tekanan sistolik dan diastolik, menurunkan kadar glukosa darah, memperbaiki profil lipid, meningkatkan sensitivitas reseptor insulin, memperbaiki sistem koagulasi darah.

Tabel 2.2 Diet Gizi Diabetes Millitus (Askandar, 2006)

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

2) Latihan Jasmani

Latihan jasmani hanya boleh dilakukan pada penderita diabetes melitus dengan kadar gula darah 100-160 mg/dl. Prinsip latihan jasmani bagi para penderita diabetes melitus, antara lain:

- (1) Frekuensi : Dilakukan teratur 3-5 kali per minggu.
- (2) Intensitas : 60%-70% maksimum heart rate.
- (3) Durasi : 30-60 menit.
- (4) Jenis: latihan enduran dengan pemanasan (*warm up*), latihan inti (*conditioning*), dan pendinginan (*cooling down*), serta peregangan (*stretching*) yang tepat.

2.1.9.2 Terapi Farmakologis

1) Insulin

Berdasarkan lama kerjanya insulin dibagi menjadi 4 macam :

(1) Insulin kerja singkat

Yang termasuk disini adalah insulin regular (Crystal Zinc Insulin). Saat ini dikenal 2 macam insulin CZI, yaitu dalam bentuk asam dan netral. Preparat yang ada antara lain : Actrapid, Velosulin, Semilente. Insulin jenis ini diberikan 30 menit sebelum makan, mencapai puncak setelah 1- 3 jam dan efeknya dapat bertahan sampai 8 jam.

(2) Insulin kerja menengah

Yang dipakai saat ini adalah netral protamin Hegedom (NPH), Monotardo, Insulatardo. Jenis ini awal kerjanya adalah 1,5- 2,5 jam, puncaknya tercapai dalam 4-15 jam dan efeknya dapat bertahan sampai dengan 24 jam.

(3) Insulin kerja panjang

Merupakan campuran dari insulin dan protamine, diabsorpsi dengan lambat dari tempat penyuntikan sehingga efek yang dirasakan cukup lama, yaitu sekitar 24-36 jam. Preparat : Protamine Zinc Insulin (PZI), Ultratard, Levemir.

(4) Insulin infasik (campuran)

Merupakan kombinasi insulin jenis singkat dan menengah. Preparatnya : Mixtrd 30/40.

Pemberian insulin secara sliding scale dimaksudkan agar pemberiannya lebih efisien dan tepat karena didasarkan pada kadar gula darah pasien pada waktu itu. Gula darah diperiksa setiap 6 jam sekali.

Dosis pemberian insulin tergantung kadar gula darah, yaitu:

Gula darah < 60 mg% = 0 unit

Gula darah < 200 mg% = 5- 8 unit

Gula darah 200- 250 mg% = 10- 12 unit

Gula darah 250- 300 mg% = 15 – 16 unit

Gula darah 300 – 350 mg% = 20 unit

Gula darah > 350 mg% = 24 unit

2) Macam-macam obat anti hiperglikemik oral, antara lain:

- (1) Golongan Insulin Sensitizing misalnya biguanid (metformin) dan glitazone
- (2) Golongan Sekretagog Insulin : Sulfonilurea seperti gliklazide, chlorpropamide, glibenclamid, gliquidone, glipizide, dan glimepiride
- (3) Glinid
- (4) Penghambat Alfa Glukosidase
- (5) Meglitinides seperti repaglinide dan nateglinide
- (6) Thiazolidinediones seperti pioglitazone, dan rosiglitazone.
- (7) Obat Diabetes yang baru antara lain Glucagon – Like Peptide 1 (GLP-1), Pramlintide Acetate, Dipeptidyl Peptidase 4 (DPP-4) Inhibitors, dan Exonotide
- (8) Kombinasi

(Sidartawan Soegondo, 2011)

2.1.10 Pencegahan

Cara melakukan pencegahan diabetes millitusmelakukan beberapa perubahan pada gaya hidup di atas secara dramatis dapat menurunkan kemungkinan terkena diabetes millitus. Hal yang sama juga dapat menurunkan kemungkinan terkena penyakit jantung dan beberapa jenis kanker. Jadi bisa di katakan sekali mendayung 2-3 pulau terlampaui.

2.1.10.1 Jaga berat badan ideal

Kelebihan berat badan adalah penyebab diabetes mellitus yang paling penting. Kelebihan berat badan meningkatkan kemungkinan mengembangkan diabetes mellitus type 2 tujuh kali lipat. Obesitas membuat seseorang 20 sampai 40 kali lebih mungkin untuk mengembangkan diabetes dibanding seseorang dengan berat badan ideal yang sehat .

2.1.10.2 Aktivitas fisik

Selalu aktif secara fisik dapat mencegah diabetes mellitus. Otot yang selalu bekerja lebih keras akan meningkatkan kemampuannya untuk menggunakan insulin dan menyerap glukosa. Berjalan cepat selama setengah jam setiap hari dapat mengurangi resiko diabetes sebesar 30%. Namun demikian tidakhanya jalan cepat, berlari, berenang, bersepeda juga memiliki manfaat yang tidak jauh berbeda.

2.1.10.3 Makanan sehat

Empat perubahan pola makan dapat memiliki dampak besar, sehingga dapat mencegah penyakit diabetes sebagai berikut:

- 1) Pilih biji-bijian buah dan sayur. Ada bukti yang menyakinkan bahwa biji-bijian akan membuat enzim pencernaan lebih sulit untuk memecahkan pati menjadi glukosa. Dengan demikian, kadar gula darah akan naik secara perlahan. Akibatnya, produksi insulin juga santai sehingga dapat membantu mencegah diabetes.

- 2) Hindari minum-minuman manis yang memiliki beban glikemik tinggi sehingga akan meningkatkan resiko diabetes. Maka dari itu, untuk dapat mencegah diabetes, ketika menginginkan minum manis maka buatlah jus buah atau teh dan kopi dengan sedikit gula, dan perbanyaklah minum air putih.
- 3) Memilih lemak baik contohnya lemak tak jenuh ganda yang banyak ditemukan dalam minyak sayur cair (vegetable oils), kacang-kacangan, biji-bijian, dan minyak sayur dapat membantu menangkal diabetes. Lemak trans melakukan hal sebaliknya, contohnya pada margarin, dan makanan yang digoreng disabagaiian besar restoran cepat saji.
- 4) Batasi daging merah. Bukti yang kuat menunjukkan bahwa makan daging merah (sapi, babi, domba) meningkatkan resiko diabetes. Namun, kabar baiknya, kita mengganti daging merah atau alahannya dengan sumber protein yang lebih sehat seperti kacang-kacangan, susu rendah lemak, unggas, atau ikan. Hal ini akan menurunkan resiko diabetes hingga 35%

2.1.10.4 Berhenti merokok

Diabetes millitus telah ditambahkan dalam daftar panjang masalah kesehatan terkait dengan merokok. Pada perokok, sekitar 50% lebih mungkin mengembangkan diabetes millitus daripada bukan perokok, dan perokok berat memiliki resiko yang tinggi

2.1.10.5 Kurangi alkohol

Beberapa studi menunjukkan bahwa konsumsi alkohol dalam jumlah moderat maksimal 1 gelas/hari pada wanita dan dua gelas sehari untuk pria menurunkan resiko diabetes type 2. Jika selama anda sudah rajin minum alkohol, kuncinya adalah jaga konsumsi dalam kisaran moderat, karena jumlah yang lebih banyak bisa meningkatkan resiko diabetes. Namun demikian jika saat ini tidak minum alkohol maka tidak perlu juga untuk memulainya, karena baik jaga berat badan, berolahraga lebih banyak, dan mengubah pola makan yang lebih sehat.

2.1.10.6 Mengontrol tekanan darah

Kebanyakan orang bisa melakukan hal ini dengan olahraga teratur, diet seimbang dan dengan menjaga berat badan yang sehat. Dalam beberapa kasus mungkin perlu obat yang di resepkan oleh dokter.

2.1.10.7 Temui dokter untuk pemeriksaan rutin

Merupakan ide yang baik untuk secara teratur memeriksakan secara teratur memeriksakan kadar glukosa darah, tekanan darah dan kolesterol darah. Kunci untuk mencegah diabetes mellitus adalah terdiri dari lima kata: tetap langsing dan tetap aktif.

(Mayo Clinic, 2016).

2.2 Konsep Gangren

2.2.1 Definisi gangren

Luka diabetes adalah luka yang terjadi pada kaki penderita diabetes, dimana terdapat kelainan tungkai kaki bawah akibat diabetes millitus yang tidak terkontrol. Kelainan kaki diabetes millitus dapat disebabkan karena adanya gangguan pembuluh darah, gangguan persyarafan, dan adanya infeksi.

(Tambunan, 2007 dalam Maryunani 2013).

Luka diabetes dengan ganggren didefinisikan sebagai nekrosis atau jaringan mati yang disebabkan oleh karena adanya emboli pembuluh darah besar arteri pada bagian tubuh sehingga suplai darah terhenti. Dapat terjadi sebagai akibat proses inflamasi yang menunjang, proses degenerative atau gangguan metabolik (diabetes millitus).

(Taber, 1990 dalam Maryunani, 2013).

2.2.2 Klasifikasi

2.2.2.1 Berdasarkan kedalaman jaringan

- 1) Partial Thickness adalah luka mengenai lapisan epidermis dan dermis.
- 2) Full Thickness adalah luka mengenai lapisan epidermis, dermis dan subcutaneous, dan termasuk mengenai otot, tendon dan tulang.

(Ekaputra, 2013).

2.2.2.2 Berdasarkan waktu dan lamanya

- 1) Akut

Luka baru terjadi mendadak dan penyembuhannya sesuai dengan waktu yang diperkirakan. Luka akut merupakan luka trauma

yang biasanya segera mendapat penanganan dan biasanya dapat sembuh dengan baik bila tidak terjadi komplikasi. (Ekaputra, 2013).

2) Kronik

Luka yang berlangsung lama atau sering timbul kembali (rekuren), terjadi gangguan pada proses penyembuhan yang biasanya disebabkan oleh masalah multifaktor dari penderita. Pada luka kronik luka gagal sembuh pada waktu yang di perkirakan, tidak berespon baik terhadap terapi dan punya tendensi untuk imbul kembali (Moreau, 2003 dalam Ekaputra, 2013).

2.2.2.3 Sistem derajat aau grade wagner untuk luka diabetes millitus

- 1) Derajat 0 = Tidak ada lesi yang terbuka, Bisa terdapat deformitas atau selulitis (dengan kata lain: kulit utuh, tetapi ada kelainan bentuk kaki akibat neuropati).
- 2) Derajat 1 = Luka superficial terbatas pada kulit.
- 3) Derajat 2 = Luka dalam sampai menembus tendon, atau tulag..
- 4) Derajat 3 = Luka dalam dengan abses, osteomilitis atau sepsis persendian.
- 5) Derajat 4 = Gangren setempat, di telapak kaki atau tumit (degan kata lain: gangren jari kaki atau tanpa selulitis).
- 6) Derajat 5 = Gangren pada seluruh kaki atau sebagian tungkai bawah. (Maryunani, 2013).

2.2.3 Etiologi

Kadar glukosa yang tinggi semakin lama akan terjadi gangguan mikro sirkulasi, berkurangnya aliran darah dan hantaran oksigen pada

serabut saraf yang mengakibatkan degenerasi pada serabut saraf yang lebih lanjut akan terjadi neuropati.

Syaraf yang rusak tidak dapat mengirimkan sinyal ke otak dengan baik, sehingga penderita dapat kehilangan indra perasa selain itu juga kelenjar keringat menjadi berkurang, kulit kering dan mudah robek. Neuropati perifer berupa hilangnya sensasi rasa yang beresiko tinggi menjadi penyebab terjadinya lesi pada kemudian berkembang. (Perkeni, 2015)

2.2.4 Patofisiologi

Terjadinya masalah kaki diabetes millitus diawali dengan adanya hiperglikemia pada penyandang diabetes millitus yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati sensorik, neuropati motorik, dan neuropati otonomik akan mengakibatkan berbagai perubahan pada kulit dan otot yang kemudian menyebabkan terjadinya distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya ulkus. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya gangren pada kaki gangguan motorik juga akan mengakibatkan atrofi pada otot kaki sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan ulserasi pada kaki klien.

Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit pada tungkainya sesudah ia

berjalan pada jarak tertentu. Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotika sehingga menyebabkan luka yang sekar sembuh, infeksi serung merupakan komplikasi yang mnyertai gangren akibat berkurangnya aliran darah atau neuropati, sehingga factor angiopati dan infeksi berpengaruh terhadap penyumbatan gangren. (Askandar, 2006).

2.2.5 Manifestasi

Tanda dan gejala ulkus kaki diabetes millitus seperti sering kesemutan, nyeri kaki saat istirahat, sensasi rasa berkurang, kerusakan jaringan (nekrosis), penurunan denyut nadi arteri dorsalis pedis, tibialis dan poplitea, kaki menjadi atrofi, dingin dan kaku menebal dan kulit kering.

(Perkeni, 2015)

2.2.6 Penatalaksanaan

2.2.6.1 Pengobatan

Pengobatan dari gangren diabetik sangat di pengaruhi oleh derajat dan dalamnya ulkus, apabila di jumpai ulkus yang dalam harus di lakukan pemeriksaan yang seksama untuk menentukan kondisi ulkus dan besar kecilnya debridement yang akan dilakukan. Dari penatalaksaan perawatan luka diabetik ada beberapa tujuan yang ingin di capain, antara lain:

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

- 3) Dukungan kondisi klien atau host (nutrisi, control diabetes militus dan control faktor penyerta)
- 4) Meningkatkan edukasi klien dan keluarga

2.2.6.2 Perawatan luka diabetik

1) Mencari luka

Merupakan hal pokok untuk meningkatkan memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka serta menghindari kemungkinan terjadinya infeksi . proses pencucian luka bertujuan untuk membuang jaringan nekrosis, cairan luka yang berlebihan, sisa balutan yang di gunkn dan sisa metabolik tubuh pada permukaan luka.

Cairan yang terbaik dan teraman untuk mencuci luka adalah yang non toksik pada proses penyembuhan luka, penggunaan hydrogenperoxida, hypochlorite salution dan beberapa cairan debridement lainnya, sebaiknya hanya digunakan pada jaringan nekrosis dan tidak digunakan pada jaringan granulasi. Cairan aseptic seperti provine iodine sebaiknya hanya digunakan saat luka terinfeksi atau tubuh pada keadaan penurunan imunitas, yang kemudian dilakukan pembilasan kembali dengan saline.

(Gitarja, 1999 dalam Wijaya , 2013)

2) Debridement

Adalah pembuangan jaeingan nekrosis atau slough pada luka. Di lakukan untuk menghindari terjadinya infeksi atau selulitis, karena jaringan nekrosis selalu berhubungan dengan adanya

peningkatan jumlah bakteri. Setelah dilakukan debridement ini jumlah bakteri akan menurun dengan sendirinya yang diikuti dengan kemampuan tumbuh akan membung sendiri jaringan nekrosis. Autolysis adalah peristiwa pecahanya atau rusak nya jaringan nekropatik oleh leukosit dan enzim. Debridement dengan sistemautolysis dengan menggunakan acclusive dresing merupakan cara teaman dilaukan pada klien dengan luka diabetik. Terutama untuk menghindari resiko infeksi.

(Gitarja, 1999 dalam Wijaya, 2013)

3) Terapi antibiotika

Pemberian antibiotic biasanya diberi peroral yang bersifat menghmbat kuman gram positif dengan gram negatif. Apabila tidak dijumpai perbaikan pada luka tersebut, maka terapi antibiotic dapat diberikan perparenteral yang dengan kepekaan kuman.

(Sujahyo, 1998 dalam Wijaya 2013)

4) Nutrisi

Faktor nutrisi adalah faktor yang palig berperan dalam penyembuhan luka. Penderita dengan gangrene diabetik biasanya diberikan diet B1 dengan gizi: yaitu 60% kalori karbohidrat, 20% kalori lemak, 20% kalori protein (Tjokroprawiro, 2001 dalam Wijaya, 2013)

5) Pemilihan jenis balutan

Tujuan pemilihan jenis balutan adalah memilih jenis balutan yang dapat mempertahankan suasana lingkungan luka dalam keadaan lembab, mempercepat proses penyembuhan hingga 50%, diabetes eksudat atau cairan luka yang keluar berlebihan, membuang jaringan nekrosis, kontrol terhadap infeksi atau menghindari dari kontaminasi, nyaman digunakan dan menurunkan rasa sakit saat mengganti balutan dan menurunkan jumlah biaya dan waktu perawatan. Jenis balutan: absorbent dressing, hydroactive gel, hydrocoloi (Gitarja, 1999 dalam Wijaya, 2013)

- 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) Janganlah mengobati sendiri apabila terdapat kalus
 - (3) Suhu air yang digunakan untuk mencuci kaki antara 29,5-30 derajat dan diukur dulu dengan thermometer
 - (4) Jangan menggunakan alat pemanas atau botol diisi air panas
 - (5) Langkah – langkah yang membantu peningkatan sirkulasi pada ekstermitas bawah yang harus dilakukan, yaitu: hindari kebiasaan merokok, hindari merendam kaki dalam air dingin, gunakan kaos kaki yang tidak menyebabkan tekanan pada tungkai atau daerah tertentu, periksalah kaki setiap hari dan laporkan bila terdapat luka, ballae kemerahan atau tanda- tanda

radang, sehingga segera dilakukan tindakan awal dan jika kaki kering gunakan pelembab atau cream.

2.2.6 Dampak masalah

Dampak masalah yang timbul oleh Gangrene akibat penyakit yang diderita secara social, ekonomi, dan pengetahuan.

2.2.6.1 Social

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

(Kulik dan Mahler, 1989. Dalam Mutoharoh, 2010).

2.2.6.2 Ekonomi

Dampak yang timbul akibat penyakit yang diderita secara ekonomi ialah berkaitan erat dengan kondisi keuangan terutama. Tidak bisa dipungkiri jika pasien tersebut sangat susah dalam kondisi ekonominya, sehingga yang seharusnya diberikan penanganan atau terapi khusus dengan terpaksa berhenti. Apalagi pasien tersebut merupakan kepala keluarga yang biasanya tiap hari mencari buat memenuhi hidup, dan terpaksa berhenti dikarenakan sakit. Tidak menutup kemungkinan akan berpengaruh pada fisiologisnya dan timbul stress sehingga pun cukup lama.

2.2.6.3 Pengetahuan (Mulya&Betty, 2104)

Bahwa jika seseorang dengan pengetahuannya sudah mengetahui, maka akan timbul motivasi dalam diri untuk melakukan upaya tentang pencegahannya maka tidak akan terjadi komplikasi dari penyakit diabetes millitus. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang dimiliki seseorang akan mempengaruhi dalam bertindak. Bila seseorang mempunyai pengetahuan yang baik maka dia sudah mengetahui, memahami dan mengerti akan tumbuh upaya untuk melakukan pencegahan.

2.3 Konsep asuhan keperawatan

2.2.1 Pengkajian

2.2.1.1 Pengumpulan Data (Putra, 2019)

1) Identitas klien

(1) Genetik

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

(2) Usia

Usia diabetes millitus tipe 1 usia < 30 tahun, diabetes millitus 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 millitus 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 sering didapatkan keluhan berupa keletihan, sering kesemutan, sering kencing, takikardia, susah konsentrasi, berat badan menurun, tiba-tiba pengelihatannya kabur, penurunan kesadaran dan nyeri akut pada luka gangren.

3) Riwayat penyakit dahulu

Perlu ditanyakan apakah sebelumnya pasien pernah menderita penyakit diabetes mellitus atau pernah menderita penyakit lainnya.

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.

P : Ulkus pada punggung kaki

Q : Nyeri hilang timbul, nyeri seperti terbakar terasa panas dan nyeri seperti ditusuk-tusuk jarum

R : Nyeri terjadi disekitar ulkus, telapak kaki sampai kaki atas

S : Derajat nyeri pasien kurang lebih 4-6

T : Sering terjadi pada waktu malam hari, lamanya sekitar 15 menit. Kadang hilang timbul, nyeri berkurang jika tidak digunakan untuk menapak dan setiap ganti balut pada luka.

5) Riwayat penyakit keluarga

Perlu ditanyakan apakah di dalam sel keluarga pernah menderita penyakit yang lainnya.

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, merokok dan meminum beralkohol dapat merusak pancreas. Kurangnya aktivitas fisik menyebabkan terjadinya penumpukan lemak di dalam tubuh.

7) Pemeriksaan fisik

1) Breathing (B1)

(1) Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak ada retraksi alat bantu nafas, terkadang ada yang membutuhkan bantu nafas oksigen. Terjadi pernafasan cepat dan dangkal, nafas berbau 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.

2) Blood (B2)

(1) Inpeksi: penyembuhan luka yang lama

(2) Palpasi: ictus cordis tidak teraba, nadi $> 84x$ /menit (bisa juga terjadi takikardi), irama ireguler, CRT dapat kembali $<$ detik bisa saja CRT > 3 detik dan terjadi sianosis, pulsasi kuat pada radialis.

(3) Perkusi: suara dullnes, redup, pekak, bisa terjadi nyeri dada.

(4) Auskultasi: bunyi jantung s1 s2 tunggal.

3) Brain (B3)

(1) Inpeksi: keadaan composmentis, orientas baik, kesemutan, merasa ngantuk.

4) Bladder (B4)

(1) Inpeksi: bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal, bau, warna, jumlah, tempat yang digunakan,. Pasien terkadang menggunakan kateter karena adanya masalah pada saluran kencing seperti oliguria, poliuria, anuria.

5) Bowel (B5)

- (1) Inpeksi: mulut kotor, mukosa bibir kering, lidah kotor, kebiasaan menggosok gigi, kesulitan menelan, mual muntah, penurunan BB, polifagia, polidipsi, anoreksia.
- (2) Palpasi: adanya nyeri abdomen, ada bunyi tympani.
- (3) Auskultasi: paristaltik usus, kebiasaan BAB, konsistensi, Diare: berapa kali sehari, warna, bau, bising usus menungkat.

6) Bone (B6)

- (1) Inpeksi: 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 odem, 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.

7) Pengindraan (B7)

Mata: pengelihatan mulai kabur, ketajaman pengelihatan mulai menurun.

Hidung: ketajaman penciuman normal, secret (-+)

Telinga: bentuk normal, ketajaman penciuman normal.

8) Endokrin (B8)

Mungkin ada gangren. Lokasi gangren, kedalam, bentuk, ada pus, bau. Adanya polifagia, polidipsi, dan penurunan BB.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

2.3.2.1 Kekurangan volume cairan berhubungan dengan osmotik, kehilangan gastrik berlebihan, masukan yang terbatas.

2.3.2.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak cukupan insulin penurunan masukan oral, status hipermetabolisme.

2.3.2.3 Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (penurunan perkusi jaringan perifer).

2.3.2.4 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan hiperglikemi, penurunan darah dan nutrisi ke jaringan.

2.3.2.5 Resiko infeksi berhubungan dengan hiperglikemi, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi darah.

2.3.2.6 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut

2.3.2.7 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan tubuh

2.3.2.8 Gangguan harga diri berhubungan dengan penyakit kronis

2.3.2.9 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan mental fisik

(Nurarif, Amin H. Dan Kusuma, 2015)

2.3.3 Pencanaan

2.3.3.1 Kekurangan volume cairan berhubungan dengan osmotik, kehilangan gastrik berlebihan, masukan yang terbatas.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24jam diharapkan pemasukan volume cairan adekuat.

Kriteria hasil: Tanda vital stabil TD: 80-129/60-89 mmHg, Nadi: 80-100x/menit, Suhu: 36derajat, RR: 16-20x/menit, turgor kulit baik: elastis kembali normal dalam waktu kurang 1 detik turgor baik bila 2-5 detik, haluaran urin normal: dalam waktu 24 jam frekuensi normalnya untuk buang air kecil adalah 6-8 kali dengan jumlah urine 400-2000 ml, kadar elektrolit dalam batas normal: elektrolit dalam batas normal berada dikisaran 3,5-5 minimal/liter (mmol/L)

Intervensi:

1) Pantauan tanda vital

R/Hipovolemia dapat ditandai dengan hipertensi dan takikardi.

2) Kaji suhu, warna kulit dan kelembaban

R/Demam, kulit kemerahan, kering sebagai cerminan dari dehidrasi.

3) Pantau masukan dan pengeluaran, catat urine

R/Memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal dan keefektifan terapi.

4) Ukur BB setiap hari

R/Memberikan hasil pengkajian yang terbaik dan status cairan yang sedang berlangsung dan selanjutnya dalam memberikan cairan pengganti. 2500 cc/hari jika pemasukan secara oral sudah kurang lebih

5) Pertahankan cairan dapat diberikan. Pertahankan hidrasi/volume sirkulasi

6) Tingkatkan lingkungan yang nyaman selimuti dengan selimut tipis.

R/Menghindari pemanasan yang berlebihan pada pasien yang akan menimbulkan kehilangan cairan.

7) Catat hal-hal yang dilaporkan seperti mual, nyeri abdomen, muntah, distensi lambung.

R/Kekurangan cairan dan elektrolit mengubah motilitas lambung, yang sering menimbulkan muntah sehingga terjadi kekurangan cairan atau elektrolit.

8) Kolaborasi pemberian terapi cairan sesuai indikasi

R/Tipe dan jumlah cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan dan respon pasien secara individual.

9) Pasang selang NGT dan lakukan penghisapan sesuai dengan indikasi

R/Mendekompresi lambung dan dapat menghilangkan muntah.

2.3.3.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak cukupan insulin penurunan masukan oral, status hipermetabolisme.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Kriteria hasil : mencerja jumlah nutrien yang tepat, menunjukkan tingkat energi biasanya klien tampak tidak lemas dan bisa melakukan aktivitas kembali.

BB stabil:

Kurus : <18,5

Normal: 18.5-24,9

Overweight: 25-29,9

Obesitas: >30

Intervensi

1) Timbang BB setiap hari

R/Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorpsi).

2) Tentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dihabiskan pasien.

R/Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan.

3) Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri, abdomen, mual, muntah.

R/Hiperglikemia dapat menurunkan motilitas atau fungsi lambung (distensi atau ileus paralitik) yang akan mempengaruhi pilihan intervensi.

4) Identifikasi makanan yang disukai

R/Jika makanan yang disukai dapat dimasukkan dalam pencernaan makanan, kerjasama ini dapat diupayakan setelah pulang.

5) Libatkan keluarga pada pencernaan makanan sesuai indikasi

R/Memberikan informasi pada keluarga untuk memeham kebutuhan nutrisi.

6) Kolaborasi dengan ahli diet

R/Sangat bermanfaat dalam perhitungan dari penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan pasien.

2233. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (penurunan perkusi jaringan perifer).

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien dapat mengontrol nyeri.

Kriteria hasil: pasien merasa nyaman, pasien mengontro rasa nyeri, klien dapat mengenai faktor nyeri, skala nyeri ringan 1-3 pasien tidak

menyeringai Nadi:80-100x/menit TD: 80-129/60-89mmHg, RR: 16-20x/menit.

Intervensi:

- 1) Kaji tingkat nyeri klien menggunakan skala nyeri 1-10
R/Untuk mengetahui tingkat nyeri klien
- 2) Monitor TTV sebelum dan sesudah pemberian analgesik.
R/Untuk mengetahui kondisi pasien
- 3) Ajarkan pasien untuk teknik nafas dalam
R/Untuk relaksasi pasien
- 4) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian anti nyeri analgesik.
R/Agar nyeri klien dapat berkurang

2.2.3.4 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan hiperglikemi, penurunan darah dan nutrisi ke jaringan.

Tujuan: Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan integritas jaringan kembali

Kriteria hasil: Berkurangnya radang dan jaringan nekrose di sekitar luka, luka bebas dari pus dan warna kulit sama dengan ekstermitas yang tidak luka, luka tidak berbau.

Intervensi:

- 1) Kaji kedalaman luka dan proses penyembuhannya.
R/Untuk mengetahui seberapa luas dan kerusakan jaringan.

2) Melakukan perawatan luka dengan tehnik sterilisasi.

R/Mengurangi terjadinya resiko infeksi

3) Jaga kebersihan luka dan lingkungan sekitar luka.

R/Pembersihan luka mempermudah proses penyembuhan luka

4) Kolaborasi dengan medis pemberian antibiotic.

R/Pemberian antibiotik mencegah terjadinya proses infeksi.

2.2.3.5 Resiko infeksi berhubungan dengan hiperglikemi, penurunan fungsi

leukosit: 4500-10000 sel/mm

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak sirkulasi darah.

Kriteria hasil: klien bebas dari tanda dan gejala infeksi seperti: demam, muntah, batuk, diare klien menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi dan menunjukkan perilaku hidup sehat: perbanyak minum air putih, berolahraga, makan lebih banyak buah, lebih banyak makna sayur, dan mampu menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

Intervensi:

1) Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan, seperti: demam,

kemerahan, adanya pus pada luka, urine warna keruh atau berkabut.

R/Untuk mengetahui kondisi pasien saat ini.

2) Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif (seperti pemasangan infus, kateter, dll).

R/Untuk mencegah terkontaminasi dengan bakteri-bakteri

3) Tingkatkan yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri upaya berhubungan dengan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang.

R/Untuk mencegah timbulnya infeksi silang (infeksi nosokomial).

4) Kolaborasi pemberian antibiotik yang sesuai

R/Untuk penanganan awal dapat membantu menengah timbulnya sepsis.

2.2.3.6 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut.

Tujuan: klien akan menunjukkan perbaikan kemampuan aktivitas dengan latihan fisik

Kriteria hasil: Mengungkapkan peningkatan energi, mampu melakukan aktivitas rutin biasanya, menunjukkan aktivitas yang adekuat, melaporkan aktivitas yang dilakukan.

Intervensi:

1) Diskusi dengan klien kebutuhan akan aktivitas

R/Pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun pasien mungkin sangat lemah.

2) Berikan aktivitas alternative

R/Mencegah kelelahan yang berlebihan .

3) Observasi tanda-tanda vital

R/Mengindikasi tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis.

4) Diskusikan cara menghemat kalori selama mandi, berpindah tempat dan sebagainya.

R/Pasien akan dapat melakukan lebih banyak kegiatan dengan penurunan kebutuhan akan energi setiap kegiatan.

- 5) Tingkatkan partisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang dapat ditoleransi.

R/Meningkatkan kepercayaan diri yang positif sesuai tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi pasien.

2.2.3.7 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan tubuh

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak melakukan aktivitas yang berat.

Kriteria hasil: pasien dapat mengurangi aktivitas, TTV dalam batas normal TD: 80-129/60-89 mmHg, Nadi: 80-100x/menit, RR: 16-20x/menit Suhu: 36derajat, pasien tidak merasakan kesakitan pada anggota tubuhnya.

Intervensi:

- 1) Observasi TTV sebelum dan sesudah beraktivitas.

R/Untuk membantu keadaan pasien.

- 2) Observasi frekuensi, irama, kualitas nafas.

R/untuk mengetahui kondisi pasien.

- 3) Berikan istirahat setelah beraktivitas.

R/Agar pasien tidak kelelahan.

- 4) Berikan aktivitas yang ringan.

R/Agar pasien tidak kelelahan.

- 5) Hentikan aktivitas jika pasien merasa lelah.

R/Untuk mentoleransi aktivitas pasien.

2.2.3.8 Gangguan harga diri rendah berhubungan dengan penyakit kronis

Tujuan: menunjukkan harga diri, di tandai dengan indikator berikut

(sebutkan nilainya 1-5: tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering dan konsisten).

Kriteria hasil:

- 1) Harga diri positif
- 2) Mampu mengidentifikasi kekuatan personal
- 3) Mendeskripsikan secara factual perubahan fungsi tubuh
- 4) Mempertahankan interaksi sosial

Intervensi:

- 1) Bantu pasien untuk meningkatkan penilaian dirinya terhadap penghargaan dirinya.
R/ Mendukung terjadinya perilaku coping efektif
- 2) Pantau pernyataan pasien tentang penghargaan diri
R/ Mendukung terjadinya perilaku coping efektif
- 3) Tentukan rasa percaya diri pasien dalam penilaian
R/ Pasien mungkin memerlukan bantuan untuk mungkin dari memfokuskan diri pada keterbatasan diri
- 4) Pantau frekuensi pengungkapan diri yang negatif
R/ Mengidentifikasi tahap terbuka/ kebutuhan untuk intervensi
- 5) Berikan informasi tentang pentingnya konseling dan kesediaan sumber-sumber dikomunikasikan
R/ Dibutuhkan untuk masalah ini untuk membantu adaptasi lanjut yang optimal

6) Ajarkan keterampilan untuk bersikap positif melalui bermain peran, contoh disusi, peran dan sebagainya

R/ Membantumengartikan masalah sehubungan dengan pola hidup sebelumnya dan membantu pemecahan masalah, contoh: takut kehilangan kemandirian, kemampuan bekerja dan sebagainya.

7) Temukan bantuan sumber-sumber dari rumah sakit misalnya: pekerja sosial spesialis psikiatrik klinis, dan pelayanan agama

R/ Dibutuhkan pada masalah ini untuk membantu adaptasi lanjut yang optimal

2.2.3.9 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan mental fisik

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan citra tubuh klien

Kriteria hasil: Klien dapat meningkatkan body image dari harga dirinya, klien dapat berperan serta aktif selama rehabilitasi dan self-care, klien mampu beradaptasi, klien mengatakan mampu menerima pada situasi diri mengenai perubahan konsep diri yang akut.

Intervensi:

1) Dorong ekspresi ketakutan, perasaan negative dan kehilangan bagia dari tubuh

R/ untuk membantu klien muklai menerima kenyataan dan realitas hidup

2) Kaji derajat dukungan yang ada untuk klien

R/ dukungan yang cukup dari orang terdekat dan teman dapat membantu proses rehabilitasi

3) Dorong partisipasi dalam kehidupan sehari-hari

R/ untuk meningkatkan kemandirian dan meningkatkan perasaan harga dirinya

4) Berikan kunjungan oleh orang yang telah diamputasi, khususnya seorang yang berhasil dalam rehabilitasi

R/ memberikan harapan untuk pemulihan dan masa depan normal

5) Diskusikan persepsi klien tentang diri dan hubungannya dengan perubahan dan bagaimana klien dalam melihat dirinya dalam pola atau peran fungsi yang biasanya

R/ membantu mengartikan masalah sehubungan dengan pola hidup sebelumnya dan membantu pemecah masalah

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan klien.

(Nursalam, 2011).

Dalam menyelesaikan diagnosis keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan osmotik, kehilangan gastrik berlebihan, masukan yang terbatas, perawat akan mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi nadi perifer, turgor, membran mukosa kulit,

mengobservasi intake dan output cairan, memberikan posisi supinasi, berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian terapi cairan.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin penurunan masukan oral, status hipermetabolisme., perawat akan melakukan penimbangan BB tiap hari, mengobservasi bunyi usus dengan auskultasi, melibatkan keluarga dalam pemberian nutrisi jika diperlukan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis, trauma jaringan dan reflek spasme otot perawat akan mengobservasi lokasi, tingkat, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami klien, mengobservasi skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi, memberikan posisi semi fowler, menciptakan lingkungan yang tenang, mengajarkan untuk mobilisasi, berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesik.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan hiperglikemia, penurunan darah dan nutrisi jaringan perawat akan mengobservasi kedalaman luka, perawat akan melakukan perawatan luka, menjaga kebersihan luka dan lingkungan sekitar luka, berkolaborasi dengan tim medis dengan pemberian antibiotik.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan hiperglikemia, penurunan fungsi leukosit,

penurunan sirkulasi darah perawat akan mengobservasi tanda-tanda vital, terutama suhu tubuh, mengajarkan klien untuk selalu menjaga kebersihan, mempertahankan teknik aseptik pada prosedur invasive, berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian antibiotik.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan imobilitas fisik berhubungan dengan penurunan energi perawat akan mengobservasi TTV, klien kebutuhan akan aktivitas, memberikan aktivitas alternative, cara menghemat kalori selama beraktivitas, serta tingkat pasien dalam melakukan aktivitas.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan tubuh, peningkatan kebutuhan metabolisme perawat akan mengobservasi tanda-tanda vital sebelum dan sesudah beraktivitas, mengobservasi beraktivitas, mengobservasi frekuensi, irama, kualitas nafas, memberikan istirahat setelah beraktivitas, memberikan aktivitas yang ringan, menggentikan aktivitas jika klien merasa lelah.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan harga diri rendah berhubungan dengan penyakit kronis perawat akan membantu klien dalam mengurangi tahapan ansietas yang ada, memberi dorongan untuk berkolaborasi dengan lingkungan sekitar, membantu klien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan, mendiskusikan dengan keluarga untuk tetap memberi dukungan, menganjurkan pada keluarga agar tidak memberikan klien menisolasi diri.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan gangguan citra tubuh berhubungan dengan mental fisik perawat akan mengobservasi secara verbal dan non verbal klien terhadap tubuh, mengobservasi monitor frekuensi mengkritik dirinya, menjelaskan tentang pengobatan, perawatan \, kemajuan dan prognosis penyakit, identifikasi pengurangan melalui pakaian alat bantu.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Namun, evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan perbaikan. Pada tahap ini perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal (Deswani, 2009).

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah untuk mmengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan, dan meneruskan rencana tindakan keperawatan. (Rohmah, 2009).

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan osmotik, kehilangan gastrik berlebihan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terjadinya keseimbangan cairan dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, turgor kulit baik, mata tidak cowong, membran mukosa lembab, CRT kurang 3 detik, haluaran urine adekuat, klien tidak merasa haus.

Ketidakseimbangan nutrisi kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin penurunan masukan oral, status hipermetabolisme setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil berat badan stabil, nafsu makan klien meningkat.

Nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil penderita secara verbal mengatakan nyerinya berkurang atau hilang, skala nyeri berkurang 1-3, pasien dapat tidur dengan tenang, tidak gelisah, pasien dapat beraktivitas kembali.

Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan hiperlikemi, penurunan darah dan nutrisi ke jaringan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan integritas jaringan kembali, berkurangnya radang dan jaringan nekrose di sekitar luka, luka bebas dari pus dan warna kulit sama dengan ekstermitas yang luka, luka tidak berbau.

Resiko infeksi berhubungan dengan hiperglikemi, penurunan fungsi leukosit setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak sirkulasi darah, klien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, menunjukkan perilaku hidup sehat.

Imobilitas fisik berhubungan dengan penurunan energi setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien menunjukkan perbaikan kemampuan aktivitas dengan latihan fisik, mengungkapkan

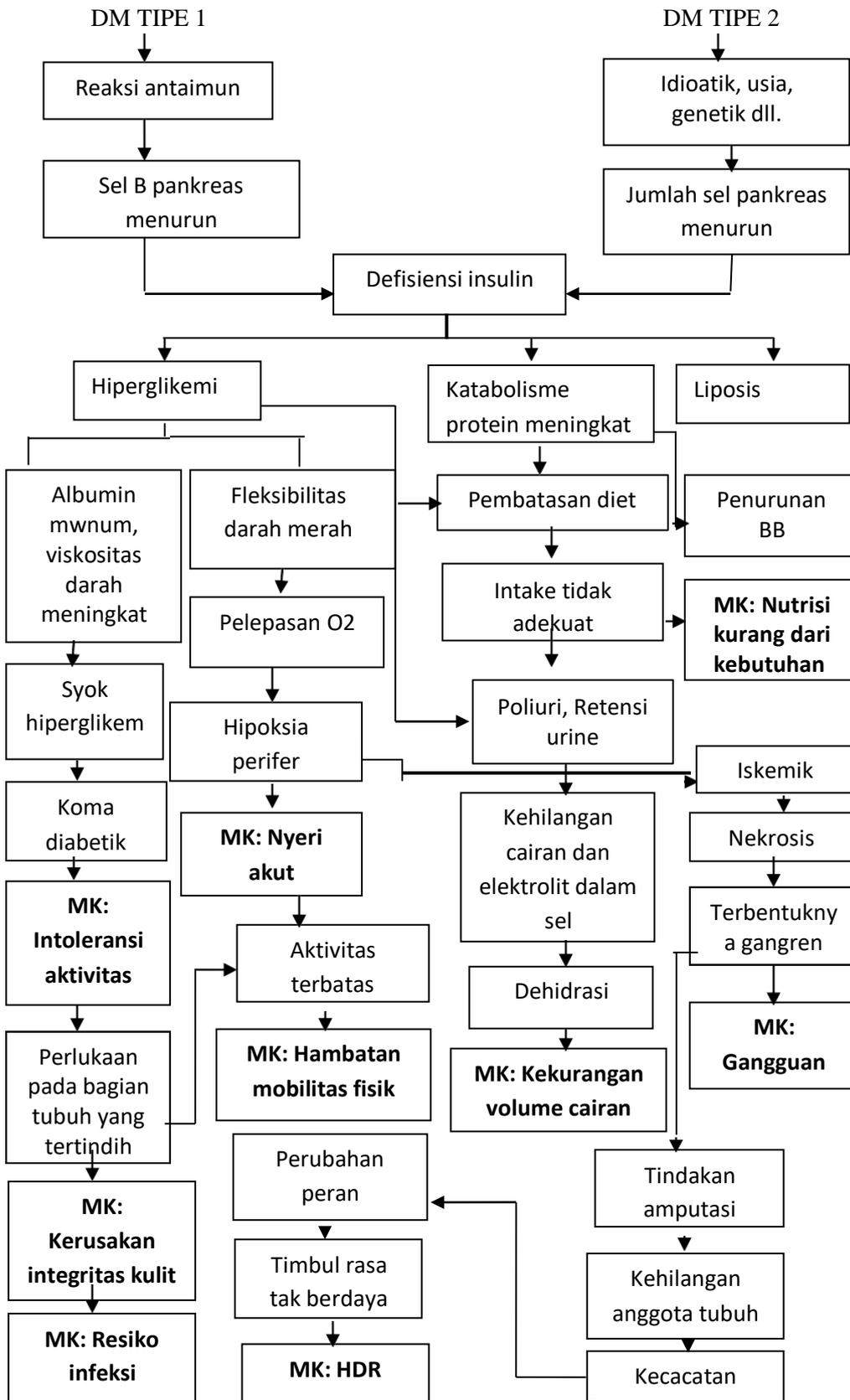
peningkatan energi, mampu melakukan aktivitas rutin biasanya, menunjukkan aktivitas yang adekuat dan melaporkan aktivitas yang dilakukan.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelelahan tubuh. Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien tidak melakukan aktivitas yang berat dengan kriteria hasil klien dapat mengurangi aktivitas, tanda-tanda vital dalam batas normal, klien tidak merasakan pada anggota tubuhnya.

Gangguan harga diri rendah berhubungan dengan penyakit kronis setelah dilakukan tindakan keperawatan klien menunjukkan harga diri yang ditandai dengan indikator, dengan kriteria hasil harga diri positif, mampu mengidentifikasi kekuatan personal, mendeskripsikan secara factual perubahan fungsi tubuh, dan mempertahankan intraksi sosial.

Gangguan citra tubuh berhubungan dengan mental fisik setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan citra tubuh klien tidak terganggu, klien dapat meningkatkan body image dari harga dirinya, dapat berperan serta aktif selama rehabilitasi dan self-care, mampu beradaptasi, klien mengatakan mampu menerima pada situasi diri mengenai perubahan konsep diri yang akut.

2.2 Patway



Gambar 2.1 Patway pada klien dengan Diagnosa Medis DM Modifikasi patway Zainul Abidin, 2016

BAB III

TINJAUAN KASUS

Data diambil tanggal : 03-02-2020

Jam :20.30

Ruang : Melati

Tgl MRS :03-02-2020

No. Rekam medic : 00386777

Diagnosa Medis :

DM+Gangren

3.1 Pengkajian

Nama : Tn. I

Umur : 63 Tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Suku : Jawa

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Tukang Becak

Alamat : Tobakan Bangil

3.1.1 Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. S

Umur : 21 Tahun

Agama : Islam

Pendidikan : SMK

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Tobakan Bangil

3.1.2 Riwayat Keperawatan

3.1.2.1 Riwayat Keperawatan Sekarang :

- 1) Keluhan utama : Pasien mengatakan nyeri pada luka di kaki sebelah kanan
- 2) Riwayat penyakit saat ini :pasien mengatakan pernah operasi tumor pada bulan Desember 2019 setelah itu pasien mengatakan luka pada kaki tdak kering-kering da merasakan nyeri pada luka bekas oprasi, lalu pasien di bawa ke IGD RSUD Bangil karena merasakan nyeri lalu di pindah ke ruang rawat inap Melati dan di rawat inap beberapa hari ; P:nyeri pada luka gangren Q: nyeri seperti di bakar atau panas R: luka gangren S: skala nyeri 4, pasien tampak menyeringai T: timbul saat malam hari dan setelah di rawat luka.

Masalah Keperawatan : Nyeri Akut

3.1.2.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya :

- 1) Penyakit yang pernah diderita : Pasien mengatakan pernah menderia tumor pada kaki Riwayat Operasi : ada (pernah oprasi tumor pada kaki 1 bulan yang lalu atau pada bulan Desember 2019)
- 2) Riwayat Alergi : Tidak ada
- 3) Jenis Alergi : Tidak ada

3.1.2.3 Riwayat Keperawatan Keluarga :

- 1) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga : Tidak ada penyakit yang diderita oleh keluarga.
 - 2) Lingkungan Rumah dan Komunitas : Kondisi lingkungan cukup bersih.
 - 3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan : Pasien mengatakan suka mengonsumsi makanan dan minuman yang manis-manis.
 - 4) Persepsi dan pengetahuan tentang penyakit dan penatalaksanaan : pasien mengatakan masih belum mengetahui tentang informasi-informasi terkait dengan penyakit DM.
- Masalah keperawatan : Defisiensi pengetahuan

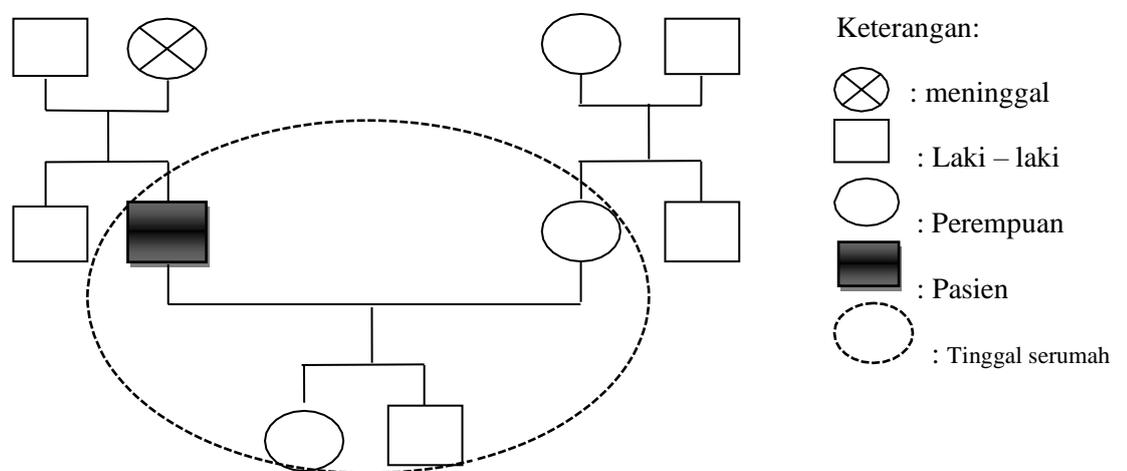
3.1.3 Status cairan dan nutrisi :

Status Cairan dan Nutrisi	Sebelum sakit	Saat Sakit
Nafsu makan	Baik (1 porsi habis)	Menurun
Pola Makan	3x sehari	2x2sendok
Minum : Jenis : Jumlah :	Kopi , teh, air putih 1000 cc	Air putih 700 cc
Pantangan Makan	Tidak ada	Rendah glukosa dan karbohidrat
Menu Makanan	Nasi, lauk pauk	Bubur , makanan rendah glukosa dan karbohidrat
Berat Badan	85 kg	Tidak terkaji

- Pengetahuan pasien tentang diet : Pasien sudah tahu bahwa dia tidak boleh makan makanan yang tinggi glukosa dan karbohidrat
- Keluhan lain :HB 9,2 g/dl keadaan umum pasien lemah, pasien mengatakan malas untuk makan

Masalah keperawatan : Keletihan

3.1.4 Genogram



3.1.5 Pemeriksaan fisik

3.1.5.1 Keadaan umum

Pasien tampak lemah , GCS : 456 Kesadaran : Composmentis

3.1.5.2 Tanda vital :

- Tensi : 110/80 mmHg
- Suhu : 36.6 C (Lokasi pengukuran) : Aksila
- Nadi : 82 x/menit (Lokasi pengukuran) : Radialis
- Respirasi : 19x/menit

3.1.5.3 Sistem Pernafasan

Pada inpeksi bentuk dada simetris, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada alat bantu nafas, tidak bada batuk, dan tidak ada produksi sputum.

Pada palpasi tidak didapatkan data vokal premitus didapatkan getaran yang sama antara kanan dan kirinya, susunan ruas tulang belakang normal, tidak ada nyeri dada saat bernafas. Pada auskultasi tidak ditemukan suara tambahan, suara nafas vesikuler, tidak terjadi pernafasan cepat dan dalam RR : 19x/menit, nafas tidak berbau aseton. Pada perkusi terdapat suara sonor.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.4 Kardiovaskuler (B2)

Pada inpeksi tidak terdapat sianosis, tidak ada clubbing finger. Pada palpasi ictus cordis kuat, nadi 82x/menit (bisa juga terjadi tradikardia), irama jantung ireguler, CRT dapat kembali <2detik, palpasi kuat lokasi radialis, tidak ada sianosi, JVP normal. Pada perkusi jantung pekak, jetak jantung masih dalam batas normal ICS II sternalis dextra sinistra sampai dengan ICS V midklavikula sinistra. Pada auskultasi bunyi jantung S1 S2 Tunggal, tidak terdapat suara jantung tambahan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.5.5 Persyarafan (B3)

Pada inpeksi kesadaran composmentis, orientasi baik, GCS 4-5-6, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinsky, tidak ada nyeri kepala, tidak pusing, pupil mengecil/isokor, reflek cahaya normal. Pada palpasi tidak ada kelainan nervus cranialis.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.6 Genetourinaria (B4)

Pada inpeksi didapatkan bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih frekuensi berkemih teratur (4kali sehari), bau khas, warna kuning, jumlah 1000cc/24jam, dan tempat yang digunakan pispot.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.7 Pencernaan (B5)

Pada inpeksi keadaan mulut bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir simetris, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi 1x sehari, tenggorokan tidak ada kesulitan menelan/kemerahan/pembesaran tonsil. Pada palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen/tegang/astes/kembung dan tidak ada nyeri. Pada perkusi didapatkan bunyi tympani, pada auskultasi terdengar peristaltik usus 13x/menit, kebiasaan BAB 1x sehari,tidak ada konstipasi, warna kuning kecoklatan, bau khas, dan tempat yang digunakan pempres.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.8 Muskuluskeletal dan integument (B6)

Pada inpeksi kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : terbatas (pasien tampak tidak bisa duduk tanpa dibantu), kulit kering tidak ada disklokasi, tidak terdapat fraktur, terdapat luka gangren pada kaki, terdapat odema pada kaki kanannya, akral hangat, kelembapan lembab, turgor normal CRT <3 detik, kemampuan ADL total. Pada palpasi kekuatan otot (5,2,5,5). Pasien mengatakan tidak bisa jalan karena kaki nyeri pada luka dikaki dan ADL di bantu oleh keluarga

Masalah Keperawatan : Hambatan Mobilitas Fisik

3.1.5.9 Pengindraan (B7) :

Pada mata konjungtiva merah muda atau tidak anemis, palpebra tidak bengkak, tidak terdapat strabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Pada hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal, tidak ada kelainan. Pada telinga simetris, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal, tidak ada alat bantu pendengaran. Pada perasa manis, pait asam asin normal.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.5.10 Endokrin (B8) :

Pada inpeksi terdapat luka gangren, lokasi luka terdapat dikaki sebelah kanan (pedis). Pada palpasi tidak terdapat pembesatan kelenjar tyroid, limfe dan kelenjar parotis, karakteristik luka gangren kedalaman luka 7cm, terdapat rongga, terdapat slough, terdapat odor, terdapat granulasi, terdapat pus berwarna kekuningan, tidak terdapat nekrosis.

Masalah keperawatan : kerusakan integritas jaringan

3.1.6 Data Psikososial :

3.1.6.1 Gambaran Diri / Citra diri

Tanggapan tentang tubuhnya pasien mengatakan merasakan banyak bersyukur telah diberi tubuh yang normal, bagian tubuhnya yang disukai pasien mengatakan seluruh bagian tubuh disukai, bagian tubuh yang kurang disukai pasien mengatakan tidak ada bagian tubuhnya

yang tidak di sukai, persepsi terhadap kehilangan bagian tubuh pasien mengatakan akan sedih jika kehilangan salah satu bagian tubuhnya.

3.1.6.2 Identitas

Status pasien dalam keluarga pasien berperan sebagai ayah rumah tangga, kepuasan pasien terhadap status dalam keluarga pasien mengatakan sangat puas sebagai ayah di rumah tangganya, kepuasan pasien terhadap jenis kelamin pasien mengatakan puas sebagai laki-laki, peran tanggapan pasien tentang perannya pasien merasa bangga dengan peranya sebagai ayah dalam keluarganya, kemampuan / kesanggupan pasien terhadap melaksanakan perannya pasien mengatakan sangat mampu melaksanakan perannya.

3.1.6.3 Ideal Diri :

Harapa pasien terhadap tubuhnya pasien mengatakan berharap cepet cepat sembuh dan kembali kerumah, posisi (dalam pekerjaan) pasien tidak bekerja, status (Dalam keluarga) pasien sebagai ayah di rumah tangganya, tugas/pekerjaan pasien tugasnya sebagai ayah dan mencari nafkah, Harapan pasien terhadap lingkungan sekolah lulusan SD, keluarga pasien berharap keluarganya tetap merawatnya, masyarakat pasien berharap masyarakat tetap menerima saat pasien pulang, tempat/lingkungan tidak terkaji, harapan pasien tentang penyakit yang diderita dan tenaga kesehatan pasien berharap penyakit yang diderita akan segera sembuh dan berharap agar para tenaga kesehatan sabar

merawatnya. Harga diri tanggapan pasien terhadap harga dirinya pasien merasa puas dengan apa yang dia punya sekarang

3.1.6.4 Data social :

Hubungan pasien dengan keluarga baik, hubungan pasien dengan pasien lain baik, dukungan keluarga terhadap pasien baik, Reaksi pasien saat interaksi baik, pasien selalu di tunggu oleh keluarga baik.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Data Spiritual :

Konsep tentang penguasa kehidupan pasien percaya dengan tuhan, sumber kekuatan / harapan saat sakit pasien selalu berdoa kepada tuhan, ritual agama yang bermakna / berarti / harapan saat ini berdoa, sarana / peralatan / orang yang diperlukan untuk melakukan ritual tidak ada, keyakinan terhadap kesembuhan penyakit pasien yakin penyakitnya akan sembuh, persepsi terhadap penyakit pasien perlu diberi pengetahuan tentang penyakitnya.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Data Penunjang

Tabel 3.1.8 hasil laboratorium pada Tn I dengan Diagnosa Medis DM dengan Ulkus pedis di Ruang Melati RSUD Bangil.

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Darah lengkap			
Leukosit (WBC)	L 2,64	x10/UL	9,5-11
Neutrofil	L 1,2	x10/UL	1,5-8,5

Limfosit	L 0,58	x10/UL	1,1-5,0
Monosit	H 0,8	X10/UL	0,14-0,66
Basofil Neutrofil %	0,093	X10/UL	0-0,33
Limfosit %	L 22,0	%	24-44
Monosit %	H 28,7	%	3-6
Eosinofil%	H 3,5	%	0-3
Basofil%	H 1,8	%	0-1
Eritrosit (RBC)	L 3,421	10/UL	4,5-5,9
Hemoglobin (HGB)	L 9,62	g/dl	13,5-17,5
Hematokrit (HCT)	L 30, 6	%	37
MCV	89,29	fL	80-100
MCHC	L 31,48	%	32-36
RDW	H 15,58	%	11,5-13,1
PLT	262	X 10/ul	150-450
MPV	5,982	fL	6,90-10,6

3.1.9 Therapi :

Terapi tanggal : 03 Februari 2020

Tabel 3.1.9 Terapi Tn. I dengan Diagnosa DM dengan ulkus pedis

Terapi	Dosis	Kegunaan
Infus : Asering 14tpm/24jam	20 tpm	Sebagai membantu proses penyembuhan infeksi bakteri
Injeksi :	2x500	Sebagai vitamin syaraf dan mempercepat pemulihan.
- Citicoline	mg	Untuk terapi neuropati perifer pada gangren
- Kalmeco	1x500	
- Pantoprazole	mg	Untuk mengontrol meningkatnya asam lambung
- Santagesic	1x40 mg	Sebagai analgesic saat nyeri timbul
- Ondan	3x1 mg	Sebagai pencegah mual muntah
	3x4 mg	
Rawat Luka dengan:		
- Nitrogel		Untuk melembabkan kulit
- Cairan NS		Sebagai irigasi /membersihkan luka
- Sufratule		Antibiotik dan mempercepat penumbuhan jaringan
- Dan alat-alat steril		Menjaga kebersihan luka

3.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel analisa data pada Tn. I dengan Diagnosa medis DM dengan ulkus pedis

Dx	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS : pasien mengatakan ada luka di kaki kanan nya</p> <p>DO : - Terdapat lukagangrene dengan kedalaman 7cm</p> <p>- Terdapat rongga kaki kanan (pedis) di sekitar luka terdapat odema, luas luka 5cm, terdapat slough, terdapat odor, terdapat granulasi, terdapat pus (berwarna kekuningan), tidak terdapat nekrosis.</p> <p>TTV</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>N : 82x/mnt</p>	<p>Anabolisme protein</p> <p>menurun</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan pada antiodi</p> <p>↓</p> <p>kekebalan tubuh menurun</p> <p>↓</p> <p>neuropati sensori perifer</p>	<p>Kerusakan integritas jaringan</p>
2	<p>S : 36,6°C</p> <p>RR : 19x/mnt</p> <p>DS: pasien mengatakan nyeri</p>	<p>Fleksibilitas darah</p> <p>merah</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan Oksigen</p>	<p>Nyeri akut</p>

	<p>pada luka di kaki</p> <p>P: Nyeri pada luka</p> <p>Q: nyeri seperti terbakar / terasa panas</p> <p>R: Luka gangren</p> <p>S: skala nyeri 4</p> <p>T: nyeri timbul saat malam hari dan setelah dirawat luka</p> <p>DO: - Pasien tampak menyeringai kesakitan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka gangren Dengan kedalaman cm - Luka terbalut kasa - TTV : <p style="padding-left: 40px;">TD: 110/80mmhg</p> <p style="padding-left: 40px;">N: 80x/mnt</p> <p style="padding-left: 40px;">S: 36,6°C</p> <p style="padding-left: 40px;">R: 19x/mnt</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hipoksia perifer</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Luka gangren</p>	
3.	<p>DS: Px mengatakan tidak bisajalan kaki karena nyeri pada luka di kaki</p> <p>DO: - Pergerakan kaki pasien Terbatas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tidak 	<p>Gangguan sirkulasi ke jaringan ekstermitas</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Hambatan mobilitas fisik

	<p>bisa duduk jika tanpa dibantu</p> <p>- Kekuatan T.O :</p> $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ \hline 2 \quad 5 \end{array}$ <p>TTV : TD: 110//80mmHg</p> <p>N: 82x/mnt</p> <p>R: 19x/mnt</p>	<p>Suplai O² & nutrisi</p> <p>berkurang</p> <p>↓</p> <p>Iskemia</p> <p>↓</p> <p>Ulkus</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan integritas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Kemampuan fisik terbatas</p> <p>↓</p> <p>Aktivitas dibantu sebagian/semua</p>	
--	--	--	--

4.	<p>DS: Pasien mengatakan malas untuk makan</p> <p>DO : - Pasien tampak lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - HB : 9,2 g/dl - Porsi makan 2 hanya sendok <p>TTV : TD: 110//80mmHg</p> <p style="padding-left: 40px;">N: 82x/mnt</p> <p style="padding-left: 40px;">R: 19x/mnt</p>	<p>Sel kerusakan bahan untuk mobilitas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Prot.& lemak dibakar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>BB menurun</p>	Keletihan
5.	<p>DS : Pasien mengatakan masih belum mengetahui tentang informasi terkait dengan penyakit DM</p> <p>DO : pasien tampak kebingungan saat diberi informasi tentang penyakit DM</p>	<p>Keadaan lingkungan sekitar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Rendahnya informasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Difisiensi pengetahuan</p>	Defisiensi pengetahuan

3.2.1 Daftar masalah Keperawatan

- 3.2.1.1 Nyeri akut b.d agen injuri biologis (penurunan perfusi jaringan perifer)
- 3.2.1.2 Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi
- 3.2.1.3 Kelelahan b.d malnutrisi
- 3.2.1.4 Hambatan mobilitas fisik b.d nyeri akut
- 3.2.1.5 Kerusakan integritas jaringan b.d hiperglikemi, penurunan fungsi leukosit,
perubahan sirkulasi darah

3.2.2 Daftar Diagnosa Keperawatan

- 3.2.2.1 Kerusakan integritas jaringan b.d hiperglikemi, penurunan fungsi leukosit,
perubahan sirkulasi darah
- 3.2.2.2 Nyeri akut b.d agen injuri
- 3.2.2.3 Hambatan mobilitas fisik b.d nyeri akut
- 3.2.2.4 Kelelahan b.d malnutrisi
- 3.2.2.5 Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi

3.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 3.5 Rencana Tindakan Keperawatan pada Tn. I dengan Diagnosa DM ulkus pedis di Ruang Melati RSUD Bangil

DX	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan integritas kulit membaik dengan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkurangnya radang dan jaringan nekrotik di sekitar luka. 2. Luka bebas dari pus dan warna sama dengan ekstremitas yang tidak ada luka. 3. Tidak ada bau pada luka 4. Tidak ada tanda-tanda inflamasi (Calor, rubor, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kedalaman luka dan proses penyembuhan luka 2. Lakukan rawat luka dengan metode aseptik Menggunakan : gunting, kasa, bengkok, pinset, nitrogel, sufratule, powder, atau mikrobakterial. 3. jaga kebersihan luka 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui ukuran kedalaman dan luas pada luka dan kerusakan jaringan yang diakibatkan. 2. Untuk mengetahui kondisi luka dan mengurangi risiko terjadinya infeksi 3. Menjaga kebersihan luka

	100/mnt, R: 18-20mnt)	4. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesic. 5. Observasi TTV	4. Mempercepat penyembuhan dan mengurangi nyeri. 5. Mengetahui keadaan umum pasien
--	-----------------------	--	---

3.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi keperawatan pada Tn. I dengan Diagnosa DM dengan kulkus pedis di Ruang Melati RSUD Bangil

No. Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama/Ttd
1.	03-02-2020	20.30 WIB	1. Memonitor aktivitas dan mobilitas fisik pasien Respon: pasien masih dibantu saat beraktifitas	
		20.35 WIB	2. Mengobservasi dan melakukan rawat luka dengan metode aseptik. Respon: Pasien kooperatif mau lukanya di buka dan dibersihkan lukanya	
		20.45 WIB	3. Menjaga sekitar luka agar tetap bersih dan kering. Respon : keadaan luka masih	

			basah	
		20.55 WIB	4. Memonitor nutrisi pasien Respon: Pasien tidak nafsu makan	
		21.58 WIB	5. Memberikan posisi yang nyaman agar mengurangi tekanan pada luka Respon: pasien masih merasa kesakitan.	
		21.00 WIB	6. Observasi TTV Respon: TD: 110/80mmHg N: 82x/mnt R: 19x/mnt S:36,6°C	
2.	03-02-2020	21.05 WIB	1. Mengkaji tingkat nyeri dan menjelaskan tentang penyebab nyeri pasien Respon: Pasien tampak menyeringai (skala nyeri	

			masih berat /4)	
		21.10 WIB	<p>2. Mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri timbul</p> <p>Respon: Pasien kooperatif dan mau melakukannya</p>	
		21.15 WIB	<p>3. Menganjurkan pasien melapor kepada perawat jika rasa nyeri berkurang</p> <p>Respon: Pasien kooperatif dan melaporkan rasa nyerinya saat dirasakan dan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang skala nyeri 4-6/sedang</p>	
		21.20 WIB	<p>4. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian</p> <p>Respon: Pasien kooperatif obat analgesic. dalam pemberian terapi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ondansetron 3x4mg - Santagesic 3x1mg - Pantoprazole 1x40mg 	

		21.45 WIB	5. Observasi TTV Respon: TD: 110/80mmHg N: 82x/mnt R: 19x/mnt	
1.	04-02-2020	20.30 WIB	1. Memonitor aktivitas dan mobilitas fisik pasien Respon: pasien masih dibantu saat beraktifitas	
		20.35 WIB	2. Mengobservasi dan melakukan rawat luka dengan metode aseptik. Respon: Pasien kooperatif mau lukanya di buka dan dibersihkan lukanya	
		20.43 WIB	3. Memonitor nutrisi pasien Respon: Pasien masih tidak nafsu makan	
		20.45 WIB	4. Memberikan posisi yang nyaman agar mengurangi tekanan pada luka Respon: pasien masih merasa kesakitan.	
		21.47	5. Observasi TTV	

		WIB	<p>Respon: TD: 110/80mmHg</p> <p>N: 82x/mnt</p> <p>R: 19x/mnt</p> <p>S:36,6°C</p>	
2.	04-02-2020	21.50 WIB	<p>1. Menganjurkan pasien melapor kepada perawat jika rasa nyeri berkurang</p> <p>Respon: Pasien kooperatif dan melaporkan rasa nyerinya saat dirasakan dan pasien mengatakan nyeri sudah berkurang skala nyeri 1-3/ringan</p>	
		20.55 WIB	<p>2. Mengajarkan pasien melakukan teknik relaksasi saat nyeri timbul</p> <p>Respon: Pasien kooperatif dan mau melakukannya</p>	
		20.58 WIB	<p>3. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesic.</p> <p>- ondan 3x4mg</p> <p>- Santagesic 3x1mg</p>	

			<p>- Pantoprazole 1x40mg</p> <p>Respon: Pasien kooperatif dalam pemberian terapi</p> <p>21.00 WIB</p> <p>4. . Observasi TTV</p> <p>Respon: TD: 110/80mmHg</p> <p>N: 82x/mnt</p> <p>R: 19x/mnt</p> <p>S:36,6°C</p>	
1.	05-03-2020	21.10 WIB	<p>1. Mengoservasi keadaan luka.</p> <p>Respon: pasien kooperatif dalam pemeriksaan lukanya</p>	
		17.00 WIB	<p>2. melakukan rawat luka dengan metode aseptik.</p> <p>Respon: Pasien kooperatif dan mau lukanya di buka dan dibersihkan lukanya</p>	
		17.10 WIB	<p>3. Memonitor nutrisi pasien</p> <p>Respon : nafsu makan pasien membaik</p>	
		17.20 WIB	<p>4. Memberikan posisi yang nyaman agar mengurangi tekanan pada luka</p>	

			<p>Respon: pasien masih merasa kesakitan.</p> <p>17.25 WIB</p> <p>5. . Observasi TTV</p> <p>Respon: TD: 110/80mmHg</p> <p>N: 82x/mnt</p> <p>R: 19x/mnt</p> <p>S:36,6°C</p>	
2.	05-03-2020	17.45 WIB	<p>1. Menganjurkan pasien melaporkan jika nyeri berkurang</p> <p>Respon: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang kala nyeri 1-3/ringan</p>	
		18.00 WIB	<p>2. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesic.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ondan 3x4mg - Santagesic 3x1mg - pantoprazole 1x40mg <p>Respon: Pasien kooperatif dalam pemberian terapi</p>	
		18.10	<p>3 . Observasi TTV</p>	

		WIB	Respon: TD: 110/80mmHg N: 82x/mnt R: 19x/mnt S:36,6°C	
--	--	-----	--	--

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel Catatan perkembangan pada Tn. I dengan Diagnosa DM dengan Ulkus pedis di Ruang Melai RSUD Bangil

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Paraf
03-02-2020	Kerusakan integritas jaringan b.d hiperglikemi, penurunan fungsi leukosit, perubahan sidrkulasi darah.	S : Pasien mengatakan lukanya masih basah O : - K/u : Lemah - Kesadaran : CM - Luka tampak melepuh, luka pada kaki kanan TTV : - TD : 11/80 mmHg - N : 82x/menit - RR : 19x/menit - S : 36,6°C A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan : - Lakukan rawat luka dengan metode	

	<p>Nyeri akut b.d agen ijuri nyeri akut b.d biologis (penurunan perfusi jaringan perifer)</p>	<p>aseptik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaga kebersihan luka dan sekitar daerah luka - Berikan posisi yang nyaman <p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka di kaki yang kanan</p> <p>P: Nyeri pada luka di kaki kanan</p> <p>Q: Nyeri seperti terbakar/panas</p> <p>R: Terdapat luka gangrene kedalaman luka 7cm, luka terbalut kasa</p> <p>S: Skala nyeri 4</p> <p>T: Nyeri timbul setelah rawat luka dan malam hari</p> <p>O: - K/U: Lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran: CM - Wajah menyeringai <p>TTV : TD: 110/80mmHg</p> <p style="padding-left: 40px;">N : 82x/mnt</p> <p style="padding-left: 40px;">R: 19x/mnt</p> <p style="padding-left: 40px;">S : 36,6°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan:</p>	<p>4</p>
--	---	--	----------

03-02-2020	<p>Kerusakan integritas jaringan b.d hiperglikemi, penurunan fungsi leukosit, perubahan, sirkulasi darah.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien melakukan teknik relaksasi - Anjurkan pasien melapor jika nyeri berkurang - kolab dengan tim medis dalam pemberian terapi : - Antrain 3x1 apl - Prosogan 1x30 mg - Anbacim 3x1 apl - Metaprazoe 3x500 mg <p>S : Pasien mengatakan lukanya masih basah</p> <p>O : - K/u : Lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran : CM - Luka tampak melepuh, luka pada kaki kanan <p>TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 11/80 mmHg - N : 82x/menit - RR : 19x/menit - S : 36,6°C <p>A: Masalah teratatasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan :</p>	4
------------	---	---	---

<p>04-03-2020</p>	<p>Nyeri akut b.d agen injuri biologis (penurunan perfusi jaringan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan rawat luka dengan metode aseptik - Jaga kebersihan luka dan sekitar daerah luka - Berikan posisi yang nyaman <p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka di kaki yang kanan sudah berkurang</p> <p>P: Nyeri pada luka di kaki kanan</p> <p>Q: Nyeri seperti terbakar/panas</p> <p>R: Terdapat luka gangrene kedalaman luka 7cm, luka terbalut kasa</p> <p>S: Skala nyeri 3</p> <p>T: Nyeri timbul setelah rawat luka dan malam hari</p> <p>O: - K/U: Lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran: CM - Wajah menyeringai <p>TTV : TD: 110/80mmHg</p> <p style="padding-left: 40px;">N : 82x/mnt</p> <p style="padding-left: 40px;">R: 19x/mnt</p> <p style="padding-left: 40px;">S : 36,6°C</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>	
-------------------	---	--	---

		<p>P : Intervensi dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien melakukan teknik relaksasi - kolab dengan tim medis dalam pemberian terapi : - Antrain 3x1 apl - Prosogan 1x30 mg - Anbacim 3x1 apl - Metaprazoe 3x500 mg 	
--	--	--	--

Tabel Evaluasi keperawatan pada Tn. I dengan Diagnosa DM ulkus pedis Ruang Melati RSUD Bangil

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Paraf
05-02-2020	<p>Kerusakan integritas jaringan b.d hiperglikemi, penurunan leukosit, perubahan sirkulasi darah</p>	<p>S: Pasien mengatakan lukanya sudah agak kering</p> <p>O : K/U: Baik</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien terdapat luka gangren - kulit yang melepuh dan rusak <p>membalik</p> <p>TTV = TD: 120/80</p>	4

05-02-2020	Nyeri akut b.d agen injuri biologis (penurunan perfusi jaringan perifer)	<p>N =83x/mnt</p> <p>S=36,3°C</p> <p>RR=18x/mnt</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan semua intervensi, pasien pulang</p> <p>HE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan untuk menghindari tekanan daerah luka - Anjurkan makan makanan yang Ternutrisi -Rawat luka secara mandiri atau pada pelayanan kesehatan terdekat secara rutin -Minum obat tepat waktu <p>S: Pasien mengatakan nyeri pada luka sudah berkurang</p> <p>P: luka pada kaki kanan</p> <p>Q: nyeri seperti terbakar</p> <p>R: Luka gangrene</p> <p>S: Skala nyeri 2</p> <p>O: K/U; baik, jahat sudah tampak tidak menyeringai, luka terbalut</p>	4
------------	---	---	---

		<p>kasa</p> <p>TTV : TD: 120/80mmHg</p> <p>N: 83x/mnt</p> <p>R: 18x/mnt</p> <p>S: 36,3°C</p> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi, pasien pulang</p> <p>H.E :</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan pasien control tepat Waktu- Anjurkan dirumah untuk mengontrol nyeri melakukan teknik relaksasi- Anjurkan untuk minum obat tepat waktu	
--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

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

4.1 Pengkajian

4.1.1 Pengkajian

Pada tinjauan kasus Genetik mengetahui penyakit diabetes millitus karena kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu. Usia debetes millitus tipe 1 usia < 30 tahun, diabtes millitus tipe 2 usia > 30 tahun dan cenderung meningkat pada usia > 65 tahun. Jenis kelaminSebagian besar dijumpai pada perempuan dibanding kan laki-laki, karena faktor resiko terjadi diabetes millitus pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki yaitu 2-3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan. Pada tinjauan kasus jenis kelamin laki-laki, usia 63 tahun, pekerjaan klien pembecak. Di identitas ada kesenjangan dikarenakan ada perbedaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus yaitu jenis kelamin pada tinjauan pustaka cenderung pada jenis kelamin perempuan sedangkan ditinjau kasus jenis kelamin laki laki, dan usia ditinjau kasus terdapat umur 63 tahun.

4.1.2 Riwayat keperawatan

4.1.2.1 Keluhan utama : Pada tinjauan pustaka biasanya pada pasien diabetes sering didapatkan keluhan berupa keletihan, sering kesemutan, sering kencing, takikardia, susah konsentrasi, berat badan menurun, tiba-tiba pengelihatan kabur, penurunan kesadaran, dan nyeri pada luka gangren. Pada tinjauan kasus di dapatkan data pasien mengeluh nyeri karna adanya luka ulkus dikaki kanannya dan mengalami penurunan berat badan serta penurunan nafsu makan. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan di karenakan sama-sama di temukan dengan data, antara lain yaitu nyeri pada luka gangren, pasien mengalami penurunan berat badan, serta pasien mengalami penurunan nafsu makan.

4.1.2.2 Riwayat penyakit saat ini : Pada tinjauan pustaka Pada umumnya penyakit pada pasien diabetes millitus adalah sering lelah, lemas, kesmutan, nafsu makan bertambah, banyak minum, sering kencing, berat badan menurun. Pada tinjauan kasus tidak dapatkan kesenjangan dengan tinjauan puastaka karena klien mengatakan nyeri pada luka, klien juga mengeluh lelah dan lemas.

4.1.2.3 Riwayat penyakit dahulu : pada tinjauan pustka didapatkan riwayat dahuluseperti riwayat hipertensi atau IMA, diabetes gestasional, riwayat ISK berulang, riwayat mengkonsumsi

glukosa/karbohidrat berlebihan. Sedangkan dari tinjauan kasus diperoleh data klien mengatakan pernah menderita tumor pada kak, klien juga pernah oprasi tumor pada kaki 1 bulan yang lalu atau pada bulan Desember 2019. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan

4.1.2.4 Padapemeriksaan B1 (*Breathing*) :Menurut tinjauan Pustaka di dapat ; Inpeksi: bentuk dada simetris, tidak ada retraksi alat bantu nafas, terkadang ada yang membutuhkan bantu nafas oksigen. Terjadi pernafasan cepat dan dangkal, nafas berbau aseton. Palpasi: vocal fremitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal. Perkusi: terdapat suara sonor. Auskultasi: tidak ditemukan suara tambahan, suara nafas vesikuler. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan ; pada inpeksi bentuk dada simetris, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada alat bantu nafas, tidak bada batuk, dan tidak ada produksi sputum. Pada palpasi tidak didapatkan data vokal premitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal, tidak ada nyeri dada saat bernafas. Pada auskultasi tidak ditemukan suara tambahan, usara nafas vesikuler, terjadi pernafasan cepat dan dalam, nafas bau aseton. Pada perkusi terdapat suara sonor.

Jadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tdak ada kesenjangan ,dikarenakan sama – sama ditemukan data – data tidak adanya alat bantu dan retraksi otot bantu nafas, bentuk dada simetris, vocal fremitus sama – sama normal, dan tidak ada suara

nafas tambahan. Dan tidak ada masalah keperawatan yang muncul.

4.1.2.5 Pada Pemeriksaan fisik B2 (*Blood*) pada tinjauan pustaka didapatkan data ; inpeksi penyembuhan luka yang sama. Pada palpasi ictus cordis kuat, nadi 82x/menit (bisa juga terjadi tradikardia), irama jantung ireguler, CRT dapat kembali, palpasi kuat lokasi radialis, tidak ada sianosi, JVP normal. Pada perkusi jantung pekak, jetak jantung masih dalam batas normal ICS II strenalis dextra sinistra sampai dengan ICS V midklavikula sinistra. Pada auskultasi bunyi jantung S1 S2 Tunggal, tidak terdapat suara jantung tambahan. Pada Tinjauan kasus didapatkan data Inpeksi: penyembuhan luka yang lama Palpasi: ictus cordis tidak teraba, nadi > 84x/menit (bisa juga terjadi takikardi), irama ireguler, CRT dapat kembali <2 detik bisa saja CRT > 3 detik dan terjadi sianosis, pulsasi kuat pada radialis. Perkusi: suara dullnes, redup, pekak, bisa terjadi nyeri dada. Auskultasi: bunyi jantung S1 S2 tunggal.

Antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan, dikaenakan sam – sama ditemukan data penyembuhan luka yang lama, ictus cordis tidak teraba, irama ireguler, CRT dapat kembali <2 detik bisa saja CRT > 3 detik dan terjadi sianosis, pulsasi kuat pada radialis, bunyi jantung S1 S2 Tunggal, tidak terdapat suara jantung tambahan.

4.1.2.6 Pada pemeriksaan B3 (*Brain*)

Pada tinjauan pustaka inpeksi kesadaran composmentis, orientasi baik, GCS 4-5-6, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinsky, tidak ada nyeri kepala, tidak pusing, pupil mengecil/isokor, reflek cahaya normal. Pada tinjauan kasus didapatkan ;Inpeksi: kesadaran composmentis, orientas baik, kesemutan, merasa ngantuk.

Antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan, dikaenakan sama – sama ditemukan datakesadaran composmentis, orientasi baik,GCS 4-5-6, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudzinsky, tidak ada nyeri kepala, tidak pusing, pupil mengecil/isokor, reflek cahaya normal.

4.1.2.7 Pada pemeriksaan B4 (*Bladder*)

Pada Tinjauan Pustaka didapatkan; Inpeksi: bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal, bau, warna, jumlah, tempat yang digunakan,. Pasien terkadang menggunakan kateter karena adanya masalah pada saluran kencing seperti oliguria, poliuria, anuria.

Pada tinjauan kasus didapatkan pada inpeksi didapatkan bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih teratur, bau khas, warna kuning, jumlah 1000cc/24jam, dan tempat yang digunakan pispot.

Antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak ada kesenjangan,

dikaenakan sama – sama ditemukan datafrekuensi berkemih teratur, bau khas, warna kuning, jumlah 1000cc/24jamfrekuensi berkemih normal.

4.1.2.8 Pada pemeriksaanB5 (*Bowel*)

Pada Tinjauan Pustaka didapatkan;Inpeksi: mulut kotor, mukosa bibir kering, lidah kotor, kebiasaan menggosok gigi, kesulitan menelan, mual muntah, penurunan BB, polifagia, polidipsi, anoreksia. Palpasi: adanya nyeri abdomen, ada bunyi tympani.Auskultasi: pristaltik usus, kebiasaan BAB, konsistensi, Diare: berapa kali sehari, warna, bau, bising usus meningkat. Pada Tinjauan Kasus didapatkan ;Pada inpeksi keadaan mulut bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir simetris, gigi bersih kebiasaan gosok gigi 1x sehari, tenggorokan tidak ada kesulitan menelan/kemerahan/pembesarah nonsil. Pada palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen/tegang/astes/kembung dan tidak ada nyeri. Pada perkusi didapatkan bunyi tympani, pada auskultas terdengar pristaltik usus 13x/menit, kebiasaan BAB 1x sehari, konstipasi padat, warna kuning kecoklatan, bau khas, dan tempat yang digunakan pempres. Jadi tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yakni, Pada Tinjauan Pustaka didapatkan; Inpeksi: mulut kotor, mukosa bibir kering, lidah kotor, kebiasaan menggosok gigi, kesulitan menelan, mual muntah, penurunan BB, polifagia, polidipsi, anoreksia. Palpasi: adanya nyeri abdomen,

ada bunyi tympani. Auskultasi: pristaltik usus. Sedangkan pada tinjauan kasus. Pada inpeksi keadaan mulut bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir simetris, gigi bersih kebiasaan gosok gigi 1x sehari, tenggorokan tidak ada kesulitan menelan/kemerahan/pembesaran tonsil. Pada palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen/tegang/astes/kembung dan tidak ada nyeri. Pada perkusi didapatkan bunyi tympani, pada auskultasi terdengar pristaltik usus 13x/menit, kebiasaan BAB 1x sehari, konstipasi padat,

4.1.2.9 Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone*)

Pada Tinjauan Pustaka didapatkan; Inpeksi: 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 odem, lokasi, ukuran. Palpasi: kelembaban kulit, akral hangat, turgor kulit hangat, ada atau tidaknya fraktur atau dislokasi. Kekuatan Tonus otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami gangguan dan terbatas.

Pada Tinjauan Kasus didapatkan ; inpeksi : kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) ; terbatas (pasien tampak tidak bisa duduk tanpa dibantu, kulit kering tidak ada dislokasi, tidak terdapat fraktur, terdapat luka gangren pada kaki, terdapat odema pada kaki kanannya, akral hangat, kelembaban lembab, turgor normal CRT <3 detik, kemampuan ADL total. Pada

palpasi kekuatan otot (5,2,5,5). Pasien mengatakan tidak bisa jalan karena kaki nyeri pada luka dikaki dan ADL di bantu oleh keluarga. Pada Tinjauan Kasus dan Tinjauan Pustaka tidak ada kesenjangan data karena klien tidak mengalami fraktur, membran mukosa kering kekuatan tonus otot dapat menurun, klien terdapat hambatan mobilitas fisik dan terbatas.

4.1.2.10 Pengindraan (B7)

Pada Tinjauan Pustaka didapatkan mata: penglihatan mulai kabur, ketajaman penglihatan mulai menurun., hidung: ketajaman penciuman normal, secret (-+), telinga: bentuk normal, ketajaman pendengaran normal dan tidak ada alat bantu pendengaran.

Pada Tinjauan Kasus didapatkan; mata :konjungtiva merah muda atau tidak anemis, palpebra tidak bengkak, tidak terdapat strabismus, ketajaman penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Pada hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal, tidak ada kelainan. Pada telinga simetris, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal, tidak ada alat bantu pendengaran. Pada perasa manis, pait asam asin normal.

Terdapat kesenjangan data tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yakni pada tinjauan kasus penglihatan mata ketajaman penglihatan normal sedangkan di data tinjauan pustaka didapatkan mata: penglihatan mulai kabur, ketajaman penglihatan mulai menurun.

4.1.2.10 Pemeriksaan Endokrin (B8)

Pada tinjauan pustaka didapatkan ;Mungkin adagangren. Lokasi gangren, kedalaman, bentuk luka, ada pus, bau. Adanya polifagia, polidipsi, dan penurunan BB. Pada Tinjauan Kasus didapatkan ; Pada inspeksi terdapat luka gangren, lokasi luka terdapat dikaki sebelah kanan (pedis). Pada palpasi tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid, limfe dan kelenjar parotis, karakteristik luka gangren kedalaman luka 7cm, terdapat rongga, terdapat slough, terdapat odor, terdapat granulasi, terdapat pus berwarna kekuningan, tidak terdapat nekrosis. Jadi tidak ada kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan pustaka. Karena sama – sama didapatkan data ; adanya luka gangrene, kedalaman luka, nekrosis, dan adanya pus, slough, odor, dan granulasi. Terdapat masalah keperawatan : kerusakan integritas jaringan

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Nurarif, Amin H. Dan Kusuma, 2015 : diagnose keperawatan pada tinjauan pustaka terdapat 9 masalah yaitu:

- 4.2.1 Ketidakefektifan pola nafas b.d hiperventilasi.
- 4.2.2 Ketidakefektifan perfusi jaringan b.d penurunan suplai darah perifer.
- 4.2.3 Kekurangan volume cairan b.d diuresis osmotik pada hiperglikemia.

- 4.2.4 Ketidaksimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang adekuat asupan nutrisi dan proses penyakit.
- 4.2.5 Nyeri akut b.d penumpukn PUS.
- 4.2.6 Kerusakan integritas jaringan b.d timbulnya nekrotik pada jaringan gangren.
- 4.2.7 Kelebihan volume cairan b.d kelebihan asupan natrium.
- 4.2.8 Kerusakan integritas kulit b.d imbilas fisik, kelebihan volume cairan.
- 4.2.9 Perubahan eliminasi urinaria b.d poliuria dan nokturia.
- 4.2.10 Hambatan mobilitas fisik b.d kelemahan aktivitas terbatas koma diabetik.
- 4.2.11 Gangguan citra tubuh b.d kehilangan bagian tubuh.
- 4.2.12 Harga diri rendah b.d nafas bau aseton dan bau pada luka gangren.
- 4.2.13 Resiko infeksi b.d kerusakan integritas jaringan.
- 4.2.14 Resiko cidera b.d penurunan kesadaran.
- 4.2.15 Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi terkait dengan penyebab penyakit dan pengobatan yang dijalani.

Pada tinjauan pustaka diagnose keperawatan Kekurangan volume cairan berhubungan dengan osmotik, kehilangan gastrik berlebihan, masukan yang terbatas.terdapat kesenjangan dikarenakan pada tinjauan kasus tidak didapatkan masalah kekurangan volume cairan.

Pada tinjauan pustaka diagnose keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak cukupan insulin penurunan masukan oral, status hipermetabolisme.Tidak terdapat kesenjangan

dikarena akan pada tinjauan kasus tidak didapat kanmasalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Pada tinjauan pustaka diagnose keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (penurunan perkusi jaringan perifer).Sedaangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa yang sama karena pasien mengalami nyeri akut yang disebabkan oleh adanya luka gangren pada kaki rasa nyeri terasa saat malam hari akibat adanya pus dalam luka gangren dikaki.

Pada tinjauan pustaka diagnose keperawatan Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan hiperglikemi, penurunan darah dan nutrisi ke jarinagan.Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnosa yang sama karena pasien mempunyai luka gangren dikaki yang mengalami rongga dan melepuh pada luka.

Pada tinjauan pustaka diagnose keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan hiperglikemi, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi darah.Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan data yang sama yaitu Kerusakan integritas jaringan b.d hiperglikemi, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi darah.

Pada tinjauan pustaka diagnose keperawatan Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akut. Sedangkan pada tinjauan kasus terdapat data yang sama. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan diagnosa yang sama karena pasein mengalami hambatan mobilitas fisik yaitu butuh bantuan keluarga untuk melakukan aktivitasnya.

Pada tinjauan pustaka diagnose keperawatan Gangguan harga diri berhubungan dengan penyakit kronis. Sedangkan pada tinjauan kasus tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut.

Pada tinjauan pustaka diagnose keperawatan Gangguan citra tubuh berhubungan dengan mental fisik Sedangkan pada tinjauan kasus tidak ditemukan masalah keperawatan tersebut.

4.2.1.5 Perencanaan

Pada perumusan tujuan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan ceritahasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Begitu juga dengan tinjauan kasus perencanaan menggunakan kriteriahasil yang mengacu pada tujuan.

- 1) Kerusakan integritas jaringan b.d hiperglikemia, penurunan darah dan nutrisi ke jaringan. Kaji kedalaman luka dan proses penyembuhan luka, lakukan rawat luka dengan metode aseptik, jaga kebersihan luka dan sekitar luka, berikan posisi yang nyaman agar mengurangi tekanan pada daerah luka.
- 2) Nyeri akut b.d agen injuri biologis (penurunan perfusi jaringan perifer). Kaji tingkat nyeri pasien dengan menggunakan skala nyeri 1-10, ajarkan pasien melakukan teknik relaksasi saat nyeri timbul, anjurkan pasien melaporkan kepada perawat jika rasa nyeri berkurang, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesik, observasi TTV.

Intervensi keperawatan yang di pergunakan dalam tinjauan kasus adalah diambil dalam intervensi keperawatan yang ada dalam Tinjauan pustaka sehingga tidak terdapat kesenjangan intervensi keperawatan.

4.3 Implementasi

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

Dalam melaksanakan pelaksanaan ada beberapa faktor penunjang yang menyebabkan semua rencana tindakan dapat melaksanakan dengan baik. Hal-hal yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedia sarana dan prasarana yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan yang baik oleh kepala ruangan dan tim perawatan di ruang Bangsal Melati kepada penulis. Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, implementasi yang sama dengan tinjauan pustaka, sedangkan pada tinjauan kasus atau nyata pelaksanaan telah di susun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan yang nyata dilakukan pada klien.

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

4.4.1 Implementasi diagnosa keperawatan kerusakan integritas jaringan b.d hiperglikemia, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi darah. Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus mengkaji kealaman luka dan proses, melakukan rawat luka dengan metode aseptik, menjaga kebersihan luka dan sekitar luka, memberikan posisi yang nyaman mengurangi tekanan pada daerah luka.

4.4.2 Implementasi diagnosa keperawatan nyeri akut b.d agen injuri biologis (penurunan perfusi jaringan perifer). Pada implementasi sama seperti tinjauan kasus mengkaji tingkat nyeri pasien dengan menggunakan skala nyeri 1-10, menganjurkan pasien teknik relaksasi dan distraksi saat nyeri timbul, menganjurkan pasien melaporkan kepada perawat jika rasa nyeri berkurang, berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesik, mengobservasi TTV.

4.5 Evaluasi

Padatinjauanpustaka evaluasi belum dapat dilakukan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

dengan latihan fisik, mengungkapkan peningkatan energi, mampu melakukan aktivitas rutin biasanya, menunjukkan aktivitas yang adekuat dan melaporkan aktivitas yang dilakukan.

4.1.5.4 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan tubuh. Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan klien tidak melakukan aktivitas yang berat dengan kriteria hasil klien dapat mengurangi aktivitas, tanda-tanda vital dalam batas normal, klien tidak merasakan pada anggota tubuhnya.

Pada waktu pelaksanaan evaluasi pada diagnosa keperawatan kerusakan integritas jaringan b.d hiperglikemia, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi darah, S: pasien mengatakan lukanya sudah agak kering, O : keadaan umum baik, pasien terdapat luka gangren, kulit yang melepuh dan rusak membaik, TTV : TD 120/80 S: 36,3 RR: 18x/menit, N: 3x/menit, A : masalah teratasi, P : intervensi dihentikan pasien pulang Pada diagnosa nyeri akut b.d agen injuri biologis (penurunan perfusi jaringan perifer), S : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang P: luka pada kaki, Q: nyeri seperti terbakar, R: luka gangren, S: skala nyeri 2, T: timbul pada saat malam hari. O : keadaan umum baik, pasien tidak tampak menyeringai, terdapat luka gangren dengan kedalaman luka 7cm, luka terbalut kasa, TTV: TD: 120/80 mmHg S: 36,3 RR:18x/menit N:83x/menit, A: masalah teratasi, P: intervensi dihentikan pasien pulang. Penulis memberikan beberapa beberapa informasi terkait kesehatan klien, diantaranya :

- 14.1 Mengajarkan pasien posisi yang mengurangi pada tekanan daerah luka. Mengajarkan pasien makan makanan yang bernutrisi.
- 14.2 Mengajarkan rawat luka serutin mungkin.

- 143 Mengajarkan pasien untuk mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi dan distraksi.
- 144 Mengajarkan pasien minum obat tepat waktu.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pada diagnosa keperawatan prioritas diangkat pertama yaitu kerusakan integritas jaringan karena pada kaki klien mengalami luka gangren. Masalah keperawatan yang muncul adalah kerusakan integritas jaringan b.d hiperglikemia, penurunan fungsi leukosit, perubahan sirkulasi darah. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan integritas jaringan membaik dengan kriteria hasil : berkurangnya radang dan jaringan nekrose disekitar luka, luka bebas dari pus dan warna sama dengan ekstermitas yang tidak ada luka, tidak ada bau pada luka, tidak ada tanda-tanda infeksi. Dilakukan intervensi kaji kedalaman luka, luas luka, dan proses penyembuhan luka, melakukan perawatan luka dengan metode aseptik, jaga kebersihan luka dan lingkungan disekitar luka, berikan posisi yang mengurangi tekanan pada daerah luka.

5.1.2 Pada diagnosa prioritas diangkat diagnosa nyeri akut karena pasien mengeluh nyeri pada kaki.

Masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut b.d agen injuri biologis (penurunan jaringan perifer). Dilakukan tindakan keperawatan selas 2x24jam diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil : pasien merasa nyaman dan mampu mengontrol nyeri, pasien dapat mengenal faktor nyeri, skala nyeri ringan atau

berkurang, pasien tampak tidak menyeringai, TTV dalam batas normal. Dilakukan intervensi kaji tingkat nyeri pasien menggunakan skala nyeri 1-10, ajarkan pasien untuk teknik relaksasi dan distraksi, anjurkan pasien melaporkan nyerinya berkurang, kolaborasi dengan tim medis dengan memberikan obat, observasi TTV.

5.1.3 Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat di capai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga dan tim medis kesehatan. Hasil evaluasi pada Tn. I sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan di atas penulis memberikan saran sebagai berikut:

5.2.1 Untuk mencapai hasil keperawatan yang di harapkan, diperlukan hubungan yang baik dan melibatkan pasien, keluarga dan tim medis kesehatan lainnya.

5.2.2 Pewart sebagai petugas pelayanan kesehatan mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat kerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Milletus.

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

- 524 Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya dalam bidang pengetahuan.
- 525 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

Askandar, 2009. *Dalam artikel Diabetic Nephropathy Determinant Factor in Diabetes*

Brashers, dkk, 2014. *Tinjauan Pustaka oleh American Diabetes Association (ADA).* <http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/2775/6.%20BAB%20II.pdf?sequence=6&isAllowed=y>

Deswani. (2009). *Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis.* Jakarta: Salemba Medika.

Ekaputra, E. 2013. *Evolusi Manajemen Luka.* Jakarta: Trans Info Media

Elin, Yuliana. (2010). *ISO Farmakoterapi.* Jakarta : ISFI

Imam.S, (2009). *Diagnosis dan Klasifikasi Diabetes Melitus Terkini. Penatalaksanaan Diabetes*

Khadori, (2015). *Manifestasi Diabetes Melitus dalam medscape.* Academia.edu.

Maryuani, (2013). *Diabetes Melitus Terpadu.* Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Maryunani, Anik. (2013). *Asuhan Kegawatdaruraan Maternal dan Neonatal.* Jakarta : Trans Info Medika.

Modifikasi pathway Zainul Abidin 2016, *pada pasien Diabetes Mellitus*

Nursalam, (2011). **KARYA TULIS ILMIAHGAMBARAN ASUHAN KEPERAWATANPADA KLIENDIABETES MELITUS TIPE II DENGAN KETIDAKSTABILAN KADAR GLUKOSA DARAH DIUPT KESMAS SUKAWATI IGIANYAR**

Nurarif, Amin H. Dan Kusuma (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc Jilid 1*. Yogyakarta: MediAction.

PERKENI, (2006). *Konsensus pengelolaan dan pencegahan DM tipe 2 di indonesia, Jakarta: Perkumpulan Endrokrinologi Indonesian*.

Putra, K. W. R (2019). *Handout Askep Diabetes Mellitus*.

RISKESDAS.2015. *Riset Kesehatan dasar badan penelitian dan pengembangan kesehatan RI*. Diperoleh tanggal 08 Juli 2019 dari <https://www.google.co.id>Jam 09.15 WIB

Riyadi Sujono, S.Kep, M.Kes. 2011. *Keperawatan Medikal Bedah. Edisi Pertama*.

Rizky. (2009). *Gambaran Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Santo Yusup Bandung Periode 2014*

Tandra. (2009). *Segala Sesuatu Yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes*. Jakarta: Kompas Gramedia

Tarwoto, Dkk. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Trans Info Medikal.

Taylor, dkk S, E. 1995. *Health Psychology*. New York : Mc Graw Hill Inc

World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes* Diperoleh tanggal 05 Juli 2019 dari <http://www.who.int/diabetes/global-report/en>



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

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



Bangil, 10 Januari 2020

Nomor : 445.1/103.09/424.072.01/2020
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Pengambilan Kasus

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

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

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

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

Dengan ketentuan :

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

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

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



DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruang Melati
2. Yang bersangkutan.

INFORMED CONSENT

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

Tanggal pengambilan studi kasus 03 Februari 2020

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

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

Saya, Nona/Nyonya/Tuan.....,

Dengan ini saya memberikan kesediaan 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.

Tanda tangan..... Partisipan

(.....)

Tanda tangan..... Saksi

(.....)

Tanda tangan..... Peneliti

(.....)

SATUAN PENYULUHAN DIABETES MILLETUS



Oleh :

Vivi Oktavia

(1701014)

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Bidang Studi : D3 Keperawatan

Topik : Diabetes Milletus

Sasaran : Klien dan Keluarga

Tempat : Ruang Melati di RSUD Bangil

Hari/Tanggal :

Waktu : 30 Menit

Tujuan Instruksional

a. Tujuan Instruksional Umum

1. Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang Diabetes Milletus
2. Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami penyebab Diabetes Milletus
3. Setelah diberikan penyuluhan selama 30 menit diharapkan sasaran mampu memahami tentang penatalaksanaan Diabetes Milletus

b. Tujuan Instruksional Khusus

1. Menjelaskan pengertian Diaetes Milletus
2. Menjelaskan klasifikasi dari Diabetes Milletus
3. Menjelaskan Tanda dan gejala Diabetes Milletus
4. Menjelaskan pencegahan Diabetes Meilletus
5. Menjelaskan komplikasi Diabetes Milletus

Waktu pelaksanaan

Hari Rabu, 05 Februari 2020

Pelaksana

Vivi Oktavia

Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

Media

- a. Leaflet

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

		<p>Keluarga Binaan untuk bertanya</p> <p>d. Memberikan pertanyaan kepada sasaran tentang materi yang sudah disampaikan penyuluh</p>	<p>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 Diates Milletus

1. Pengertian Diabetes Milletus

Diabetes milius adalah gangguan metabolisme yang di tandai dengan hiperglikemia yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau mikrovaskuler dan neuropati. (Yuliana Elin,2010).

2. Etiologi

- Genetik atau faktor keturunan
- Ras atau etnik
- Obesitas
- Metabolik sindrom
- Kurang gerak badan
- Penyakit lain
- Usia
- Infeksi
- Stres
- Pemakaian obat-obatan

1. Klasifikasi Diabetes Milletus

- Diabetes Type 1 (kerusakan sel Beta, biasanya menyebabkan defisiensi absolut insulin)
- DiabetesType 2 (Dapat berkisar dari resistensi insulin predominan dengan defisiensi relatif insulin sehingga defek sektori predominan dengan resistensi insulin)
- Type spesifik lain : (Kerusakan genetik fungsi sek beta, Kerusakan sel genetik pada kerja insulin, Penyakit pankreas eksokrin, Endokrin, Imbas obat atau imbas kimia, Infeksi, Bentuk tak lazim diabetes imunologik, Sindrom genetik lain yang kadang berkaitan dengan diabetes)

2. Tanda dan gejala Diabetes Milletus

- Poliuria: osmotik banyak BAK
- Polidipsi: rasa haus yang berlebihan
- Polifagia: hiperglikemia yang tidak terkontrol, banyak makan
- Mual muntah
- Lemah
- pandangan kabur

3. Penatalaksanaan Diabetes Milletus

Terapi non farmakologi

- Melakukan pengaturan pola makan
- Latihan jasmani

Terapi farmakologi

- Insulin
- Obat anti hiperglikemi (obat oral)

Terapi herbal atau alami

- Mahkota Dewa
- Alat dan bahan : 3 buah mahkota dewa, air matang 50cc, dan alat penghalus bahan
- Cara pembuatan : dengan di haluskan daging mahkota dewa lali di haluskan dan diperas, ambil airnya saja.

4. Komplikasi Diabtes Milletus

- Kerusakan mata
- Neuropathy
- Neuphropaty
- Gangguan pada hati
- Penyakit paru atau sistem pernafasan
- Gangguan pada sistem pencernaan
- Pada pembuluh darah bisa terjadi angiopati diabetik

5. Konsep Solusi atau Pencegahan Diabetes Milletus

- Menjaga berat badan ideal
- Aktivitas fisik
- Pola makan sehat

- Berhenti merokok
- Kurangi alkohol
- Kontrol tekanan darah dan gula darah
- Temui dokter atau tim medis lainnya untuk pemeriksaan rutin

DIABETES MELLITUS



Disusun Oleh:

Vivi oktavia

1701014

**PROGRAM DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA
CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

Pengertian Diabetes Milletus

Diabetes milius adalah gangguan metabolisme yang di tandai dengan hiperglikemia yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penuruna produksi insulin dalam tubuh (Yuliana Elin,2010).

Penyebab Diabetes Mellitus

- ✓ Genetik atau faktor keturunan
- ✓ Ras atau etik
- ✓ Obesitas
- ✓ Kurang gerak badan
- ✓ Penyakit lain
- ✓ Usia
- ✓ Infeksi
- ✓ Stress
- ✓ Pemakaian obat-obatan

Tanda dan gejala Diabetes Milletus

- Banyak Buang Air Kecil (Banyak pipis)
- Rasa haus yang berlebihan
- Banyak makan atau terasa lapar
- Mual muntah
- Lemah
- pandangan kabur

Komplikasi Diabtes Milletus

- ✓ Kerusakan mata
- ✓ Neuropathy
- ✓ Penyakit paru atau sistem pernafasan
- ✓ Gangguan pada sistem pencernaan

Penatalaksanaan Diabetes Milletus

- Terapi non farmakologi
Melakukan pengaturan pola makan
Latihan jasmani
- Terapi farmakologi
Insulin
Obat anti hiperglikemi (obat oral)
- Terapi alami:
Mahkota dewa
 - Alat dan bahan : 3 buah mahkota dewa , air matang 50cc, dan alat penghalus bahan
 - Cara pembuatan : dengan di ambil daging mahkota dewa lalu di haluskan dan diperas, ambil airnya saja.

Konsep Solusi atau Pencegahan Diabetes Milletus

- ✓ Menjaga berat badan ideal
- ✓ Aktivitas fisik
- ✓ Pola makan sehat
- ✓ Berhenti merokok
- ✓ Kurangi alkohol
- ✓ Kontrol tekanan darah dan gula darah
- ✓ Temui dokter atau tim medis lainnya untuk pemeriksaan rutin

