

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE II  
DENGAN GANGREN DI RUANG ANGGREK RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN**



**OLEH:**

**ANIK NOVIANTI**

**NIM. 211210002**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI  
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG**

**2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE II  
DENGAN GANGREN DI RUANG ANGGREK RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan  
pendidikan pada Program Studi DIII Keperawatan pada  
Institut Teknologi Sains dan Kesehatan  
Insan Cendekia Medika Jombang



**ANIK NOVIANTI**  
**NIM. 211210002**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI  
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2024**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anik Novianti

NIM : 211210002

Tempat Tanggal Lahir : Probolinggo, 28 Juli 2003

Program Studi : DIII Keperawatan Fakultas Vokasi

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan” merupakan murni hasil karya sendiri dan bukan Karya Tulis Ilmiah milik orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan tinggi manapun baik sebagian ataupun keseluruhan.

Jombang, 12 September 2024

Yang Menyatakan



Anik Novianti  
NIM. 211210002

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anik Novianti  
NIM : 211210002  
Tempat Tanggal Lahir : Probolinggo, 28 Juli 2003  
Program Studi : DIII Keperawatan Fakultas Vokasi

Menyatakan bahwa Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan” merupakan hasil murni yang ditulis oleh peneliti dan bukan karya milik orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang mana telah disebutkan sumbernya oleh peneliti.

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi akademik yang berlaku.

Jombang, 12 September 2024

Yang Menyatakan



Anik Novianti  
NIM. 211210002

## PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien DM Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan  
Nama Mahasiswa : Anik Novianti  
NIM : 211210002

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING

Pada Tanggal 8 Juli 2024

Pembimbing Ketua

Pembimbing Anggota



Ucik Indrawati, S.Kep.Ns.,M.Kep  
NIDN. 0716048102



Rickiy A.O.F., S.Kep.,Ns.M.Tr.Kep  
NIDN. 0717109102

Mengetahui

Dekan Fakultas Vokasi

Ketua Program Studi



Sri Sayekti, S.Si., M.Ked  
NIDN. 0725027702



Ucik Indrawati, S.Kep.Ns.,M.Kep  
PROGRAM STUDI  
DIII KEPERAWATAN NIDN. 0716048102

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe  
II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil  
Kabupaten Pasuruan  
Nama Mahasiswa : Anik Novianti  
NIM : 211210002

Telah Diseminarkan Dalam Ujian Hasil Karya Tulis Ilmiah  
Pada Tanggal 16 Juli 2024

Menyetujui  
Dewan Penguji

Penguji Utama : Dr. Moch. Bahrudin, M.Kep.,Sp.KMB (  )

Penguji I : Ucik Indrawati S.Kep.Ns.,M.Kep (  )

Penguji II : Rickiy A.O.F, S.Kep.Ns.,M.Tr.Kep (  )

Mengetahui

Dekan Fakultas Vokasi



**Sri Sayekti, S.SI.,M.Ked**  
NIDN. 0725027702

Ketua Program Studi

**Ucik Indrawati, S.Kep.Ns.,M.Kep**  
NIDN. 0716048102

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Peneliti bernama Anik Novianti, dilahirkan di Probolinggo Jawa Timur pada tanggal 28 Juli 2003, peneliti merupakan anak tunggal dari pasangan Bapak Sahir dan Ibu Sumarmi.

Pada tahun 2015 peneliti lulus dari SDN Palang Besi I, kemudian peneliti melanjutkan studi di SMPN II Lumbang dan lulus pada tahun 2018, selanjutnya peneliti melanjutkan studi di SMAN I Sukapura dan lulus pada tahun 2021, selanjutnya ditahun yang sama peneliti melanjutkan studi di STIKES Insan Cendekia Medika Jombang. Peneliti memilih program studi DIII Keperawatan yang kini telah migrasi menjadi ITS-Kes Insan Cendekia Medika Jombang.

Demikian daftar riwayat hidup ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Jombang, 20 Juli 2024

Penulis

Anik Novianti  
NIM. 211210002

## **MOTTO**

“ Ketika Mimpi Kita Pikirkan,  
Mimpi itu Berubah Bentuk Menjadi Rencana ”

“ Ketika Rencana Kita Ucapkan,  
Rencana Berubah Bentuk Menjadi Komitmen ”

“ Ketika Komitmen Kita Lakukan,  
Komitmen Berubah Lagi Menjadi Kenyataan “.

**“Jangan Takut Gagal Karena Suksesmu Berawal dari Keberanian  
Langkahmu Untuk Maju ”.**



## PERSEMBAHAN

Persembahan yang utama dan paling utama, saya ucapkan syukur Alhamdulillah kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat, taufiq, dan hidayah-Nya serta memberi kemudahan dan mengabulkan setiap do'a saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Saya persembahkan karya yang sederhana ini kepada orang-orang yang saya cintai dan saya sayangi yaitu:

1. Kepada Ibu saya Ibu Sumarmi dan Bapak saya Bpk Sahir, kedua orang tua yang sangat berjasa sekali bagi saya yang senantiasa sabar dan ikhlas dalam mendoakan dan membimbing saya dengan penuh kasih sayang, semangat, motivasi serta dukungan yang menjadi kekuatan dalam hidup saya, karena kalian berdua, hidup terasa begitu mudah. Terimakasih kembali karena selalu menjaga saya dalam do'a – do'a Bapak Ibu serta selalu mengorbankan apapun demi mengejar impian saya apapun itu. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan lahir dan batin, selalu diberikan kebahagiaan dan diberikan kemudahan riziki untuk Bapak Ibu saya tercinta. Semoga anak satu-satumu ini suatu hari nanti bisa menjadi kebanggaan bagi keluarga dan bisa menjadi orang yang bermanfaat untuk sesama.
2. Teruntuk seseorang yang saya sayangi Moh. Zainul Arifin, waktu adalah hal yang paling berharga bagi kita semua dan orang-orang yang rela mengorbankan waktu mereka untuk orang lain maka sangat pantas mendapatkan rasa hormat dan terimakasih. Untuk itu saya ucapkan terimakasih atas keterlibatan dan waktunya sehingga segala urusan saya dipermudahkan dan terimakasih sampai titik ini masih menjadi partner setia saya yang selalu memberikan support segala urusan saya, semoga selamanya kita bisa bahagia dan terus bersama.
3. Khususnya teruntuk Ketua Yayasan ITS-Kes Insan Cendekia Medika Jombang Bapak Dr. H. Zainul Arifin, M.Kes, Bapak Prof. Drs. Win Darmanto, Msi.,Med.Sci.,Ph.D. selaku Rektor, Dr. Lusianah Meinawati, SST.,M.Kes selaku Wakil Rektor I dan Bapak Dr. Faris Hamidi, MM selaku Wakil Rektor II terimakasih banyak sudah banyak sekali membantu saya sampai akhirnya saya dititik ini, tidak mudah menjelaskan rasa syukur dan terimakasih saya

kepada bapak telah melancarkan urusan akademik saya semoga Allah membalas atas kebaikannya dan selalu dalam lindungannya.

4. Teruntuk dosen-dosen ITS-Kes Insan Cendekia Medika Jombang dan Almamater saya yang selalu memberikan bimbingan dan arahan untuk saya. Khususnya kepada Ibu Ucik Indrawati S.Kep.,Ns.M.Kep, Bapak Rickiy Akbaril O.F., S.Kep.,Ns.M.Tr.Kep, Bapak Afif Hidayatullah A.,S.Kep.,Ns.,M.Kep, dan Bapak Dwi Hariyanto S.Kep.,Ns.,M.Kep beserta para dosen lainnya yang tidak dapat menyebutkan satu persatu. Terimakasih banyak atas semuanya yang tiada bosan dan lelah dalam membimbing dan mengarahkan serta memberi ilmu dan banyak pengalaman yang amat luar biasa sehingga saya dapat menyelesaikan studi dan karya sederhana ini, apalah diri saya ini tanpa ilmu yang diberikan oleh bapak ibu dosen kepada saya.
5. Teruntuk Bapak Safaat selaku Diklat RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan dan Perawat yang ada di ruang Anggrek khususnya kepada Bapak Agus S.Kep terimakasih banyak atas kesediannya untuk membantu saya dalam melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dan dukungannya serta memberikan kelancaran proses penyusunannya. Saya menjadi terinspirasi oleh kebaikan bapak dan perawat lainnya telah memberikan banyak pengalaman dan ilmu yang sangat bermanfaat bagi saya.
6. Teruntuk sahabat yang saya anggap sebagai kakak saya sendiri yaitu Mbak Siti Aisyah S.Kep.,Ns, terimakasih banyak atas bantuannya berkat bantuannya saya jadi mengerti banyak hal dan bisa menyelesaikan karya sederhana ini. Dia sangat menginspirasi dan memotivasi saya tentang ketulusan, kesabaran dan keikhlasan. Saya berasa punya kakak kandung sendiri atas apa yang sudah dilakukan untuk saya sehingga saya terinspirasi untuk menjadi seperti dirinya.
7. Kepada teman-teman Prodi DIII Keperawatan yang namanya tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terimakasih banyak sudah bersedia menjadi teman baik dalam keadaan susah maupun senang, terimakasih sudah mampu berjuang bersama melewati pahit manisnya praktika, semoga kita bisa sama-sama sukses di masa depan nanti, Aamiin.

Kepada semua pihak yang telah membantu hingga terselesaikannya KTI ini, saya ucapkan terimakasih banyak.

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan” dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan tugas akhir dan untuk memperoleh gelar diploma (A.Md. Kep) pada Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi di ITS-Kes Insan Cendekia Medika Jombang.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dengan usaha penulis serta dapat diselesaikan dengan baik karena do’a, bimbingan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terimakasih yang setulusnya kepada:

1. Bapak Prof. Drs. Win Darmanto, Msi Med, Sci., Ph, D. selaku Rektor ITS-Kes Insan Cendekia Medika Jombang
2. Ibu Sri Sayekti, S.Si.,M.Ked selaku Dekan Fakultas Vokasi DIII Keperawatan ITS-Kes Insan Cendekia Media Jombang
3. Ibu Ucik Indrawati, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan ITS-Kes Insan Cendekia Media Jombang dan selaku pembimbing pertama penyusunan Karya Tulis Ilmiah
4. Bapak Rickiy Akbaril O. F., S.Kep.,Ns.,M.Tr.Kep selaku pembimbing kedua penyusunan Karya Tulis Ilmiah

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis sadar bahwa masih banyak kekurangan dan jauh dari sempurna. Tetapi penulis berharap agar Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca umumnya.

Jombang, 20 Juli 2024

Penulis

Anik Novianti  
NIM. 211210002

## ABSTRAK

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN GANGREN DIRUANG ANGGREK RSUD BANGIL KABUPATEN PASURUAN

Oleh: Anik Novianti

**Pendahuluan:** Diabetes Melitus Tipe II adalah persoalan kesehatan yang sering terjadi karena faktor pola hidup tidak sehat sehingga komplikasi yang sering didapatkan adalah gangren. Gangren disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah atau adanya infeksi bakteri sehingga terjadi kerusakan jaringan. Tujuan penelitian studi kasus ini untuk mengetahui asuhan keperawatan pada penderita Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren.

**Metode:** Desain penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif analitik dalam bentuk studi kasus. Populasi penelitian yaitu terdiri dari 2 responden penderita Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren yang dirawat di ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan. Pengumpulan data menggunakan metode wawancara dan pemeriksaan fisik serta sumber informasi dari pihak pasien, keluarga dan perawat.

**Hasil:** Pengkajian yang dilakukan sudah sesuai dengan kondisi pasien. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah nyeri akut b/d agens pencedera fisik dan gangguan integritas kulit b/d kerusakan jaringan atau lapisan. Intervensi yang direncanakan yaitu manajemen nyeri dan perawatan luka (*Wound Dressing Modern*). Implementasi sudah dilakukan secara menyeluruh sesuai rencana yang ditetapkan meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Hasil evaluasi menunjukkan perbedaan pada masing-masing klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

**Kesimpulan:** Simpulan dari hasil studi kasus ini adalah pemberian asuhan keperawatan selama 4 hari pada kedua klien menunjukkan hasil yang berbeda yaitu pada klien 1 tujuan dapat teratasi sepenuhnya sedangkan klien 2 tujuan teratasi hanya sebagian. Sehingga disarankan kepada tenaga kesehatan agar terus mengembangkan pemberian asuhan keperawatan terutama perawatan luka (*Wound Dressing Modern*) pada klien penderita Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren.

**Kata kunci:** Asuhan Keperawatan, Diabetes Melitus Tipe II, Gangren

## **ABSTRACT**

### ***NURSING CARE FOR TYPE II DIABETES MELLITUS CLIENTS WITH GANGRENE IN THE ORCHID ROOM OF BANGIL HOSPITAL, PASURUAN REGENCY***

***By: Anik Novianti***

***Introduction:*** Type II Diabetes Mellitus is a health problem that often occurs due to unhealthy lifestyle factors so that the complication that is often obtained is gangrene. Gangrene is caused by impaired blood circulation or a bacterial infection that causes tissue damage. The purpose of this case study research is to find out nursing care in patients with Type II Diabetes Mellitus with Gangren.

***Methods:*** The research design used is a descriptive analytical method in the form of a case study. The study population consisted of 2 respondents with Type II Diabetes Mellitus with Gangren who were treated in the Orchid room of Bangil Hospital, Pasuruan Regency. Data collection uses interview and physical examination methods as well as information sources from patients, families and nurses.

***Results:*** The assessment carried out was in accordance with the patient's condition. The nursing diagnosis that is established is acute pain b/d physical injury agents and skin integrity disorders b/d tissue or layer damage. The planned intervention is pain management and wound care (Modern Wound Dressing). Implementation has been carried out thoroughly according to the set plan, including observation, therapeutic, educational and collaborative actions. The results of the evaluation showed differences in each client after nursing treatment.

***Conclusion:*** The conclusion of the results of this case study is that the provision of nursing care for 4 days to both clients shows different results, namely in client 1 the goal can be completely solved while client 2 the goal is only partially resolved. Therefore, it is recommended to health workers to continue to develop nursing care, especially wound care (Modern Wound Dressing) for clients with Type II Diabetes Mellitus with Gangren.

***Keywords:*** Nursing Care, Type II Diabetes Mellitus, Gangrene

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL DALAM .....</b>	<b>ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN KEASLIAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI.....</b>	<b>iv</b>
<b>PERSETUJUAN KTI .....</b>	<b>v</b>
<b>PENGESAHAN KTI.....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>vii</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>viii</b>
<b>PERSEMBAHAN.....</b>	<b>ix</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>xii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMBANG .....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xx</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xxi</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 Manfaat Penelitian .....</b>	<b>5</b>
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Konsep Dasar Diabetes Melitus .....</b>	<b>7</b>
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Klasifikasi .....	8
2.1.3 Etiologi.....	8
2.1.4 Manifestasi Klinis .....	9
2.1.5 Pathofisiologi .....	11
2.1.6 WOC/ Pathway.....	13

2.1.7	Komplikasi .....	14
2.1.8	Pemeriksaan Penunjang .....	17
2.1.9	Penatalaksanaan .....	18
<b>2.2</b>	<b>Konsep Gangren Diabetik .....</b>	<b>24</b>
2.2.1	Definisi .....	24
2.2.2	Klasifikasi .....	24
2.2.3	Etiologi .....	26
2.2.4	Manifestasi Klinis .....	27
2.2.5	Penatalaksanaan .....	28
<b>2.3</b>	<b>Konsep Luka dan Penyembuhan Luka.....</b>	<b>30</b>
2.3.1	Definisi .....	30
2.3.2	Klasifikasi .....	30
2.3.3	Etiologi .....	31
<b>2.4</b>	<b>Konsep <i>Wound Dressing Modern</i> .....</b>	<b>33</b>
2.4.1	Definisi <i>Wound Dressing Modern</i> .....	33
2.4.2	Tujuan <i>Wound Dressing Modern</i> .....	33
2.4.3	Bahan-Bahan <i>Wound Dressing Modern</i> .....	34
<b>2.5</b>	<b>Konsep Asuhan Keperawatan.....</b>	<b>37</b>
2.5.1	Pengkajian Keperawatan .....	37
2.5.2	Diagnosa Keperawatan.....	41
2.5.3	Intervensi Keperawatan.....	41
2.5.4	Implementasi Keperawatan .....	54
2.5.5	Evaluasi Keperawatan .....	54
<b>BAB 3</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>Desain Penelitian .....</b>	<b>55</b>
<b>3.2</b>	<b>Batasan Istilah .....</b>	<b>55</b>
<b>3.3</b>	<b>Partisipan .....</b>	<b>56</b>
<b>3.4</b>	<b>Lokasi &amp; Waktu Penelitian .....</b>	<b>56</b>
<b>3.5</b>	<b>Pengumpulan Data.....</b>	<b>56</b>
<b>3.6</b>	<b>Uji Keabsahan Data .....</b>	<b>57</b>
<b>3.7</b>	<b>Analisis Data .....</b>	<b>57</b>
<b>3.8</b>	<b>Etika Penelitian .....</b>	<b>58</b>

<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>60</b>
<b>4.1 Hasil.....</b>	<b>60</b>
4.1.1 Gambaran Lokasi dan Pengambilan Data.....	60
4.1.2 Pengkajian.....	60
4.1.3 Diagnosa Keperawatan.....	72
4.1.4 Intervensi Keperawatan.....	72
4.1.5 Implementasi Keperawatan.....	76
4.1.6 Evaluasi Keperawatan.....	87
<b>4.2 Pembahasan.....</b>	<b>98</b>
4.2.1 Pengkajian.....	98
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	102
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	103
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	105
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	106
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>109</b>
<b>5.1 Kesimpulan.....</b>	<b>109</b>
<b>5.2 Saran.....</b>	<b>110</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>112</b>



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Patokan Kadar Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa (mg/dl) .....	18
Tabel 2.2	Sumber Makanan Yang Dapat Dikonsumsi Penderita Diabetes Melitus .....	19
Tabel 2.3	Intervensi Keperawatan .....	44
Tabel 4.1	Identitas Klien.....	60
Tabel 4.2	Riwayat Penyakit .....	60
Tabel 4.3	Pola Fungsi Kesehatan.....	62
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik.....	63
Tabel 4.5	Pemeriksaan Penunjang .....	65
Tabel 4.6	Terapi Medik .....	67
Tabel 4.7	Analisa Data Pasien 1 dan Pasien 2.....	68
Tabel 4.8	Intervensi Keperawatan .....	72
Tabel 4.9	Implementasi Keperawatan .....	76
Tabel 4.10	Evaluasi Keperawatan .....	87

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Pathway/ WOC</i> .....	13
Gambar 2.2 Tingkat Grade Ulkus Diabetikum .....	17
Gambar 2.3 Lokasi Penyuntikan Insulin .....	22

## DAFTAR LAMBANG

%	: Persentase
-	: Sampai
/	: Atau
( )	: Dalam Kurung
$\geq$	: Lebih Dari
$\leq$	: Kurang Dari
$<$	: Kurang Dari
$>$	: Lebih Dari
$^{\circ}$	: Derajat
$\pm$	: Kurang Lebih

## DAFTAR SINGKATAN

ITSKes	: Institut Teknologi Sains dan Kesehatan
ICME	: Insan Cendekia Medika
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
IDF	: <i>International Diabetes Federation</i>
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
DM	: Diabetes Melitus
DMT1	: Diabetes Melitus Tipe 1
IDDM	: <i>Insulin Dependent Diabetes Melitus</i>
NIDDM	: <i>Non Insulin Dependent Diabetes Melitus</i>
GDM	: <i>Gestasional Diabetes Melitus</i>
DKA	: Diabetik Ketoasidosis
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
AMI	: <i>Acute Miokard Infark</i>
JVP	: <i>Jugularis Venous Pressure</i>
OHO	: Obat Hipoglikemik Oral
NaCl	: Natrium Clorida
MK	: Masalah Keperawatan
BB	: Berat Badan
TD	: Tekanan Darah
O2	: Oksigen
SOAP	: Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Asuhan Keperawatan P1
- Lampiran 2 Asuhan Keperawatan P2
- Lampiran 3 Surat Permohonan Persetujuan Responden 1
- Lampiran 4 Surat Permohonan Persetujuan Responden 2
- Lampiran 5 Surat Persetujuan Penelitian
- Lampiran 6 Surat Keterangan Selesai Penelitian
- Lampiran 7 Surat Pengecekan Judul
- Lampiran 8 Surat Keterangan Kaji Etik
- Lampiran 9 Lembar Bimbingan I
- Lampiran 10 Lembar Bimbingan II
- Lampiran 11 Surat Kesiapan Unggahan KTI
- Lampiran 12 Surat Keterangan Bebas Plagiasi
- Lampiran 13 Surat Digital Receipt

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Diabetes Melitus adalah penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan insulin sedangkan insulin dalam tubuh sangat dibutuhkan untuk menyaring atau mengendalikan glukosa dalam sel darah agar insulin dalam tubuh dapat bekerja secara efektif. Diabetes memang tergolong penyakit yang tidak menular namun dapat menyebabkan gangguan pada fungsi tubuh bahkan beresiko menyebabkan kerusakan sistem saraf sehingga dapat berdampak pada produktivitas dan SDM yang menurun (Zakiudin et al., 2023).

Diabetes Melitus masih menjadi persoalan kesehatan yang cukup serius seiring dengan bertambahnya jumlah penduduk, gaya hidup, pola makan tidak sehat dan masyarakat obesitas sehingga mengalami peningkatan angka penderita terutama di negara berkembang di Indonesia disetiap tahunnya. Di Indonesia prevalensi angka penderita Diabetes Melitus mencapai lebih dari setengah yaitu 58,8%. Diperkirakan di Indonesia yang menyandang penyakit Diabetes Melitus ditahun 2030 nanti sekitar 21,3 juta masyarakat. Diperkirakan oleh *International Diabetes Federation* (IDF) bahwa 79% masyarakat Indonesia jumlah penderita Diabetes Melitus menjadi 629 juta orang di tahun 2045, dan juga melaporkan bahwa Indonesia termasuk kedalam 10 besar penderita tertinggi dari 10,2 juta menjadi 16,7 juta orang ditahun yang sama (Prabowo et al., 2021). Berdasarkan data Riskesdas dan berdasarkan

diagnosis Dokter disemua Provinsi, Jawa Timur berada di urutan kedua angka tertinggi dari Jawa Barat, Kalimantan, Lampung yaitu mencakup 151.878 orang pada tahun 2018 (Mustofa et al., 2021). Sedangkan, Kabupaten Pasuruan menempati peringkat ke delapan sebanyak 5.413 (107%) orang dari 38 Kabupaten dan Kota di Jawa Timur (Sari et al., 2023). Berdasarkan hasil studi pendahuluan data dari Rekam Medis RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan angka prevalensi ditahun 2023 penderita Diabetes Melitus mencapai 1.186 orang, diantaranya rawat jalan 1.054 orang dan rawat inap 132 orang (RSUD Bangil Pasuruan, 2023).

Gaya hidup yang tidak sehat merupakan faktor penyebab angka prevalensi penyakit degeneratif seperti Diabetes Melitus tipe II ini meningkat. Penyakit ini sering didefinisikan sebagai penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai dengan tingginya kadar glukosa dalam darah akibat defisiensi insulin atau kerja insulin yang tidak adekuat, dimana tubuh juga tidak mampu memetabolisme karbohidrat, lemak, dan protein. Tanda dan gejala Diabetes Melitus tipe II ini tidak hanya ditandai dengan tingginya kadar glukosa saja, tapi bisa dilihat bahwa penderita penyakit ini akan sering mengalami buang air kecil, sering lapar, sering haus, pandangan kabur, mudah lelah, lemas, mudah luka, dan infeksi. Tanda gejala ini sangat mengganggu keseharian penderita karena sering juga mengalami kesemutan dan kebas, jika terus dibiarkan akan menyebabkan komplikasi yang berbahaya (Anggraini et al., 2023). Tingginya angka prevalensi Diabetes Melitus tipe II ini juga dikarenakan oleh faktor-faktor yang tidak bisa diubah seperti halnya jenis kelamin, usia dan genetik, kemudian oleh faktor-faktor yang masih bisa diubah

seperti obesitas, merokok, mengonsumsi alkohol, manajemen stress, pekerjaan, aktivitas fisik, indeks massa tubuh, pola makan, dan gaya hidup (Suyani, 2022). Komplikasi yang paling sering terjadi pada pasien Diabetes Melitus adalah luka kaki diabetik yang bisa terjadi pada daerah kulit sebagian atau meluas ke jaringan bawah kulit, tendon, otot, tulang, atau persendian. Sehingga jika berlangsung lama tidak dilakukan intervensi yang tepat dapat terinfeksi, maka akan mengalami terjadinya gangren bahkan amputasi pada kaki tersebut (Budi Raharjo et al., 2022). Gangren merupakan jaringan mati yang disebabkan tersumbatnya pembuluh darah karena adanya faktor penyakit vaskuler perifer yaitu mikroembolitero thrombosis yang menyertai penderita Diabetes Melitus itu sendiri (Saputri, 2020).

Perawat yang profesional, dibutuhkan cara berfikir kritis untuk keberhasilan suatu implementasi yang diberikan, sehingga dibutuhkan kejelian dalam menyusun perencanaan yang tepat, mengukur dan memberi nilai secara obyektif atas tingkat pencapaian hasil yang telah direncanakan sebelumnya. Maka dari itu, evaluasi adalah suatu aktivitas yang sudah direncanakan, memantau klien, keluarga dan tenaga kesehatan profesional untuk menentukan kemajuan terhadap outcome dan keefektifan asuhan yang diberikan berdasarkan intervensi yang tepat (Purba, 2019). Sehingga, untuk mencapai keberhasilan dalam mengevaluasi suatu masalah Diabetes Melitus dengan gangren, maka perawat seharusnya dapat melakukan upaya untuk merencanakan ulang atau memodifikasi sesuai dengan data terbaru yang ditemukan saat proses evaluasi tersebut dilakukan, dimana upaya tersebut tetap mengacu pada tindakan observasi, terapeutik, edukasi, serta tindakan



kolaborasi. Upaya untuk mengatasi luka gangren yang sudah dilakukan pada klien Diabetes Melitus selama proses keperawatan yaitu perawatan luka modern dan konvensional, namun *Modern Wound Dressing* ini merupakan teknik perawatan luka yang mulai diaplikasikan di abad 21. Teknik ini berfokus pada prinsip “moist” sehingga lebih efektif dalam penyembuhan luka pada gangren karena lingkungan yang lembab dapat mempercepat proses respon inflamasi akhirnya proliferasi sel menjadi lebih cepat dan mencegah terjadinya dehidrasi jaringan yang mengakibatkan kematian sel (Budi Raharjo et al., 2022). Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang asuhan keperawatan pada klien Diabetes Melitus tipe II di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan?.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengambarkan Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

2. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.
3. Mengidentifikasi intervensi keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.
4. Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.
5. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Menambah pengetahuan serta wawasan dalam menguasai tentang konsep teori dan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren.

##### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Manfaat praktis yang diharapkan dari penelitian ini yaitu:

1. Bagi Peneliti, penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan serta pengetahuan secara langsung dalam menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren.
2. Bagi Klien, penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan serta pemikiran tentang cara mengembangkan perawatan yang sesungguhnya

dalam Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren.

3. Bagi pihak Rumah Sakit, penelitian ini diharapkan dapat menambah pengalaman di Rumah Sakit dalam menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren.
4. Bagi Mahasiswa, penelitian ini diharapkan bisa menambah pengetahuan dan wawasan serta bisa memperoleh pengalaman secara langsung Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren.
5. Bagi Institusi, penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren serta dapat menjadi metode dan media pembelajaran untuk mengembangkan asuhan keperawatan bagi mahasiswa.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Diabetes Melitus**

##### **2.1.1 Definisi**

Diabetes Melitus merupakan suatu penyakit gangguan metabolisme yang sangat kronis dapat ditandai dengan adanya peningkatan glukosa darah (hiperglikemia) yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan insulin sedangkan insulin dalam tubuh sangat dibutuhkan untuk menyaring atau mengendalikan glukosa dalam sel agar dapat digunakan untuk metabolisme dan pertumbuhan sel-sel dalam darah (Indsutri et al., 2023).

Diabetes Melitus merupakan penyakit kronis yang mempunyai gejala yang khas yaitu peningkatan jumlah urine dari biasanya dikarenakan terjadinya kerusakan pankreas yang tidak menghasilkan insulin yang cukup ataupun insulin didalam tubuh tidak bekerja secara efektif sehingga kadar glukosa dalam darah mengalami peningkatan (hiperglikemia) (Indriani et al., 2019).

Diabetes Melitus Tipe II yaitu penyakit kadar gula yang melebihi dari batas normal atau  $>200$  mg/dl, apabila penyakit ini dibiarkan akan mempengaruhi sistem saraf, jantung, mata, pembuluh darah, dsb (Siloam, 2023a).

### 2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi diabetes yang utama menurut (Arsa, 2020) yaitu:

1. Diabetes Melitus Tipe I

Diabetes yang tergantung pada insulin (*Insulin Dependent Diabetes Mellitus* [IDDM]).

2. Diabetes Melitus Tipe II

Diabetes Mellitus yang tidak tergantung pada insulin (*Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* [NIDDM]).

3. Diabetes Mellitus lainnya

Diabetes yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya.

4. Diabetes Mellitus Gestasional (*Gestational Diabetes Mellitus* [GDM])

Diabetes yang didiagnosis selama kehamilan yang ditandai dengan kadar gula diatas normal dan dapat memicu resiko terjadinya komplikasi pada saat kehamilan dan melahirkan bahkan dapat memiliki resiko Diabetes Mellitus Tipe II dimasa akan datang.

### 2.1.3 Etiologi

Menurut (Nurkamila, 2022) penyebab Diabetes Melitus yaitu:

1. Diabetes Mellitus Tipe I

Pada Diabetes Mellitus Tipe I biasanya disebabkan oleh kerusakan sistem kekebalan tubuh yang menyerang dan menghancurkan sel-sel yang menghasilkan insulin dalam tubuh. Penyebab dari DMT1 sendiri yaitu:

- a. Faktor genetik penderita tidak mewarisi penyakit tipe yang sama namun dapat mewarisi suatu predisposisi atau beresiko genetik terhadap terjadinya DMT1.
- b. Faktor imunologi (autoimun) yaitu kekebalan tubuh.
- c. Faktor lingkungan yaitu pola makan tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik yang dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan estruksi sel beta.

## 2. Diabetes Mellitus Tipe II

Kondisi ini terjadi ketika sel-sel tubuh menjadi resisten terhadap insulin atau pankreas tidak dapat menghasilkan insulin yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Beberapa faktor yang berhubungan antara lain:

- a. Usia diatas 30 tahun
- b. Obesitas
- c. Riwayat dalam keluarga

## 3. Diabetes Gestasional

Diabetes Gestasional atau diabetes pada kehamilan terjadi karena faktor yang berkaitan dengan hormon-hormon yang berpotensi menghambat kerja insulin yang disebut juga kontra insulin pada ibu hamil.

### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Beberapa gejala yang dapat ditimbulkan oleh penyakit Diabetes Melitus (Pratiwi, 2019) diantaranya:

1. Pengeluaran urin (Poliuria)

Poliuria adalah keadaan dimana volume air kemih dalam 24 jam meningkat melebihi batas normal. Poliuria timbul sebagai gejala Diabetes Melitus dikarenakan kadar gula dalam tubuh relatif tinggi sehingga tubuh tidak mampu untuk mengurainya dan berusaha untuk mengeluarkannya melalui urin. Gejala pengeluaran urin ini lebih sering terjadi pada malam hari dan urin yang dikeluarkan mengandung glukosa.

2. Timbul rasa haus (Polidipsia)

Polidipsia adalah rasa haus yang amat berlebihan dan timbul karena kadar glukosa terbawa oleh urin sehingga tubuh merespon untuk meningkatkan asupan cairan.

3. Timbul rasa lapar (Polifagia)

Pasien Diabetes Melitus akan merasa cepat lapar dan lemas, hal tersebut disebabkan karena glukosa dalam tubuh semakin habis sedangkan kadar glukosa dalam darah cukup tinggi.

4. Penyusutan berat badan

Hal ini karena tubuh terpaksa mengambil dan membakar lemak sebagai cadangan energi.

Adapun tanda dan gejala lainnya yang bersifat menahun atau kronis pada penderita Diabetes Melitus yaitu:

- a. Gangguan penglihatan seperti pandangan kabur.
- b. Gatal-gatal dan bisul yang biasa terjadi di area lipatan seperti lipatan ketiak, payudara, dan alat kelamin.

- c. Gangguan saraf tepi (perifer) seperti kesemutan.
- d. Rasa tebal pada kulit atau kebas sehingga terkadang penderita tidak memakai alas kaki.
- e. Keputihan pada wanita sehingga menyebabkan daya tahan menurun.
- f. Infeksi saluran kemih.
- g. Gangguan fungsi seksual seperti gangguan ereksi pada pria.
- h. Luka yang sukar untuk disembuhkan.
- i. Lemah dan cepat lelah.

### 2.1.5 Pathofisiologi

Pathogenesis Diabetes Melitus tipe II berbeda signifikan dari Diabetes Melitus Tipe I. Respon terbatas sel beta terhadap hiperglikemia tampak menjadi faktor mayor dalam perkembangannya. Sel beta terpapar secara kronis terhadap kadar glukosa darah tinggi menjadi secara progresif kurang efisien ketika merespon peningkatan glukosa lebih lanjut. Fenomena ini dinamai *desensitisasi*, dapat kembali menormalkan kadar glukosa. Rasio *priosulin* (prekursor insulin) terhadap insulin tersekresi juga meningkat.

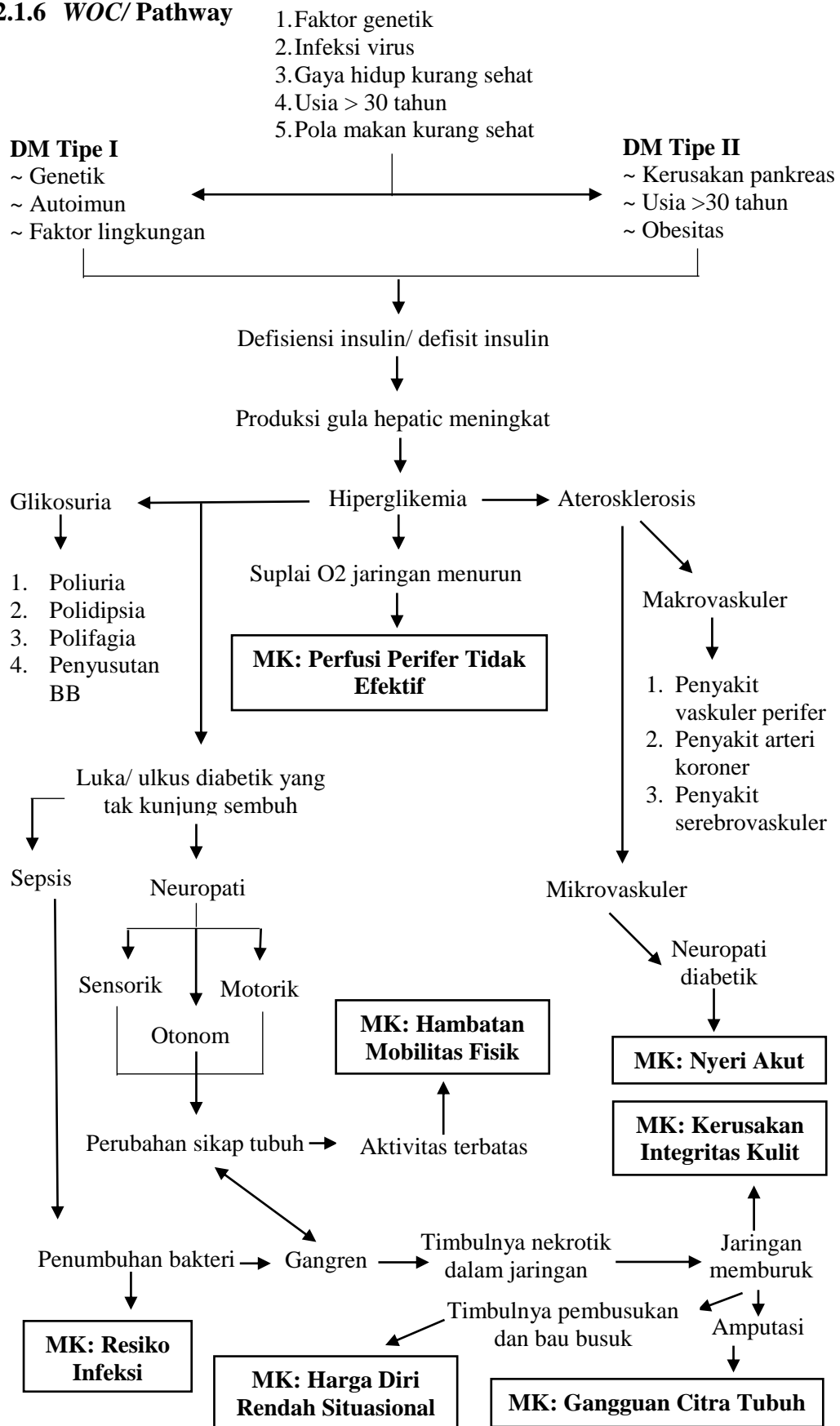
Diabetes Melitus Tipe II adalah suatu kondisi hiperglikemia puasa yang terjadi meski tersedia insulin endogen. Kadar insulin yang dihasilkan pada Diabetes Melitus Tipe II ini berbeda-beda dan meski ada, fungsinya dirusak oleh resistensi insulin di jaringan perifer. Hati memproduksi glukosa lebih dari normal, karbohidrat dalam makanan tidak dimetabolisme dengan baik, dan akhirnya pankreas mengeluarkan jumlah insulin yang kurang dari yang dibutuhkan.



Faktor utama perkembangan Diabetes Melitus Tipe II adalah resistensi seluler terhadap efek insulin. Resistensi ini ditingkatkan oleh kegemukan, tidak beraktivitas, penyakit, obat-obatan, dan penambahan usia. Pada kegemukan, insulin mengalami penurunan kemampuan untuk mempengaruhi absorpsi dan metabolisme glukosa oleh hati, otot rangka, dan jaringan adiposa. Hiperglikemia meningkat secara perlahan dan dapat berlangsung lama sebelum Diabetes Melitus terdiagnosis, sehingga kira-kira separuh diagnosis baru Diabetes Melitus Tipe II yang baru didiagnosis sudah mengalami komplikasi.

Proses pathofisiologi dalam Diabetes Melitus Tipe II adalah resistensi terhadap aktivitas insulin biologis, baik dari hati maupun jaringan perifer. Keadaan ini disebut sebagai resistansi insulin. Orang dengan Diabetes Melitus Tipe II memiliki penurunan sensitivitas insulin terhadap kadar glukosa, yang mengakibatkan produksi glukosa hepatic berlanjut, bahkan sampai dengan kadar glukosa darah tinggi. Hal ini bersamaan dengan ketidakmampuan otot dan jaringan lemak untuk meningkatkan ambilan glukosa. Mekanisme penyebab resistensi insulin perifer tidak jelas, namun ini tampak terjadi setelah insulin berkaitan terhadap reseptor pada permukaan sel (Maria, 2021).

**2.1.6 WOC/ Pathway**



Gambar 2.1 Pathway/ WOC

### 2.1.7 Komplikasi

Menurut (Nurkamila, 2022) komplikasi pada Diabetes Melitus yaitu sebagai berikut:

#### 1. Komplikasi Akut

##### a. Hipoglikemia

Hipoglikemia merupakan komplikasi akut dari Diabetes Melitus yang bisa terjadi berulang-ulang bahkan menyebabkan kematian. Resiko hipoglikemia terjadi akibat ketidaksempurnaan terapi pemberian insulin sehingga darah yang mengalir ke otak kekurangan glukosa.

Hipoglikemia dibagi menjadi 3 yaitu:

- 1) Hipoglikemia ringan: simptomatik, dapat diatasi sendiri, tidak ada gangguan aktifitas sehari-hari yang nyata.
- 2) Hipoglikemia sedang: simptomatik dapat diatasi sendiri, dan menimbulkan gangguan aktifitas sehari-hari yang nyata.
- 3) Hipoglikemia berat: sering tidak simptomatik, karena gangguan kognitif klien tidak mampu mengatasi sendiri.

##### b. Diabetik Ketoasidosis (DKA)

Diabetik ketoasidosis yaitu salah satu komplikasi akut dimana terjadi akibat keabsolutan pada kerja insulin dalam tubuh dan disebabkan karena kelebihan kadar glukosa dalam darah sedangkan kadar insulin dalam tubuh sangat menurun sehingga mengakibatkan kekacauan metabolik yang ditandai oleh trias hiperglikemia, asidosis, dan ketosis.

## 2. Komplikasi Kronik

### a. Komplikasi Makrovaskuler

#### 1) Penyakit Arteri Koroner

Penyakit arteri koroner disebabkan oleh kontrol glukosa darah yang buruk dalam waktu yang lama dan disertai dengan hipertensi, resistensi insulin, hiperinsulinemia, hiperlipidemia, dislipidemia, gangguan sistem koagulasi, dan hiperhomosisteinemia.

#### 2) Penyakit Serebrovaskuler

Pasien yang mengalami perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah serebral atau pembentukan emboli ditempat lain dalam sistem pembuluh darah sering terbawa aliran darah dan terkadang terjepit dalam pembuluh darah serebral. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan serangan iskemia sesaat (TIA: Transient Ischemic Attack), yang akan muncul gejala seperti pusing, vertigo, gangguan penglihatan, bicara pelo dan kelemahan.

#### 3) Penyakit Vaskuler Perifer

Pasien dengan Diabetes Melitus beresiko tinggi mengalami penyakit oklusif arteri perifer dibanding dengan pasien non-Diabetes Melitus. Dikarenakan pasien Diabetes Melitus cenderung mengalami perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstermitas bawah.

b. Komplikasi Mikrovaskuler

1) Kerusakan retina mata (Retinopati)

Kerusakan retina mata (Retinopati) adalah suatu mikroangiopati yang ditandai dengan kerusakan serta sumbatan pembuluh darah kecil.

2) Kerusakan ginjal (Nefropati diabetik)

Kerusakan ginjal pada pasien DM ditandai dengan albuminuria menetap ( $>300$  mg/24jam atau  $>200$  ih/menit) minimal 2 kali pemeriksaan dalam kurun waktu 3-6 bulan. Nefropati diabetik merupakan penyebab utama terjadinya gagal ginjal terminal.

3) Kerusakan syaraf (Neuropati diabetik)

Neuropati diabetik paling sering ditemukan pada pasien Diabetes Melitus karena Neuropati pada Diabetes Melitus mengacau pada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe saraf pusat seperti saraf perifer, otonom, dan spinal. Komplikasi neuropati perifer dan otonom menimbulkan permasalahan dikaki yaitu gangren kaki diabetik.

Komplikasi lain dapat terjadi pada DM diantaranya: (Arsa, 2020)

1. Luka yang tidak dapat sembuh

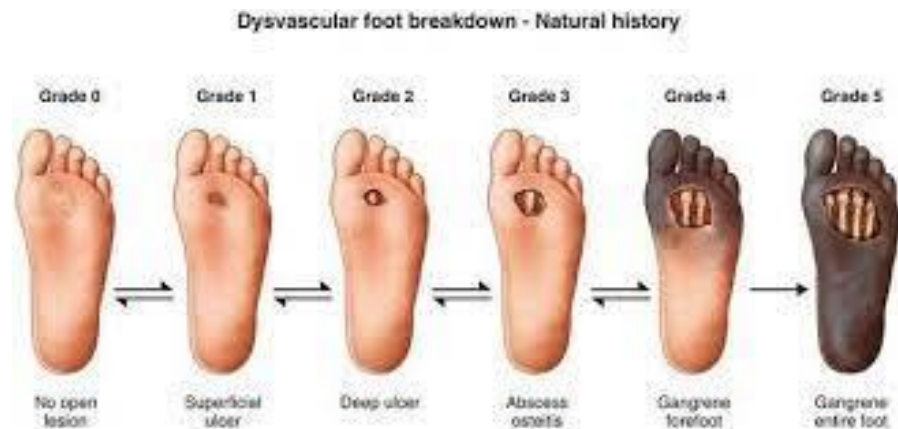
Bisa disebut dengan luka diabetik dimana ada 3 proses yang berbeda peran dalam luka kaki diabetik:

- a. Iskemia yang disebabkan oleh makroangiopati dan mikroangiopati.
- b. Neuropati : sensorik, motorik, dan otonom.

- c. Sepsis : jaringan yang mengandung glukosa tersaturasi menunjang pertumbuhan bakteri.

Grade ulkus diabetikum yaitu : (Arsa, 2020)

- 1) Grade 0 : tidak ada luka Grade
- 2) Grade I : merasakan hanya sampai pada permukaan kulit
- 3) Grade II : kerusakan kulit mencapai otot dan tulang
- 4) Grade III : terjadi abses
- 5) Grade IV : gangren pada kaki, bagian distal
- 6) Grade V : gangren pada seluruh kaki dan tungkai bawah distal.



Gambar 2.2 Tingkat Grade Ulkus Diabetikum (Hidayat et al., 2023)

## 2. Kematian

Jika kondisi diabetes pada penderita sudah parah dan menyebabkan komplikasi berbagai penyakit berat, maka akibat paling fatal dari Diabetes Mellitus adalah kematian.

### 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk menegaskan diagnosis Diabetes Mellitus yaitu sebagai berikut: (R. Oliver, 2021)

1. Pemeriksaan kadar glukosa plasma kasual:  $\geq 200$  mg/dl, pemeriksaan ini dilakukan ssewaktu-waktu tanpa mempertimbangkan waktu pada saat makan terakhir.
2. Pemeriksaan kadar glukosa plasma puasa:  $\geq 126$  mg/dl, pemeriksaan ini dilakukan pada saat pasien tidak mengonsumsi asupan kalori selama 8 jam.
3. Pemeriksaan kadar glukosa plasma 2 jam:  $\geq 200$  mg/dl selama pemeriksaan toleransi glukosa oral, pemeriksaan ini harus dilakukan dengan muatan glukosa yang setara dengan 75 gram glukosa.
4. Pemeriksaan hemoglobin terglikolisisasi (A1C).
5. Pemeriksaan keton dan glukosa pada urin.

Tabel 2.1 Patokan Kadar Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa (mg/dl)

			Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar Darah (mg/dl)	Glukosa Sewaktu	Plasma Vena Darah kapiler	< 100 < 90	100-199 99-199	$\geq 200$ $\geq 200$
Kadar Darah (mg/dl)	Glukosa Puasa	Plasma Vena Darah Kapiler	< 100 < 99	100-125 90-99	$\geq 126$ $\geq 100$

Sumber: (Allianz Indonesia, 2023)

### 2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut (R. Oliver, 2021) tujuan utama pada terapi pada Diabetes Melitus yaitu untuk mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia) tanpa terjadinya hipoglikemia dan upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik.

Berikut adalah penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan Diabtess Melitus:

## 1. Edukasi

Diabetes Mellitus Tipe II umumnya terjadi pada saat pola gaya hidup dan perilaku telah terbentuk dengan kokoh. Tenaga kesehatan harus mendampingi pasien dalam menuju perubahan perilaku. Edukasi yang dapat diberikan pada pasien dengan Diabetes Mellitus adalah memberikan pemahaman tentang penyakit Diabetes Mellitus, makna dan perlunya pengendalian dan pemantauan Diabetes Mellitus, penyulit Diabetes Mellitus, intervensi farmakologis dan non-farmakologis, serta perawatan pada kaki diabetes.

## 2. Diet

Tujuan rencana diet pada pasien Diabetes Mellitus Tipe II adalah memperbaiki kadar glukosa darah, memperbaiki kesehatan secara keseluruhan, mencegah atau menunda komplikasi dan mencapai atau mempertahankan berat badan dalam rentang normal.

Standar yang dianjurkan adalah makan dengan komposisi:

- a. Karbohidrat : 45 – 65%.
- b. Protein : 10 – 20%.
- c. Lemak : 20 – 25%.

Tabel 2.2 Sumber Makanan Yang Dapat Dikonsumsi Penderita Diabetes Melitus

Bahan Makanan	Dianjurkan	Dibatasi	Dihindari
Sumber Karbohidrat		Semua sumber karbohidrat dibatasi: nasi, bubur, roti, mie, kentang, singkong, ubi, sagu, gandum, pasta, jagung, talas, havermout, sereal, ketan, makaroni	
Sumber Hewani	Protein Ayam tanpa kulit, hewani ikan, telur rendah kolesterol	tinggi lemak jenuh (kornet, sosis, jeroan, kuning telur)	Keju, abon, dendeng, otak, susu full cream



	atau putih telur, daging tidak berlemak.
Sumber Nabati	Protein tempe, tahu, kacang hijau, kacang merah, kacang tanah, kacang kedelai
Sayuran	Sayur tinggi serat: bayam, buncis, daun kangkung, daun melinjo, labu siam, daun kacang, oyong, singkong, daun ketela, ketimun, tomat, labu jagung muda, kapri, kacang air, kembang kol, panjang, pare, wortel, daun lobak, sawi, selada, katuk seledri, terong
Buah-buahan	jeruk, apel, pepaya, nanas, anggur, mangga, Buah-buahan yang jambu air, salak, sirsak, pisang, alpukat, manis dan diawetkan: belimbing (sesuai sawo, semangka, nangka durian, nangka, alpukat, kurma, kebutuhan) masak manisan buah.
Minuman	Minuman yang mengandung alkohol, susu kental manis, soft drink, es krim, yoghurt, susu
Lain-lain	makanan yang digoreng dan Gula pasir, gula yang menggunakan santan merah, gula batu, kental, kecap, saus tiram madu Makanan/ minuman yang manis: cake, kuekue manis, dodol, tarcis, sirup, selai manis, coklat, permen, tape, mayonaise

Sumber: (KEMENKES, 2022)

### 3. Latihan

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan Diabetes karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor risiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan

meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin.

Panduan umum program olahraga pada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe II, yaitu:

- a. Mulai program olahraga dengan olahraga yang ringan dan peningkatan intensitas dan durasi dilakukan secara bertahap.
- b. Berolahraga minimal 150 menit seminggu dalam sesi pendek dan teratur.
- c. Masukkan latihan tahanan (penguatan otot) dan latihan aerobik dengan dampak rendah dalam program.

#### 4. Terapi farmakologis

Terapi farmakologis yang dapat diberikan pada pasien dengan Diabetes Mellitus diantaranya:

##### a. Obat antihiperqlikemia oral

Berdasarkan cara kerjanya, obat hipoglikemik oral/obat anti hiperqlikemia dapat dibagi menjadi 4 golongan, yaitu:

##### 1) Pemicu sekresi insulin

##### a) Golongan sulfonilurea

Yaitu obat yang memiliki efek untuk meningkatkan sekresi insulin oleh sel pankreas dalam tubuh.

##### b) Glinid

Glinid merupakan obat generasi baru yang cara kerjanya sama dengan sulfonilurea dengan meningkatkan sekresi insulin fase pertama.

## 2) Penambah sensitivitas terhadap insulin

### a) Biguanid

Biguanid tidak merangsang sekresi insulin dan terutama bekerja di hati dengan mengurangi *hepatic glucose output* dan menurunkan kadar glukosa darah sampai normal.

### b) Thiazolidion

Obat golongan ini memiliki efek untuk menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di jaringan perifer.

## 3) Penghambat alfa glukosidase/acarbose

Obat golongan ini merupakan obat yang efektif diberikan bagi pasien diet tinggi karbohidrat dan kadar glukosa plasma puasa kurang dari 180 mg/dl.

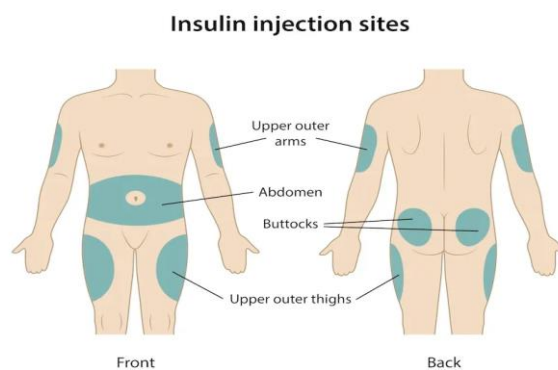
## 4) Golongan inkretik

Dalam obat golongan inkretik terdapat obat penghambat DPP IV yang merupakan obat golongan baru yang dapat meningkatkan sekresi insulin, mengurangi sekresi glukagon, dan memperlambat pengosongan lambung.

## b. Insulin

Insulin bukanlah penyembuh Diabetes Mellitus akan tetapi lebih pada cara untuk mengendalikan hiperglikemia. Insulin dibutuhkan pada keadaan:

- 1) Telah menggunakan satu atau dua obat antidiabetes.
- 2) Penurunan berat badan yang cepat.
- 3) Hiperglikemia berat yang disertai ketosis.
- 4) Krisis hiperglikemia.
- 5) Gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal.
- 6) Stres berat (misalnya infeksi sistemik, operasi besar, stroke).
- 7) Kehamilan dengan diabetes mellitus/diabetes mellitus gestasional yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan.
- 8) Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat.
- 9) Kontraindikasi dan atau alergi terhadap OHO.
- 10) Kondisi kondisi perioperatif sesuai dengan indikasi.



Gambar 2.3 Lokasi Penyuntikan Insulin (Muhammad, 2022)

## 2.2 Konsep Gangren Diabetik

### 2.2.1 Definisi

Gangren adalah jaringan mati yang disebabkan oleh penyumbatan pembuluh darah (iskemikne krosis) karena adanya mikroembolitero trombhosis akibat dari penyakit yang menyertai Diabetes Melitus itu sendiri, sehingga yang menyebabkan luka gangren yaitu karena keadaan

kerusakan jaringan yang disebabkan adanya hipoksia jaringan dimana oksigen dalam jaringan berkurang sehingga mempengaruhi aktivitas vaskuler dan seluler (Lellu, 2021).

Gangrene adalah kematian jaringan tubuh yang disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah atau adanya infeksi bakteri. Kondisi infeksi bakteri, cedera atau masalah kesehatan tertentu yang menjadi pemicu terjadinya Gangren. Pada umumnya, Gangren kerap terjadi pada bagian ujung tubuh seperti jari kaki atau tangan (Siloam, 2023b)

### **2.2.2 Klasifikasi**

Menurut (Siloam, 2023b) ada beberapa macam Gangren yaitu:

#### **1. Gangren Kering**

Gangren kering merupakan kematian jaringan yang ditandai dengan kulit kering, berkerut, serta berubah warna menjadi hitam atau cokelat keunguan. Gangren kering kerap dialami oleh penderita Diabetes atau aterosklerosis.

#### **2. Gangren Basah**

Gangren basah adalah kematian jaringan yang dipicu oleh infeksi bakteri sehingga menyebabkan kulit membengkak, melepuh, serta berair. Jenis Gangren ini bisa menyebar dengan mudah dan cepat sehingga perlu mendapatkan penanganan sesegera mungkin karena berisiko menyebabkan sepsis.

#### **3. Gangren Gas**

Gangren gas adalah jenis Gangren yang terjadi pada jaringan otot tubuh. Pada tahap awal, Gangren gas cenderung tidak menimbulkan

gejala tertentu. Saat kondisi sudah semakin memburuk, Gangren gas akan ditandai dengan kulit pucat, bengkak, dan berubah warna menjadi merah keunguan. Penyebab utama Gangren gas adalah infeksi bakteri *Clostridium perfringens* yang masuk ke dalam tubuh melalui luka terbuka. Bila tidak segera ditangani, bakteri *Clostridium perfringens* akan memproduksi racun yang mengeluarkan gas dan memicu kematian jaringan di dalam tubuh.

#### 4. Gangren Internal

Gangren internal adalah jenis Gangren yang menyerang satu atau lebih organ dalam tubuh, seperti usus halus, usus besar, atau kantong empedu. Hal ini dapat terjadi apabila aliran darah menuju organ tersebut terhambat. Jika tidak segera ditangani, Gangren internal berisiko mengancam nyawa.

#### 5. Gangren Fournier

Gangren Fournier adalah jenis Gangren yang terjadi pada organ intim. Kondisi ini dapat dialami oleh siapa saja, namun lebih sering terjadi pada pria.

#### 6. Gangren Meleney

Gangren meleney atau Gangren sinergis bakteri progresif merupakan komplikasi operasi yang tergolong langka. Kondisi ini ditandai dengan nyeri pada luka bekas operasi yang tidak kunjung menghilang selama 1 hingga 2 minggu pascaoperasi.

### 2.2.3 Etiologi

Menurut (Siloam, 2023b) ada tiga faktor utama yang menjadi pemicu penyakit Gangren yaitu:

1. Kekurangan aliran darah

Darah berfungsi untuk menyalurkan nutrisi dan oksigen yang dibutuhkan oleh tubuh. Apabila kekurangan aliran darah, kondisi tersebut dapat menyebabkan matinya sel-sel pada jaringan tubuh yang terdampak.

2. Infeksi

Infeksi bakteri yang tidak ditangani dengan segera juga dapat memicu penyakit Gangren.

3. Cedera serius

Luka terbuka pada tubuh, seperti luka bakar atau luka tembakan, dapat menjadi jalur masuknya bakteri yang menyebabkan Gangren.

Disamping itu, ada beberapa yang dapat menyebabkan seseorang beresiko terjadinya Gangren yaitu: (Siloam, 2023b)

- a. Mengidap Diabetes.
- b. Mengidap penyakit pembuluh darah, seperti aterosklerosis dan gangguan penggumpalan darah.
- c. Pernah menjalani prosedur operasi atau cedera yang menyebabkan trauma pada kulit.
- d. Mengidap obesitas, berat badan berlebih beresiko menekan arteri sehingga menyebabkan terganggunya aliran darah di dalam tubuh.
- e. Kebiasaan merokok.

- f. Menjalani perawatan medis yang dapat memengaruhi kekebalan tubuh, seperti kemoterapi, radioterapi, atau konsumsi obat immunosupresan.

#### **2.2.4 Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala umum pada Gangren adalah: (Siloam, 2023b)

1. Perubahan warna pada kulit, seperti pucat, biru, ungu, merah, atau hitam.
2. Membengkaknya bagian tubuh yang terdampak.
3. Kulit terasa dingin dan mati rasa saat disentuh.
4. Luka terasa nyeri dan mengeluarkan bau busuk.

Sementara itu, gangrene yang terjadi pada organ dalam tubuh dapat menimbulkan gejala seperti berikut: (Siloam, 2023b)

1. Demam
2. Lemas
3. Pusing dan sakit kepala
4. Penurunan kesadaran
5. Sesak napas
6. Tekanan darah rendah (hipotensi)

#### **2.2.5 Penatalaksanaan**

Beberapa upaya untuk menangani Gangren diantaranya: (Siloam, 2023b)

1. Pemberian Obat-Obatan

Dokter akan meresepkan obat antibiotik apabila Gangren disebabkan oleh infeksi bakteri. Selain itu, dokter juga akan memberikan obat



penurun demam atau pereda nyeri untuk meredakan gejala yang dialami oleh pasien.

## 2. Prosedur Operasi

Prosedur ini dilakukan untuk menangani Gangren, namun ada beberapa ragam menyesuaikan dengan jenis dan tingkat keparahannya seperti:

- a. Debridement adalah salah satu cara mengatasi Gangren kering dengan mengangkat jaringan yang telah mati dan terinfeksi. Selain itu, prosedur ini juga dilakukan untuk memperbaiki pembuluh darah yang terhambat.
- b. Pencangkokan kulit, yaitu dengan menanamkan kulit sehat pada bagian kulit yang terserang Gangren. Prosedur ini akan dilakukan apabila aliran darah pada bagian yang mengalami Gangren telah kembali lancar.
- c. Amputasi, jika kematian jaringan sudah parah, dokter akan memotong bagian tubuh yang terdampak untuk mencegah penyebaran Gangren pada bagian tubuh lainnya.

## 3. Terapi Oksigen Hiperbarik

Terapi oksigen hiperbarik merupakan tindakan medis dengan meningkatkan kadar oksigen di dalam darah. Tindakan ini biasanya dilakukan untuk menangani Gangren basah.

## 4. Pencegahan Gangren

Pada dasarnya, Gangren dapat dicegah dengan menjaga kebersihan diri serta mengobati penyakit yang diderita. Adapun sejumlah cara mencegah Gangren adalah:

- a. Penderita Diabetes dianjurkan untuk mengontrol kadar gula darah dan melakukan perawatan secara rutin.
- b. Menjaga berat badan ideal.
- c. Berhenti merokok.
- d. Membersihkan luka dengan air mengalir dan sabun.

## **2.3 Konsep Luka dan Penyembuhan Luka**

### **2.3.1 Definisi**

Luka adalah suatu keadaan dimana jaringan terputus karena adanya cedera atau pembedahan. Adapun klasifikasi berdasarkan struktur anatomis, sifat, proses penyembuhan dan juga lama penyembuhan. Berdasarkan sifatnya yaitu abrasi, kontusio, insisi, laserasi, terbuka, penetrasi, *puncture*, sepsis dan lain-lain (Suharto, 2021).

### **2.3.2 Klasifikasi**

Klasifikasi luka berdasarkan struktur lapisan kulit, meliputi: (Suharto, 2021)

1. Superfisial yang melibatkan lapisan epidermis.
2. *Partial Thickness* yang melibatkan lapisan epidermis dan dermis.
3. *Full Thickness* yang melibatkan epidermis, dermis, lapisan lemak bahkan ke tulang.

Adapun klasifikasi dalam penyembuhan luka yaitu: (Suharto, 2021)

1. Penyembuhan Primer (*healing by primary intention*)

Yaitu keadaan luka yang bisa menyatu kembali, permukaan yang bersih dan tidak ada jaringan yang hilang, hal ini terjadi setelah suatu insisi berlangsung dari internal ke eksternal.

## 2. Penyembuhan Sekunder

Yaitu sebagian jaringan yang hilang, proses penyembuhan berlangsung mulai dari pembentukan jaringan baru (granulasi) dari dasar luka dan sekitarnya.

## 3. *Delayed Primary Healing (tertiary healing)*

Yaitu penyembuhan luka yang berlangsung lambat, seringnya disertai dengan infeksi sehingga diperlukannya penutupan luka secara manual.

Berdasarkan lama penyembuhan bisa dibedakan menjadi akut dan kronis.

Luka dikatakan akut jika penyembuhan terjadi dalam 2-3 minggu.

Sedangkan luka kronis adalah segala jenis luka yang tidak ada tanda-tanda sembuh dalam jangka lebih dari 4-6 minggu.

### **2.3.3 Etiologi**

Faktor yang mempengaruhi proses terjadinya penyembuhan luka yaitu: (Suharto, 2021)

1. Status imunologi atau kekebalan tubuh
2. Kadar gula darah
3. Rehidrasi dan pencucian luka
4. Nutrisi
5. Kadar albumin

Adapun fase penyembuhan luka diantaranya: (Mhikael, 2021; Suharto, 2021)

#### 1. Fase Hemostatis

Fase ini adalah fase pembekuan darah setelah mengalami cedera ataupun pembedahan.

## 2. Fase Inflamasi

Inflamasi atau peradangan adalah tahap kedua dari proses penyembuhan luka dan dimulai tepat setelah cedera ketika pembuluh darah yang terluka bocor transudat (terbuat dari air, garam, dan protein) sehingga menyebabkan pembengkakan lokal.

## 3. Fase Proliferasi atau Epitelisasi

Fase ini adalah fase dimana keadaan luka yang membentuk jaringan baru atau granulasi yang terdiri dari kolagen dan matriks ekstraseluler.

## 4. Fase Pematangan atau Remodeling

Fase ini adalah fase dimana penyembuhan luka ditahap akhir dimana bekas-bekas luka sudah tertutup dengan lapisan kulit baru.

### **2.4 Konsep *Wound Dressing Modern***

#### **2.4.1 Definisi *Wound Dressing Modern***

Metode perawatan luka *Wound Dressing Modern* ini adalah perawatan luka yang menggunakan prinsip *Moisture Balance* dimana prinsip ini menitikberatkan pada kelembapan pada luka. Perawatan luka ini juga memperhatikan tiga tahap, yakni mencuci luka, membuang jaringan mati, dan memilih balutan. Prinsip yang digunakan adalah kelembapan dimana menggunakan bahan seperti *Hydrogel*. *Hydrogel* ini berfungsi menciptakan lingkungan luka tetap lembab, melunakkan serta menghancurkan jaringan nekrotik tanpa merusak jaringan sehat, yang kemudian terserap ke dalam struktur gel dan terbuang bersama pembalut (debridemen autolitik alami) (Suharto, 2021).

### 2.4.2 Tujuan *Wound Dressing Modern*

Teori yang mendasari perawatan luka dengan suasana lembab ini bertujuan untuk: (Suharto, 2021)

1. Mempercepat Fibrinolisis

Fibrin yang terbentuk pada luka kronis dapat dihilangkan lebih cepat oleh neutrofil dan sel endotel dalam suasana lembab.

2. Mempercepat Angiogenesis

Keadaan hipoksia pada perawatan luka tertutup akan merangsang pembentukan pembuluh darah lebih cepat.

3. Menurunkan risiko infeksi

Kejadian infeksi ternyata relatif lebih rendah jika dibandingkan dengan perawatan kering.

4. Mempercepat pembentukan *Growth Factor*

*Growth Factor* berperan pada proses penyembuhan luka untuk membentuk stratum korneum dan angiogenesis.

5. Mempercepat pembentukan sel aktif.

### 2.4.3 Bahan-Bahan *Wound Dressing Modern*

1. *Hidrogel*

Dapat membantu proses peluruhan jaringan nekrotik oleh tubuh sendiri. Berbahan dasar gliserin / air yang dapat memberikan kelembapan; digunakan sebagai *dressing* primer dan memerlukan balutan sekunder (*pad* / kasa dan *transparent film*). Topikal ini tepat digunakan untuk luka nekrotik / berwarna hitam / kuning dengan eksudat minimal atau tidak ada.

## 2. *Film Dressing*

Jenis balutan ini lebih sering digunakan sebagai *secondary dressing* dan untuk luka-luka superfisial dan non-eksudatif atau untuk luka post-operasi. Terbuat dari *polyurethane film* yang disertai perekat adhesif; tidak menyerap eksudat. Indikasi : luka dengan epitelisasi, *low exudate*, luka insisi. Kontraindikasi : luka terinfeksi, eksudat banyak.

## 3. *Hydrocolloid*

Balutan ini berfungsi mempertahankan luka dalam suasana lembap, melindungi luka dari trauma dan menghindarkan luka dari risiko infeksi, mampu menyerap eksudat tetapi minimal; sebagai *dressing* primer atau sekunder, *support autolysis* untuk mengangkat jaringan nekrotik atau *slough*. Terbuat dari pektin, gelatin, *carboxy-methylcellulose*, dan elastomers. Indikasi : luka berwarna kemerahan dengan epitelisasi, eksudat minimal. Kontraindikasi : luka terinfeksi atau luka grade III-IV.

## 4. *Calcium Alginate*

Digunakan untuk *dressing* primer dan masih memerlukan balutan sekunder. Membentuk gel di atas permukaan luka; berfungsi menyerap cairan luka yang berlebihan dan menstimulasi proses pembekuan darah. Terbuat dari rumput laut yang berubah menjadi gel jika bercampur dengan cairan luka. Indikasi : luka dengan eksudat sedang sampai berat. Kontraindikasi : luka dengan jaringan nekrotik

dan kering. Tersedia dalam bentuk lembaran dan pita, mudah diangkat dan dibersihkan.

5. *Foam / Absorbant Dressing*

Balutan ini berfungsi untuk menyerap cairan luka yang jumlahnya sangat banyak (*absorbant dressing*), sebagai *dressing* primer atau sekunder. Terbuat dari *polyurethane; non-adherent wound contact layer, highly absorptive*. Indikasi : eksudat sedang sampai berat. Kontraindikasi : luka dengan eksudat minimal, jaringan nekrotik hitam.

6. *Dressing Antimikrobial*

Balutan mengandung silver 1,2% dan *hydrofiber* dengan spektrum luas termasuk bakteri MRSA (*Methicillin-Resistant Staphy-lococcus Aureus*). Balutan ini digunakan untuk luka kronis dan akut yang terinfeksi atau berisiko infeksi. Balutan antimikrobial tidak disarankan digunakan dalam jangka waktu lama dan tidak direkomendasikan bersama cairan NaCl 0,9%.

7. *Antimikrobial Hydrophobic*

Terbuat dari *diakylcarbamoil chloride, non-absorben, non-adhesif*. Digunakan untuk luka bereksudat sedang – banyak, luka terinfeksi, dan memerlukan balutan sekunder.

8. *Medical Collagen Sponge*

Terbuat dari bahan *collagen* dan *sponge*. Digunakan untuk merangsang percepatan pertumbuhan jaringan luka dengan eksudat minimal dan memerlukan balutan sekunder (Suharto, 2021).

## 2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.5.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut (Nurkamila, 2022) pengkajian yang harus dilakukan pada pasien Diabetes Melitus meliputi:

#### 1. Identitas

Usia (Diabetes Melitus Tipe I usis <30 tahun, Diabetes Melitus Tipe II usia >30 tahun, cenderung meningkat pada usia >65 tahun). Jenis kelamin sebagian besar dijumpai pada perempuan dibanding laki-laki karena faktor resiko terjadi diabetes melitus pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki 2-3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan.

#### 2. Keluhan Utama

Adanya rasa kesemutan pada kaki atau tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka.

#### 3. Riwayat Penyakit Sekarang

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

Diobservasi P (provokatif) apa penyebab timbulnya rasa nyeri

Q (qualitas) seberapa berat keluhan nyeri terasa

R (region) dimana lokasi nyerinya

S (skala) berapa skala nyeri termasuk nyeri ringan atau sedang atau berat

T (time) kapan keluhan nyeri dirasakan.



#### 4. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

#### 5. Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu ditanyakan apakah didalam satu keluarga pernah ada yang menderita penyakit Diabetes Melitus. Penyakit Diabetes Melitus jika keturunan dari ibu sebanyak 50% dari ayah 30%, sedangkan keturunan penyakit Diabetes Melitus dari kedua orangtua maka sang anak akan mengidap penyakit Diabetes Melitus sebanyak 80%.

#### 6. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

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

## 7. Status Cairan dan Nutrisi

Perlu ditanyakan saat dirumah apakah mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah. Diobservasi berat badan sebelum masuk rumah sakit dan saat masuk rumah sakit apakah mengalami penurunan, kulit kering atau bersisik, turgor kulit jelek, dan apakah terjadi distensi abdomen.

## 8. Data Psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan, dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakitnya.

## 9. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik head to toe yang dilakukan pada pasien dengan Diabetes Melitus yaitu:(J. Oliver, 2019)

### a. Kulit dan rambut

#### 1) Inspeksi

Kulit : pucat, tidak ada lesi, turgor kulit menurun, edema.

Jumlah dan warna rambut: tidak rontok, hitam

Kebersihan rambut : bersih

#### 2) Palpasi : Akral teraba dingin.

### b. Kepala

1) Inspeksi: Bentuk simetris antara kanan dan kiri bentuk kepala lonjong tidak ada lesi.

2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

## c. Mata

1) Inspeksi: Bentuk bola mata lonjong, sklera ikhterik.

## d. Telinga

1) Inspeksi: Ukuran sedang, simetris antara kanan dan kiri, tidak ada serumen pada lubang telinga, tidak ada benjolan.

## e. Hidung

1) Inspeksi: Simetris, tidak ada sekret, tidak ada lesi.

2) Palpasi: Tidak ada benjolan.

## f. Mulut

1) Inspeksi : Bentuk mulut simetris, lidah bersih, gigi bersih, mukosa lembab.

## 2) Leher

1) Inspeksi: Bentuk leher simetris, tidak terdapat benjolan di leher.

2) Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

## 3) Paru

1) Inspeksi: simetris antara kanan dan kiri

2) Palpasi: getaran lokal femitus sama antara kanan dan kiri

3) Auskultasi: normal

4) Perkusi: resonan

## 4) Abdomen

1) Inspeksi: perut datar simetris antara kanan dan kiri

2) Palpasi: tidak ada nyeri

3) Perkusi: resonan

## 5) Ekstremitas

### Ekstremitas atas

- 1) Inspeksi : tangan kanan dan kiri normal.

### Ekstremitas bawah

- 1) Inspeksi: terdapat luka dikaki.
- 2) Palpasi: Terdapat nyeri pada luka.

## 10. Aktivitas dan istirahat

Lelah, kelemahan, sulit bergerak/berjalan, kram otot, penurunan kekuatan otot dan tonus otot.

## 11. Sirkulasi

Adanya riwayat AMI, klaudikasi, hipertensi, kebas, kesemutan, ulkus kaki dan penyembuhan lama. Selain itu menunjukkan gejala takikardi, perubahan TD postural, penurunan atau absen nadi, disritmia JVP, kulit yang kering, hangat dan mata cekung.

## 12. Integritas ego

Stress dan ansietas juga mempengaruhi proses penyembuhan pasien.

## 13. Eliminasi

Perubahan pola berkemih, polyuria, nocturia, nyeri dan panas serta kesulitan mengosongkan kandung kemih, infeksi kandung kemih, diare, perut lunak kembung, urin berwarna kuning pekat, polyuria menjadi oliguria dan anuri jika terjadi hypovolemia, urin berbau keruh (infeksi), perut kerat dan berdistensi, bising usus bekurang atau meningkat.

#### 14. Makan/ Minum

Pasien Diabetes Melitus dapat melaporkan gejala penurunan nafsu makan, mual muntah, anoreksia, penurunan berat badan, haus dan penggunaan deuretik.

#### 15. Neurosensory

Gejala yang dirasakan dapat berupa pusing, sakit kepala, kesemutan, kebas kelemahan pada otot, parastesia, dan gangguan penglihatan.

#### 16. Nyeri/ kenyamanan

Pasien Diabetes Melitus dapat merasakan nyeri pada perut dan kembung. Tanda yang muncul yaitu ekspresi muka menyeringai saat palpasi abdomen dan sikap melindungi.

#### 17. Pernafasan

Pernafasan dapat menunjukkan nafas cepat (DKA), batuk dengan atau tanpa sputum prulen (terganggunya adanya infeksi/tidak).

#### 18. Keamanan

Pada pasien Diabetes Melitus biasanya mengeluh gatal, kulit kering dan ulkus pada kulit yang susah sembuh dan berbau.

### **2.5.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) diagnosa yang ditegakkan pada Diabetes Melitus antara lain:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
2. Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit.
3. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Hiperglikemia.

4. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.
5. Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan struktur tubuh.
6. Harga Diri Rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.
7. Risiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

### 2.5.3 Intervensi Keperawatan

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP, 2022) perencanaan pada penderita Diabetes Melitus adalah:

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI																																																																				
1.	<p>Nyeri Akut (D. 0077)</p> <p>Deinisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 detik.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2. Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar,</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Nyeri Akut dapat teratasi.</p> <p>Label SLKI: (L. 08066) Tingkat nyeri Kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">Ekspetasi: menurun</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meriangis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Sikap protektif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kesulitan tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Ketegangan otot</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">Ekspetasi: membaik</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: menurun							1.	Keluhan nyeri					5	2.	Meriangis					5	3.	Sikap protektif				4		4.	Gelisah					5	5.	Kesulitan tidur					5	6.	Ketegangan otot				4		Ekspetasi: membaik							<p>Label SIKI: (I. 08238) Manajemen Nyeri</p> <p>Aktivitas keperawatan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi repon nyeri non verbal</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, hipnosis, terapi musik, terapi pijat, terapi bermain)</li> </ol>
No	Kriteria Hasil	Indeks																																																																					
		1	2	3	4	5																																																																	
Ekspetasi: menurun																																																																							
1.	Keluhan nyeri					5																																																																	
2.	Meriangis					5																																																																	
3.	Sikap protektif				4																																																																		
4.	Gelisah					5																																																																	
5.	Kesulitan tidur					5																																																																	
6.	Ketegangan otot				4																																																																		
Ekspetasi: membaik																																																																							

<p>terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p> <p>Gejala dan tanda mayor dan minor: Subyektif: mengeluh nyeri Obyektif: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p> <p>Obyektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis</p> <p>Kondisi terkait: 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. glaukoma</p>	7.	Frekuensi nadi					5	<p>2. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu</p>
	8.	Pola nafas					5	
	9.	Tekanan darah					5	
	10.	Nafsu makan					5	
	11.	Pola tidur					5	
2.	Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan (D. 0129)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan	dilakukan	keperawatan				Label SIKI: (I. 14564) Perawatan Luka
Definisi:								

<p>Kerusakan kulit (dermis/ epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligamen).</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan sirkulasi</li> <li>2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)</li> <li>3. Kekurangan / kelebihan volume cairan</li> <li>4. Penurunan mobilitas</li> <li>5. Bahan kimia iritatif</li> <li>6. Suhu lingkungan yang ekstrem</li> <li>7. Faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) / faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)</li> <li>8. Efek samping terapi radiasi</li> <li>9. Kelembapan</li> <li>10. Proses penuaan</li> <li>11. Neuropati perifer</li> <li>12. Perubahan pigmentasi</li> <li>13. Perubahan hormonal</li> <li>14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas kulit.</li> </ol> <p>Gejala dan tanda mayor dan minor:</p> <p>Subyektif: -</p> <p>Obyektif:</p>	<p>Integritas Kulit/ Jaringan dapat teratasi.</p> <p>Label SLKI: (L. 14125)</p> <p>Itegritas kulit dan jaringan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Ekspetasi: meningkat</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Hidrasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perfusi jaringan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Ekspetasi: menurun</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kerusakan jaringan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kerusakan kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Pendarahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Kemarahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>Hemato ma</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>Nekrosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td>Pigmentasi abnormal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>11.</td> <td>Abrasi kornea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Ekspetasi: membaik</td> </tr> <tr> <td>12.</td> <td>Suhu kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>13.</td> <td>Sensasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: meningkat						1.	Hidrasi					5	2.	Perfusi jaringan					5	Ekspetasi: menurun						3.	Kerusakan jaringan					5	4.	Kerusakan kulit					5	5.	Nyeri					5	6.	Pendarahan					5	7.	Kemarahan					5	8.	Hemato ma					5	9.	Nekrosis					5	10.	Pigmentasi abnormal					5	11.	Abrasi kornea					5	Ekspetasi: membaik						12.	Suhu kulit					5	13.	Sensasi					5	<p>Aktivitas keperawatan:</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>5. Berikan salep yang sesuai kekulit/ lesi</li> <li>6. Pasang balutan sesuai luka</li> <li>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/ kg BB/ hari dan protein 1,25-1,5 g/kg/BB/ hari</li> <li>11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, C, Zinc, asam amino)</li> </ol>
No	Kriteria Hasil			Indeks																																																																																																																							
		1	2	3	4	5																																																																																																																					
Ekspetasi: meningkat																																																																																																																											
1.	Hidrasi					5																																																																																																																					
2.	Perfusi jaringan					5																																																																																																																					
Ekspetasi: menurun																																																																																																																											
3.	Kerusakan jaringan					5																																																																																																																					
4.	Kerusakan kulit					5																																																																																																																					
5.	Nyeri					5																																																																																																																					
6.	Pendarahan					5																																																																																																																					
7.	Kemarahan					5																																																																																																																					
8.	Hemato ma					5																																																																																																																					
9.	Nekrosis					5																																																																																																																					
10.	Pigmentasi abnormal					5																																																																																																																					
11.	Abrasi kornea					5																																																																																																																					
Ekspetasi: membaik																																																																																																																											
12.	Suhu kulit					5																																																																																																																					
13.	Sensasi					5																																																																																																																					



1. Kerusakan jaringan atau lapisan kulit 2. Nyeri 3. Pendarahan 4. Kemerahan 5. Hematoma  Kondisi klinis terkait: 1. Imobilisasi 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal ginjal 4. Diabetes melitus 5. Imunodefisiensi (mis, AIDS)	14.	Tekstur						5	Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri  Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
	15.	Pertumbuhan rambut						5	
	16.	Jaringan parut						5	
Label SLKI: (L. 07056) Penyembuhan Luka Kriteria hasil:									
No		Kriteria Hasil	Indeks					5	
			1	2	3	4	5		
Ekspetasi: meningkat									
1.	Penyatan kulit							5	
2.	Penyatan teoluka							5	
3.	Jaringan granulasi							5	
4.	Pembentukan jaringanparut							5	
Ekspetasi: menurun									
5.	Edemapada sisi luka							5	
6.	Perdangan luka							5	
7.	Nyeri							5	
8.	Bau tidak sedap							5	

		pada luka							
	9.	nekrrosis							5
	10.	Infeksi							5

<p>3. Perfusi Perifer Tidak Efektif (D. 0009)</p> <p>Definisi: Penurunan sirkulasi darah paa level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hiperglikemia</li> <li>2. Penurunan konsentrasi hemoglobin</li> <li>3. Peningkatan tekanan darah</li> <li>4. Kekurangan volume cairan</li> <li>5. Penurunan aliran arteri atau vena</li> <li>6. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis, merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)</li> <li>7. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis, diabetes melitus, hiperlipdemia)</li> </ol> <p>Gejala dan tanda mayor dan minor: Subyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parastesia</li> <li>2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)</li> </ol> <p>Obyektif:</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Perfusi Perifer Tidak Efektif dapat teratasi.</p> <p>Label SLKI: (L. 02011) Perfusi Perifer</p> <p>Kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">Ekspetasi: meningkat</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Kekurangan nadi perifer</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Penyembuhan luka</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">Ekspetasi: menurun</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Warna kulit pucat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Edema perifer</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Nyeri ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Kelemahan otot</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Kram otot</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>Nekrosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: meningkat							1.	Kekurangan nadi perifer					5	2.	Penyembuhan luka					5	Ekspetasi: menurun							3.	Warna kulit pucat					5	4.	Edema perifer					5	5.	Nyeri ekstremitas					5	6.	Kelemahan otot					5	7.	Kram otot					5	8.	Nekrosis					5	<p>Label SIKI: (I.02079) Perawatan Sirkulasi</p> <p>Aktivitas keperawatan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle brachial index</i>)</li> <li>2. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>3. Hindari pemasangan tourniquet di area yang cedera</li> <li>4. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>5. Lakukan perawatan kuku dan kaki</li> <li>6. Lakukan hidrasi</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berhenti merokok</li> </ol>
	No			Kriteria Hasil	Indeks																																																																															
		1	2		3	4	5																																																																													
	Ekspetasi: meningkat																																																																																			
	1.	Kekurangan nadi perifer					5																																																																													
	2.	Penyembuhan luka					5																																																																													
	Ekspetasi: menurun																																																																																			
	3.	Warna kulit pucat					5																																																																													
	4.	Edema perifer					5																																																																													
	5.	Nyeri ekstremitas					5																																																																													
6.	Kelemahan otot					5																																																																														
7.	Kram otot					5																																																																														
8.	Nekrosis					5																																																																														

1. Pengisian kapiler >3 detik	Ekspetasi: membaik					5	2. Anjurkan berolahraga rutin
	12.	Akr al					
2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba	Ekspetasi: membaik					5	
	13.	Turg or kulit					
3. Akral teraba dingin							
4. Warna kulit coklat							
5. Turgor kulit menurun							
6. Edema							
7. Penyembuhan luka lambat							
8. Indeks ankle-brakial <0,90							
9. Bruit femoral							

## Kondisi klinis terkait:

1. Tromboflebitis
2. Diabetes melitus
3. Anemia
4. Gagal jantung kongestif
5. Kelainan jantung kongenital
6. Trombosis arteri
7. Varises
8. Trombosis vena dalam
9. Sindrom kompartemen

4. Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Mobilitas Fisik dapat teratasi.	Label SIKI: (I.06171)																										
	Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.	Dukungan Ambulasi																										
Penyebab: 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik	Label SLKI: (L. 05042)	Aktivitas keperawatan: Observasi:																										
	Kriteria hasil:	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7">Ekspetasi: meningkat</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Pergeran ekstremitas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: meningkat							1.	Pergeran ekstremitas					5	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
No	Kriteria Hasil			Indeks																								
		1	2	3	4	5																						
Ekspetasi: meningkat																												
1.	Pergeran ekstremitas					5																						
		3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah																										

4. Penurunan kendali otot	2.	Kekuatan otot					5	sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama ambulasi Terapeutik: 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 2. Anjurkan melakukan ambulasi dini 3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)
5. Penurunan massa otot								
6. Penurunan kekuatan otot	3.	Rentang gerak sendi (ROM)					5	
7. Keterlambatan perkembangan								
8. Kekakuan sendi								
9. Kontraktur								
10. Malnutrisi								
11. Gangguan muskuloskeletal	Ekspetasi: menurun							
12. Gangguan neuromuskular	4.	Nyeri					5	
13. Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia	5.	Cemas					5	
14. Efek agen farmakologis	6.	Kaku sendi					5	
15. Program pembatasan gerak	7.	Gerakan terbatas					5	
16. Nyeri	8.	Kelemahan fisik					5	
17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik								
18. Kecemasan								
19. Gangguan kognitif								
20. Keengganan melakukan pergerakan								
21. Gangguan sensori persepsi								

Tanda dan gejala mayor dan minor:

Subyektif:

1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
2. Nyeri saat bergerak
3. Enggan melakukan pergerakan
4. Merasa cemas saat bergerak

## Obyektif:

1. Kekuatan otot menurun
2. Rentang gerak ROM menurun
3. Sendi kaku
4. Gerakan tidak terkoordinasi
5. Gerakan terbatas
6. Fisik lemah

## Konsisi klinis terkait:

1. Stroke
2. Cedera medula spinalis
3. Trauma
4. Fraktur
5. Osteoarthritis
6. Osteomalasia
7. Keganasan

<p>5. Gangguan Citra Tubuh (D. 0083)</p> <p>Definisi: Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan struktur bentuk tubuh (mis, amputasi, trauma, luka bakar, obesitas dan jerawat)</li> <li>2. Perubahan fungsi tubuh (mis, proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan)</li> <li>3. Perubahan fungsi kognitif</li> <li>4. Ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Citra Tubuh dapat teratasi.</p> <p>Label SLKI: (L. 09067) Citra tubuh</p> <p>Kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">Ekspetasi: menurun</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Verbalisasi kekh</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: menurun						1.	Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh					5	2.	Verbalisasi kekh					5	<p>Label SIKI: (I.09305) Promosi Citra Tubuh</p> <p>Aktifitas keperawatan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan</li> <li>2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh</li> <li>3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</li> <li>2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri</li> </ol>
No	Kriteria Hasil			Indeks																														
		1	2	3	4	5																												
Ekspetasi: menurun																																		
1.	Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh					5																												
2.	Verbalisasi kekh					5																												



6. Hubungan sosial berubah

Kondisi klinis terkait:

1. Mastektomi
2. Amputasi
3. Jerawat
4. Parut/ luka bakar yang terlihat
5. Obesitas
6. Hiperpigmentasi pada kehamilan
7. Gangguan psikiatrik
8. Program terapi neoplasma
9. *Alopecia chemically induced*

<p>6. Harga Diri Rendah Situasional (D. 0087)</p> <p>Definisi: Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien sebagai respon terhadap situasi saat ini.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan pada citra tubuh</li> <li>2. Perubahan peran sosial</li> <li>3. Ketidakadekuatan pemahaman</li> <li>4. Perilaku tidak konsisten dengan nilai</li> <li>5. Kegagalan hidup berulang</li> <li>6. Riwayat kehilangan</li> <li>7. Riwayat penolakan</li> <li>8. Transisi perkembangan</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Harga Diri Rendah Situasional dapat teratasi.</p> <p>Label SLKI: (L. 09069) Harga diri</p> <p>Kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">Ekspektasi: meningkat</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Penilaian diri positif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gairah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspektasi: meningkat							1.	Penilaian diri positif					5	2.	Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri					5	3.	Gairah					5	<p>Label SIKI: (I.12463) Manajemen Perilaku</p> <p>Aktivitas keperawatan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku</li> <li>2. Jadwalkan kegiatan terstruktur</li> <li>3. Ciptakan dan pertahankan lingkungan dan perawatan konsisten setiap dinas</li> <li>4. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai kemampuan</li> <li>5. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>6. Bicara dengan nada rendah dan</li> </ol>
No	Kriteria Hasil			Indeks																																						
		1	2	3	4	5																																				
Ekspektasi: meningkat																																										
1.	Penilaian diri positif					5																																				
2.	Penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri					5																																				
3.	Gairah					5																																				





8. Pengalaman tidak menyenangkan																																																																										
7. Risiko Infeksi (D. 0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Risiko Infeksi dapat teratasi. Label SLKI: (L. 14137) Tingkat infeksi Kriteria hasil:	Label SIKI: (I.14539) Pencegahan Infeksi						Aktivitas keperawatan: Observasi:																																																																		
Definisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.			1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik						Terapeutik:																																																																	
Faktor resiko:	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7" style="text-align:center">Ekspetasi: menurun</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Demam</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Benjolan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Cairan berbau busuk</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Sputum berwarna hijau</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No		Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: menurun							1.	Demam					5	2.	Kemerahan					5	3.	Nyeri					5	4.	Benjolan					5	5.	Cairan berbau busuk					5	6.	Sputum berwarna hijau					5	1. Batasi jumlah pengunjung						2. Berikan perawatan kulit pada area edema				
No	Kriteria Hasil		Indeks																																																																							
		1	2	3	4	5																																																																				
Ekspetasi: menurun																																																																										
1.	Demam					5																																																																				
2.	Kemerahan					5																																																																				
3.	Nyeri					5																																																																				
4.	Benjolan					5																																																																				
5.	Cairan berbau busuk					5																																																																				
6.	Sputum berwarna hijau					5																																																																				
1. Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)	1.	3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien						4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi																																																																		
2. Efek prosedur invasif	2.		Edukasi:						1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi																																																																	
3. Malnutrisi	3.	2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar								3. Ajarkan etika batuk																																																																
4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan	4.		4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi						5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi																																																																	
5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer	5.	6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan								Kolaborasi:																																																																
b) Gangguan peristaltik	6.		1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu																																																																							
c) Kerusakan integritas kulit																																																																										
d) Perubahan sekresi Ph																																																																										
e) Penurunan kerja siliaris																																																																										
f) Ketuban pecah lama																																																																										
g) Ketuban pecah sebelum waktunya																																																																										
h) Merokok																																																																										
i) Statis cairan tubuh																																																																										
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder																																																																										
a) Penurunan hemoglobin																																																																										

- 
- b) Imunosupresi
  - c) Leukopenia
  - d) Supresi respon inflamasi
  - e) Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi klinis terkait:

1. AIDS
  2. Luka bakar
  3. Penyakit paru obstruktif kronis
  4. Diabetes melitus
  5. Tindakan invasif
  6. Kondisi penggunaan terapi steroid
  7. Penyalahgunaan obat
  8. Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)
  9. Kanker
  10. Gagal ginjal
  11. Imunosupresi
  12. *Lhyphedema*
  13. Leukositopenia
  14. Gangguan fungsi hati
- 

#### 2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah suatu tindakan yang dilakukan atau penerapan berdasarkan intervensi atau rencana yang telah disusun atau dirancang secara cermat dan terperinci dengan tujuan untuk memberikan asuhan keperawatan dalam mencapai tujuan yang berpusat kepada kesembuhan pasien. Dimana implementasi ini dapat dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan baik secara independen, dependen maupun interdependen (Aprilian Sihaloho, 2021).

### **2.5.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah suatu penilaian dan proses dimana menentukan seberapa jauh tingkat keberhasilan yang dicapai berdasarkan kriteria dan tindakan yang dilakukan sesuai perencanaan atau intervensi. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP dimana, S: suatu ungkapan atau keluhan dari pasien ataupun keluarga pasien setelah diberikannya implementasi keperawatan, O: keadaan obyektif pasien yang dapat dilihat atau diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang obyektif, A: analisis perawat setelah mengetahui respon subyektif dan obyektif apakah sudah teratasi atau hanya teratasi sebagian, P: perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan suatu analisis (Aprilian Sihalo, 2021).

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini yaitu deskriptif analitik dalam bentuk sebuah studi kasus dimana studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah terkait Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini ialah pendekatan asuhan keperawatan yang didalamnya meliputi identifikasi data hasil pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan/ intervensi, pelaksanaan/ implementasi dan evaluasi keperawatan.

#### **3.2 Batasan Istilah**

Peneliti memberikan batasan istilah dalam penelitian ini agar tidak terjadi suatu kesalahan penulisan kata kunci atau poin-poin penting yang dijadikan titik fokus dalam penelitian ini, maka dari itu peneliti menjabarkan tentang:

1. Asuhan keperawatan adalah salah satu rangkaian kegiatan keperawatan yang diberikan oleh petugas kesehatan secara langsung kepada kliennya dalam suatu tatanan pelayanan medis yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.
2. Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme yang disebut juga sebagai penyakit kencing manis dikalangan masyarakat yang disebabkan oleh peningkatan kadar glukosa dalam darah sehingga tubuh tidak dapat memproduksi hormon insulin dengan salah satu faktor resiko seperti gaya hidup kurang sehat.

3. Gangren adalah kematian jaringan tubuh yang dikarenakan kurangnya aliran darah atau infeksi bakteri serius yang menyertainya.

### **3.3 Partisipan**

Pada penelitian ini, partisipannya ialah terdiri dari 2 klien dewasa yang dirawat di ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan dengan kriteria :

1. Klien kedua-duanya berjenis kelamin perempuan.
2. Klien kedua-duanya sama dengan diagnosa medis Diabetes Melitus dengan Gangren.
3. Keluarga klien bersedia menjadi responden dan kooperatif.

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi dan waktu penelitian ini dilakukan di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan yang beralamat di Jl. Raya Raci- Bangil, Balungbendo, Masangan, Kec. Bangil, Pasuruan, Jawa Timur 67153. Kegiatan pengambilan data ini dilaksanakan pada tanggal 25 Maret sampai 30 Maret 2024.

### **3.5 Pengumpulan Data**

Pada penelitian ini, dalam pengumpulan datanya peneliti menggunakan beberapa teknik, yaitu:

1. Wawancara

Wawancara adalah teknik paling utama untuk mengumpulkan data dengan percakapan, dimana peneliti dapat menggali informasi terkait permasalahan yang akan diteliti dari pihak klien sendiri, keluarga atau perawat lainnya tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu, keluarga dsb (Fadhallah, 2021)

## 2. Observasi

Observasi dalam kasus ini dilakukan di Ruang Anggrek dengan menggunakan pendekatan IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi).

## 3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi pada kasus ini yaitu dokumentasi yang didapatkan dari data E-RM pasien dan juga dari data pemeriksaan penunjang pasien.

### **3.6 Uji Keabsahan Data**

Uji keabsahan data pada penelitian ini adalah dengan melakukan survei atau crosscek langsung ke Rumah Sakit serta dari hasil wawancara dengan klien dan keluarga klien. Kebasahan data ini dilakukan untuk mengetahui keakuratan atau kevalidan data apakah sesuai fakta dengan dilapangan.

### **3.7 Analisis Data**

Analisis data yang dilakukan peneliti yaitu dengan membandingkan antara temuan kasus kelolaan dilapangan dengan teori yang ada seperti yang terlihat dari beberapa teori yang dikemukakan oleh beberapa ahli atau sumber. Peneliti berpendapat bahwa pasien dengan diabetes melitus dengan gangren akan cenderung mengalami kerusakan integritas kulit. Selain itu ada beberapa gejala yang ditemukan dengan teori yang ada.

Dalam penelitian ini analisa data yang dilakukan melalui beberapa tahapan, yakni:

#### 1. Pengumpulan Data

Data terkait dengan data pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yaitu dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi dan pendokumentasian yang ditulis dalam bentuk transkrip atau tertulis.

## 2. Mereduksi Data

Data dari hasil wawancara yang terkumpul dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif yang kemudian dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik dalam bentuk deskripsi atau dinarasikan.

## 3. Penyajian Data

Penyajian data dilakukan dengan tabel dan teks naratif. Kerahasiaan dari responden atau klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

## 4. Pembahasan

Data yang ditemukan kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan.

## 5. Kesimpulan

Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

### **3.8 Etika Penelitian**

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

#### 1. *Informed Consent* (Persetujuan menjadi klien)

Memberikan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden atau klien studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum studi kasus dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan studi kasus.

2. *Anonymity* (Tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan studi kasus dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti studi kasus.



**BAB 4**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**4.1 Hasil**

**4.1.1 Gambaran lokasi dan pengambilan data**

Pengambilan data pada studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan”. Data diambil di Ruang Anggrek Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan Jl. Raya Raci- Bangil, Balungbendo, Masangan, Kec. Bangil, Pasuruan, Jawa Timur 67153.

**4.1.2 Pengkajian**

1. Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. R	Ny. W
Umur	47 Tahun	51 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	Tamat SD	Tamat SD
Pekerjaan	IRT	Petani
Status pernikahan	Menikah	Menikah
Alamat	Pandaan Pasuruan	Rembang Pasuruan
Suku bangsa	Indonesia	Indonesia
Tanggal MRS	25 Maret 2024	25 Maret 2024
Tanggal pengkajian	26 Maret 2024	26 Maret 2024
Jam pengkajian	08.15 WIB	09.00 WIB
No. Rekam Medis	0050xxxx	0024xxxx
Diagnosa masuk	Diabetes Melitus Tipe II Gangren	Diabetes Melitus Tipe II Gangren

Sumber: Data Primer 2024

## 2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan nyeri pada luka di kaki bagian kiri dan sering mual-mual	Klien mengatakan nyeri pada luka di kaki bagian kiri dan mual
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan pada tanggal 25 Maret 2024 dibawa ke IGD Pukul 06.03 WIB dengan keluhan nyeri pada luka kaki kiri klien dan juga mengalami mual-mual sejak 3 hari yang lalu. Kemudian klien disarankan oleh dokter untuk rawat inap. Di IGD dilakukn tindakan pemasangan infus, pemasangan DC, dan melakukan pemeriksaan darah lengkap dengan hasil glukosa darah sewaktu klien mengalami peningkatan (448 mg/dl). Kemudian klien dibawa ke ruang Anggrek Pukul 08.15 WIB, pada saat pengkajian tanggal 26 Maret 2024 Pukul 08.15 WIB klien mengatakan masih nyeri dengan skala 7 pada bagian luka kaki kiri dan merasa mual-mual.	Klien mengatakan pada tanggal 25 Maret dibawa ke IGD Pukul 20.15 WIB dengan keluhan nyeri pada luka kaki kiri bagian tumit dan sering mual muntah. Klien disarankan oleh dokter untuk rawat inap. Di IGD dilakukan tindakan pemasangan infus, pemasangan DC, dan melakukan pemeriksaan darah lengkap dengan hasil glukosa darah sewaktu klien mengalami peningkatan (482 mg/dl). Kemudian klien dibawa ke ruang Anggrek Pukul 22.15 WIB, pada saat pengkajian tanggal 26 Maret 2024 Pukul 09.00 WIB klien mengatakan kaki masih terasa nyeri dengan skala 8 pada bagian luka kaki kiri dan sering mual.
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan sejak 7 bulan yang lalu klien mengalami luka bakar ringan akibat dari tersiram air panas di punggung kaki kiri yang tak kunjung sembuh sampai sekarang dan semakin parah/meluas serta bau busuk yang menyengat sejak 3 bulan terakhir.	Klien dan keluarga mengatakan klien sudah lama terjangkit penyakit Diabetes Melitus sejak 3 tahun lalu sempat mengalami luka diabetes pada tumit kaki kiri namun sembuh akibat dari terkenanya paku di tumit kaki kiri. Sejak 3 bulan terakhir bekas luka mengeluarkan cairan dan daerah luka menghitam

		hingga sekarang tak kunjung sembuh semakin parah/ meluas dan bau membusuk.
Riwayat penyakit keluarga	Klien dan keluarga mengatakan dalam keluarganya tidak ada riwayat penyakit yang sama.	Klien dan keluarga mengatakan dalam keluarga terdapat ayah dari klien mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan klien.

Sumber: Data Primer 2024

### 3. Pola Fungsi Kesehatan

Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola manajemen kesehatan	Di rumah: Klien saat sakit pergi ke tempat pelayanan kesehatan terdekat untuk berobat Di RS: Klien minum obat sesuai dengan anjuran dokter dan perawat serta anggota medis lainnya	Di rumah: Klien saat sakit pergi ke tempat pelayanan kesehatan terdekat untuk berobat Di RS: Klien minum obat sesuai dengan anjuran dokter dan perawat serta anggota medis lainnya
Pola nutrisi	Di rumah: Keluarga mengatakan makan 2x sehari dalam porsi sedikit karena klien merasa mual-mual Minum air putih ±800 ml/hari Di RS: Keluarga mengatakan selama masuk hanya makan dari RS 2-3 sendok saja tapi 3x sehari dan minum 1500 ml/hari	Di rumah: Keluarga mengatakan makan 2x sehari dalam porsi sedikit karena klien merasa mual-mual Minum air putih ±1000 ml/hari Di RS: Keluarga mengatakan selama masuk hanya makan dari RS 2-3 sendok saja tapi 3x sehari dan minum 1800 ml/hari
Pola eliminasi	Di rumah: Klien mengatakan BAK 4-5 x sehari dan seringnya pada saat malam hari warna urin	Di rumah: Klien mengatakan BAK 5-6 x sehari dan seringnya pada saat malam hari warna urin

	<p>kuning pekat dan tidak ada keluhan saat BAK Klien BAB 1-2x sehari dengan konsistensi lembek warna kuning bau khas feses, dan tidak ada keluhan saat BAB Di RS: Keluarga mengatakan klien BAB sedikit-sedikit dan BAK banyak, klien terpasang DC dan pampers dengan jumlah urine 1600 cc/hari</p>	<p>kuning pekat dan tidak ada keluhan saat BAK Klien BAB 1-2x sehari dengan konsistensi lembek warna kuning bau khas feses, dan tidak ada keluhan saat BAB Di RS: Keluarga mengatakan klien BAB sedikit-sedikit dan BAK banyak, klien terpasang DC dan pampers dengan jumlah urine 1700 cc/hari</p>
Pola istirahat dan tidur	<p>Di rumah: Klien mengatakan tidur siang 3-4 jam dan tidur malam 4-5 jam mengalami susah tidur di malam hari Di RS: Klien mengatakan saat siang hari sering tidur karena efek obat, saat malam hari tidur lebih nyenyak 6-7 jam</p>	<p>Di rumah: Klien mengatakan tidur siang 3-4 jam dan tidur malam 4-5 jam mengalami susah tidur di malam hari Di RS: Klien mengatakan saat siang hari sering tidur karena efek obat, saat malam hari tidur lebih nyenyak 6-7 jam</p>
Pola aktivitas	<p>Di rumah: Klien mengatakan klien setiap harinya melakukan pekerjaan dirumah mengurus cucu klien Di RS: Klien mengatakan selama di RS hanya tidur saja dan saat beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat yang jaga</p>	<p>Di rumah: Klien mengatakan klien setiap harinya melakukan pekerjaan dirumah dan menjaga toko dirumah Di RS: Klien mengatakan selama di RS hanya tidur saja dan saat beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat yang jaga</p>
Pola reproduksi	<p>Klien mengatakan sudah berumur 47 tahun, memiliki 2 anak dan 1 cucu</p>	<p>Klien mengatakan sudah berumur 51 tahun, memiliki 3 anak dan 2 cucu</p>

Sumber: Data Primer 2024

## 4. Pemeriksaan Fisik (Pendekatan Head To Toe)

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Observasi		Klien 1	Klien 2
	TD	139/87 mmHg	94/62 mmHg
	N	84x/m	74x/m
	S	36,6°C	36,2°C
	RR	22x/m	22x/m
	SpO2	99%	98%
	Kesadaran	Compos Mentis	Compos Mentis
	GCS	E:4 V:5 M:6	E:4 V:5 M:6
	Keadaan Umum	Lemah	Lemah
	BB	76 Kg	82 Kg
	TB	153 cm	156 cm
Pemeriksaan Fisik		Klien 1	Klien 2
Kepala	Warna rambut	Hitam beruban	Hitam
	Kuantitas rambut	Rontok	Tipis
	Tekstur rambut	Halus sedikit kasar	Halus
	Kulit kepala	Tidak ada benjolan	Bersih tidak ada benjolan
	Bentuk kepala	Bulat /simetris	Normal
Mata	Konjungtiva	Anemis	Anemis
	Sclera	Putih	Putih
	Reflek pupil	Isokor +/+	Isokor +/+
	Bola mata	Simetris kanan kiri 3mm/3mm	Simetris kanan kiri 3mm/3mm
Telinga	Bentuk telinga	Normal	Normal
	Kesimetrisan	Simetris kanan kiri	Simetris kanan kiri
	Pengeluaran cairan	Tidak ada	Tidak ada
Hidung dan Sinus	Bentuk hidung	Simetris	Simetris
	Warna	Kuning langsung	Sawo matang
Mulut dan Tenggo rokan	Bibir	Simetris	Simetris
	Mukosa	Kering dan pucat	Kering dan pucat
	Gigi	Putih	Putih
	Lidah	Kotor	Kotor
	Palatum	Tidak ada kelainan	Tidak ada kelainan
	Faring	Normal	Normal
Leher	Bentuk	Simetris	Simetris
	Warna	Kuning langsung	Sawo matang
	Posisi trakea	Ditengah	Ditengah
	Pembesaran tiroid	Tidak ada	Tidak ada
	JVP	Tidak ada peningkatan	Tidak ada peningkatan
Thorax	▪ Paru-paru Bentuk dada	Simetris	Simetris

	Frekuensi nafas	Normal	Normal
	Kedalaman nafas	Normal	Normal
	Jenis pernafasan	Reguler	Reguler
	Pola nafas	Eupnea	Euyypnea
	Retraksi dada	Tidak ada	Tidak ada
	Irama nafas	Reguler	Reguler
	Ekspansi paru	Normal kembang kempis	Normal
	Vocal fremitus	Fremitus taktil sama kanan kiri	Fremitus taktil sama kanan kiri
	Nyeri	Tidak ada	Tidak ada
	Batas paru	-	-
	Suara nafas	Normal	Normal
	Suara tambahan	Tidak ada	Tidak ada
	▪ Jantung		
	Ictus cordis	ICS teraba	ICS teraba
	Nyeri	Tidak ada	Tidak ada
	Batas jantung	Kiri ICS 4 atas ICS 2 kanan parasternal kanan	Kiri ICS 4 atas ICS 2 kanan parasternal kanan
	Bunyi jantung	SI dan SII tunggal	SI dan SII tunggal
	Suara tambahan	Tidak ada	Tidak ada
Abdomen	Bentuk perut	Simetris / buncit	Simetris /buncit
	Warna kulit	Kuning langsung	Sawo matang
	Lingkar perut	Tidak terkaji	Tidak terkaji
	Bising usus	Normal 20x/m	Normal 20x/m
	Massa	Tidak ada	Tidak ada
	Acites	Tidak ada	Tidak ada
	Nyeri	Tidak ada	Tidak ada
Genetalia	Kondisi meatus	Bersih	Bersih
	Kelainan skrotum	Tidak ada	Tidak ada
	Odem vulva	Tidak ada	Tidak ada
	Kelainan	Tidak ada	Tidak ada
	Kekuatan otot	$\frac{5}{5}$ $\frac{5}{4}$	$\frac{5}{5}$ $\frac{5}{4}$
Ekstremitas	Turgor	Normal	Normal
	Odem	Ada dibagian luka kaki kiri	Ada dibagian luka kaki kiri
	Nyeri	Ada (skala 7)	Ada (skala 8)
	Warna kulit	Kuning langsung (kehitaman bagian luka)	Sawo matang (kehitaman bagian luka)
	Akral	Dingin bagian luka	Dingin bagian luka
	Sianosis	Ada	Ada
	Parese	Tidak ada	Tidak ada
	Alat bantu	Kursi roda	Kursi roda

## 5. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	Klien 1 26 Maret 2024	Klien 2 26 Maret 2024	
<b>HEMATOLOGI DARAH LENGKAP</b>			
Hemoglobin (HGB)	<b>10,90 g/dL</b>	<b>8,35 g/dL</b>	12-16 Nilai Kritis: <7 Or >21
Eritrosit (RBC)	4,406	<b>3,107</b>	4-5,2
Hematokrit (HCT)	33,1 %	<b>25,4 %</b>	33-51 Nilai Kritis: <21 Or >65
MCV	<b>75,05 fL</b>	81,87 fL	80-100
MCH	<b>24,73 pg</b>	26,86 pg	26-34
MCHC	32,95 %	32,81 %	32-36
RDW	<b>14,15 %</b>	<b>13,30 %</b>	11,5-13,1
Leukosit (WBC)	<b>27,11 x10<sup>3</sup>/μL</b>	10,48 x10 <sup>3</sup> /μL	4,5-11 Nilai Kritis: <2 Or >3
Eosinofil %	0,1 %	0,0 %	0-3
Basofil %	0,4 %	0,6 %	0-1
Neutrofil %	<b>89,6 %</b>	<b>84,4 %</b>	35-66
Limfosit %	<b>6,0 %</b>	<b>7,9 %</b>	24-44
Monosit %	3,87 %	<b>7,11 %</b>	3-6
Eosinofil	0,030 x10 <sup>3</sup> /μL	0,003 x10 <sup>3</sup> /μL	0-0,33
Basofil	0,11 x10 <sup>3</sup> /μL	0,06 x10 <sup>3</sup> /μL	0-0,11
Neutrofil	<b>24,3 x10<sup>3</sup>/μL</b>	<b>8,8 x10<sup>3</sup>/μL</b>	1,5-8,5
Limfosit	1,64 x10 <sup>3</sup> /μL	<b>0,83 x10<sup>3</sup>/μL</b>	1,1-5,0
Monosit	<b>1,05 x10<sup>3</sup>/μL</b>	<b>0,75 x10<sup>3</sup>/μL</b>	0,14-0,66
PLT	395 x10 <sup>3</sup> /μL	168 x10 <sup>3</sup> /μL	150-450 Nilai Kritis: <20 Or >1000
MPV	8,956 fL	<b>6,850 fL</b>	6,90-10,6
NLR	14,82	10,60	
<b>KIMIA KLINIK ELEKTROLIT</b>			
Kalium (K)	3,89 mmol/L	4,40 mmol/L	3,5-5,1 Nilai Kritis: <3 Or >6
Klorida (Cl)	103,30 mmol/L	107,00 mmol/L	95-108 Nilai kritis: <80 Or >115
Natrium (Na)	136,00 mmol/L	138,00 mmol/L	135-147 Nilai Kritis: <120 Or >160
<b>FAAL GINJAL</b>			
Kreatinin	<b>2,166 mg/dL</b>	2,502 mg/dL	0,6-1,0 Nilai Kritis: =10 (Pasien Non Dialisis)
BUN	<b>29,91 mg/dL</b>	68,22 mg/dL	7,8-20,23 Nilai Kritis: >100
Asam Urat		<b>6,60 mg/dL</b>	2,3-6,1 Nilai Kritis: >12
<b>FAAL HATI</b>			
ALT/SGPT	10,53 U/L	31,87 U/L	<39
AST/SGOT	21,67 U/L	<b>48,96 U/L</b>	<31

<b>GULA DARAH</b>			
Gila Darah Sewaktu	<b>459 mg/dL</b>	<b>478 mg/dL</b>	<200 Nilai Kritis: <40 Or >450
<b>LEMAK</b>			
Trigliserida		<b>235 mg/dL</b>	<150 Nilai Kritis: >500
Kolestrol LDL		70,39 mg/dL	<100
<b>URINALISIS</b>			
Berat Jenis		1,010	1000
pH		5,5	5
Nitrit		NEGATIF	Negatif
Protein		<b>POSITIF 3</b> <b>mg/dL</b>	Negatif
Keton		NEGATIF	Negatif
Glukosa		NEGATIF	Negatif
Urobilinogen		NEGATIF	Negatif
Leukosit		75	<=0,2
Bilirubin		NEGATIF	Negatif
Warna		Kuning Jernih	
Darah		<b>POSITIF 2</b>	Negatif
Leukosit		5,0-9,9	0-4
Silinder		1,45-2,90	Negatif (Hialin 0-2)
Epitel		81,2-159,5	0-3
Bakteri		<b>8158,40 /L</b>	<=19,41
Eritrosit		0,0-1,0	0-3
<b>BLOOD GAS</b>			
pH (Analisa Gas Darah)		7,39	7,35-7,45 Nilai Kritis:<7,25 Or >7,6
Pco2 (Analisa Gas Darah)		<b>24,6 mmHg</b>	38-42 Nilai Kritis:<20 Or>60
Po2 (Analisa Gas Darah)		99,0 mmHg	85-100 Nilai Kritis:<40 (arteri)
Bikarbonat (HCO <sub>3</sub> ) (Analisa Gas Darah)		<b>14,8 mmol/L</b>	22-=26 Nilai Kritis:<10 Or >40
Total CO <sub>2</sub> (Analisa Gas Darah)		<b>16,0 mmol/L</b>	19-25
Kelebihan Basa (BE) (Analisa Gas Darah)		<b>-10 mmol/L</b>	(-2)-(+2) Nilai Kritis: (-3) Or (+3)
Saturasi O <sub>2</sub> (Analisa Gas Darah)		98,0 %	95-100 Nilai Kritis =75
Suhu (Aanalisa Gas Darah) iSTAT FiO <sub>2</sub>		37 %	

Sumber: Laboratorium RSUD Bangil, 2024



## 6. Terapi Medik

Tabel 4.6 Terapi Medik

TERAPI MEDIK			
Klien 1	Aturan Pakai	Klien 2	Aturan Pakai
Inf. Sodium Chlorida	IV. 20 Tpm	Inf. Sodium Chlorida	IV. 20Tpm
Inf. Panamin Tutosol	IV. 2:1	Inj. Metilpred	IV. 1x62,5
Inj. Lanzoprazole	IV. 1x30 mg	Inj. Ceftriaxone	IV. 2x1 gr
Inj. Fomycyin	IV. 2x2 gr	Inf. Metronidazole	IV. 3x500 mg
Inf. Metronidazole	IV. 3x500 mg	Inj. Metoclopramide	IV. 3x10 mg
Inj.Santagesik	IV. 3x1 gr	Inj. Lantus	SC. 0-10 U/ml
Inj. Ondansetron	IV. 3x8 mg	Inj. Apidra	SC. 6 U/ml
Inj. Apidra	SC. 3x4 U/mL	Tranfusi. Plasbumin	IV 20 %extra
Inj. Lantus	SC. 1x6 U/mL	Tranfusi PRC	IV. 1 Kolf
Tranfusi PRC	1 kolf	PO. Hepamax	PO. 2x1
		PO. Prorenal	PO. 3x1
		PO. NAC	PO. 3x200 mg
Wound Care	1x2 hari	Wound Care	1x2 hari

Sumber: Rekam Medik Pasien, 2024

## 7. Analisa Data Klien 1 dan Klien 2

Tabel 4.7 Analisa Data Klien 1 dan Klien 2

Data Klien 1	Etiologi	Masalah
Data Subjektif: Klien mengatakan nyeri pada luka dibagian punggung kaki kiri	Hiperglikemia	Nyeri Akut
Data Objektif: 1. TTV TD: 139/87 mmHg N: 84x/m S: 36,6 °C RR: 22x/m SpO2: 98%	↓ Glukosa Darah Meningkat	
2. GDS: 448 mg/dl GDP: 205 mg/dl	↓ Luka diabetik tak kunjung sembuh	
3. CRT <2 detik	↓ Pertumbuhan bakteri	
4. Keadaan umum: lemah	↓ Luka membengkak dan membau busuk	
5. Kesadaran: Compos Mentis GCS: 4-5-6	↓ Neuropati diabetik	
6. Klien tampak meringis menahan nyeri	↓ Gangren	
7. Kekuatan otot: $\frac{5}{5}$   $\frac{5}{4}$	↓	

<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Tampak luka/ ulkus kaki kiri dan terbalut kasa</li> <li>9. Tampak bengkak pada bagian luka</li> <li>10. Turgor kulit normal</li> <li>11. Akral hangat kecuali area luka teraba dingin</li> <li>12. Terpasang DC (1900-2000/ 24 jam)</li> <li>13. Tampak sering minum menghabiskan (2000-2500 ml/ 24 jam)</li> <li>14. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/ porsi)</li> <li>15. Skala nyeri: P: Nyeri karena luka Q: Ketusuk-Tusuk R: Punggung Kaki bagian kiri S: 7 T: Sering</li> </ol>	Nyeri Akut	
<p>Data Subjektif: Klien mengatakan nyeri pada luka di punggung kaki kiri</p> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV TD: 139/87 mmHg N: 84 x/m RR: 22 x/m S: 36,6°C SpO2: 98%</li> <li>2. GDS: 448 mg/dl GDP: 205 mg/dl</li> <li>3. Keadaan umum: lemah</li> <li>4. Tampak meringis menahan nyeri</li> <li>5. Kesadaran: Compos Mentis GCS: 4-5-6 CRT &lt;2 detik</li> <li>6. Kekuatan otot: <math>\frac{5}{5} \mid \frac{5}{4}</math></li> <li>7. Tampak luka diabetik dan kerusakan jaringan pada punggung kaki kiri</li> </ol>	<p style="text-align: center;">Hiperglikemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Mengendapnya glukosa dalam pembuluh darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Suplai O2 dan nutrisi ke jaringan terhambat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Penumpukan bakteri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangren</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Timbulnya nekrotik dalam jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Jaringan memburuk</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Timbulnya pembusukan dan bau membusuk</p>	Gangguan Integritas Kulit

8. Tampak bengkak dan warna kehitaman pada daerah luka	↓ Kerusakan integritas kulit
9. Akral hangat kecuali di daerah luka teraba dingin	
10. Luka berbau busuk	
11. Terdapat cairan eksudat dan jaringan nekrotik	

Data Klien 2	Etiologi	Masalah
Data Subjektif: Klien mengatakan nyeri pada luka dibagian tumit kaki kiri	Hiperglikemia	Nyeri Akut
Data Objektif:	↓	
1. TTV TD: 94/62 mmHg N: 74x/m S: 36,2 °C RR: 22x/m SpO2: 98%	↓ Glukosa Darah Meningkat	
2. GDS: 482 mg/dl GDP: 236mg/dl	↓ Luka diabetik tak kunjung sembuh	
3. CRT <2 detik	↓	
4. Keadaan umum: lemah	↓ Pertumbuhan bakteri	
5. Kesadaran: Compos Mentis GCS: 4-5-6	↓ Luka membengkak dan membau busuk	
6. Klien tampak meringis menahan nyeri	↓ Neuropati diabetik	
7. Kekuatan otot: $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$ $\frac{5}{5} \mid \frac{4}{4}$	↓ Gangren	
8. Tampak	↓ Nyeri Akut	
9. luka mendalam/ulkus diabetik pada tumit kaki kiri dan terbalut kasa		
10. Tampak bengkak pada bagian luka dan warna kehitaman		
11. Turgor kulit normal		
12. Akral hangat kecuali area luka teraba dingin		
13. Terpasang DC (2000-2500 cc/ 24 jam)		
14. Tampak sering minum		

- menghabiskan (2300-2500 ml/ 24 jam)
15. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/porsi)
  16. Skala nyeri:  
P: Nyeri karena luka  
Q: Ketusuk-Tusuk  
R: Tumit Kaki bagian kiri  
S: 8  
T: Sering

Data Subjektif:	Hiperglikemia	Gangguan Integritas Kulit
Klien mengatakan nyeri pada luka di tumit kaki kiri	↓ Mengendapnya glukosa dalam pembuluh darah	
Data objektif:	↓ Suplai O <sub>2</sub> dan nutrisi ke jaringan terhambat	
1. TTV TD: 94/62 mmHg N: 74x/m S: 36,2 °C RR: 22x/m SpO <sub>2</sub> : 98%	↓ Penumpukan bakteri	
2. GDS: 482 mg/dl GDP: 236 mg/dl	↓ Gangren	
3. Keadaan umum: lemah	↓ Timbulnya nekrotik dalam jaringan	
4. Tampak meringis menahan nyeri	↓ Jaringan memburuk	
5. Kesadaran: Compos Mentis GCS: 4-5-6 CRT <2 detik	↓ Timbulnya pembusukan dan bau membusuk	
6. Kekuatan otot: $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{4}$	↓ Kerusakan integritas kulit	
7. Tampak luka diabetik dan kerusakan jaringan pada tumit kaki kiri		
8. Tampak bengkak dan warna kehitaman pada daerah luka		
9. Akral hangat kecuali di daerah luka teraba dingin		
10. Luka nampak tulang dan berbau busuk		
11. Terdapat cairan eksudat dan jaringan nekrotik		

### 4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Klien 1 dan Klien 2:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit

### 4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI																																																																											
1.	<p><b>Nyeri Akut (D. 0077)</b></p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 detik.</p> <p>Penyebab:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2. Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma,</li> </ol>	<p><b>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Nyeri Akut dapat teratasi.</b></p> <p>Label SLKI: (L. 08066) Tingkat nyeri Kriteria hasil:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">Ekspetasi: menurun</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Merangsang</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Sikap protektif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kesulitan tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Ketegangan otot</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">Ekspetasi: membaik</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: menurun							1.	Keluhan nyeri					5	2.	Merangsang					5	3.	Sikap protektif				4		4.	Gelisah					5	5.	Kesulitan tidur					5	6.	Ketegangan otot				4		Ekspetasi: membaik							7.	Frekuensi nadi					5	<p><b>Label SIKI: (I. 08238)</b> <b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>Aktivitas keperawatan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi repon nyeri non verbal</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, hipnosis, terapi musik, terapi pijat, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat nyeri</li> </ol>
No	Kriteria Hasil	Indeks																																																																												
		1	2	3	4	5																																																																								
Ekspetasi: menurun																																																																														
1.	Keluhan nyeri					5																																																																								
2.	Merangsang					5																																																																								
3.	Sikap protektif				4																																																																									
4.	Gelisah					5																																																																								
5.	Kesulitan tidur					5																																																																								
6.	Ketegangan otot				4																																																																									
Ekspetasi: membaik																																																																														
7.	Frekuensi nadi					5																																																																								

latihan fisik berlebihan)  Gejala dan tanda mayor dan minor: Subyektif: mengeluh nyeri Obyektif: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur  Obyektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis  Kondisi terkait: 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. glaukoma	8.	Pola nafas					5	3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat  Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu
	9.	Tekanan darah					5	
	10.	Nafsu makan					5	
	11.	Pola tidur					5	
2.	<b>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D. 0129)</b>	<b>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan dapat teratasi.</b>	<b>Label SIKI: (I. 14564) Perawatan Luka</b>	Definisi: Kerusakan kulit (dermis/ epidermis) atau jaringan	Aktivitas keperawatan: Observasi: 1. Monitor karakteristik luka			

(membran mukosa, kornea, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligamen).	Label SLKI: (L. 14125)	(mis, drainase, warna, ukuran, bau)
Penyebab:	Integritas kulit dan jaringan	2. Monitor tanda-tanda infeksi
1. Perubahan sirkulasi	Kriteria hasil:	Terapeutik:
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)		1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
3. Kekurangan / kelebihan volume cairan		2. Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu
4. Penurunan mobilitas		3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
5. Bahan kimia iritatif		4. Bersihkan jaringan nekrotik
6. Suhu lingkungan yang ekstrem		5. Berikan salep yang sesuai kekulit/ lesi
7. Faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) / faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)		6. Pasang balutan sesuai luka
8. Efek samping terapi radiasi		7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
9. Kelembapan		8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
10. Proses penuaan		9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
11. Neuropati perifer		10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/ kg BB/ hari dan protein 1,25-1,5 g/kg/BB/ hari
12. Perubahan pigmentasi		11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, C, Zinc, asam amino)
13. Perubahan hormonal		Edukasi:
14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas kulit.		1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
Gejala dan tanda mayor dan minor:		2. Anjurkan konsumsi
Subyektif: -		
Obyektif:		
1. Kerusakan jaringan atau lapisan kulit		





#### 4.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Klien 1		Klien 2	
	Jam	Hari ke-1 Selasa, 26 Maret 2024	Jam	Hari ke-1 Selasa, 26 Maret 2024
Nyeri Akut	08.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 139/87 mmHg, N: 84 x/m, S: 36,6°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S: 7, T: Sering)</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri)</li> <li>4. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr dan Lanzoprazole 1x30mg)</li> <li>5. Mentranfusikan cairan Metronidazole 3x500mg</li> <li>6. Mengecek glukosa darah sewaktu (GDS: 448 mg/dl)</li> <li>7. Menganjurkan pasien puasa selama minimal 8 jam</li> <li>8. Memfasilitasi istirahat dan mengontrol</li> </ol>	09.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 110/78 mmHg, N: 102 x/m, S: 36°C, RR:20x/m, SpO2: 97%)</li> <li>2. Mengidentifikasi i skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S: 8, T: Sering)</li> <li>3. Mengidentifikasi i respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri)</li> <li>4. Memberikan injeksi analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>5. Memberikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>6. Mentranfusikan cairan Metronidazole 3x500mg</li> <li>7. Mengecek glukosa darah sewaktu (GDS: 478 mg/dl)</li> </ol>

		lingkungan yang dapat memeperberat nyeri (menyangga kaki dengan bantal)		8. Menganjurkan pasien puasa selama minimal 8 jam
16.52 WIB	1.	Memonitor TTV (TD: 128/84 mmHg, N: 85x/m, RR: 22x/m, S:36,5°C, SpO2: 98%)		9. Memfasilitasi istirahat dan mengontrol lingkungan yang dapat memeperberat nyeri (menyangga kaki dengan bantal)
	2.	Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S: 7, T: Sering)	17.22 WIB	1. Memonitor TTV (TD: 118/82 mmHg, N: 104x/m, RR: 20x/m, S:36,5°C, SpO2: 98%)
	3.	Mengecek glukosa darah puasa (GDP:208 mg/dl)		2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S: 8, T: Sering)
	4.	Memberikan injeksi (Santagesik 3x1, Ondansetron 3x1)		3. Mengecek glukosa darah puasa (GDP:218 mg/dl)
	5.	Menginjeksikan Apidra 4 U/ml setiap sebelum makan		4. Memberikan injeksi (Metoclopramide 3x10 mg)
	6.	Mentransfusikan Metronidazole 3x500 mg		5. Mentranfusikan Metronidazole 3x500 mg
	7.	Menganjurkan pasien minum dan makan		6. Memberikan obat oral (Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)
	8.	Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi (nafsu makan menurun menghabiskan 2-3 sendok/ porsi dan disertai mual-mual)		7. Menginjeksikan Apidra 6 U/ml setiap sebelum makan
17.15 WIB	1.	Mengambil sampel darah arteri untuk mengecek		8. Menganjurkan pasien minum dan makan

		darah lengkap ke laboratorium			9. Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi (nafsu makan menurun menghabiskan 2-3 sendok/porsi dan disertai mual-mual)
		2. Mengganti cairan habis Sodium Chlorida 20 Tpm dengan yang baru			10. Mengajarkan keluarga pasien menginjeksikan insulin secara mandiri
		3. Mengajarkan keluarga pasien menginjeksikan insulin secara mandiri			
		4. Menganjurkan sebelum tidur untuk menginjeksikan Lantus 6 U/ml			
		5. Membuang urine (750 cc/ 8 jam)	17.45 WIB	1. Mengambil sampel darah arteri untuk mengecek darah lengkap ke laboratorium	
				2. Menganjurkan keluarga menyuntikkan Lantus 0-10 U/ml sebelum pasien tidur	
				3. Membuang Urine 800 cc/8 jam	
	<b>Jam</b>	<b>Hari ke-2 Rabu, 27 Maret 2024</b>	<b>Jam</b>	<b>Hari ke-2 Rabu, 27 Maret 2024</b>	
Nyeri Akut	08.25 WIB	1. Memonitor TTV (TD: 125/79 mmHg, N: 86 x/m, S: 36°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)	08.00 WIB	1. Memonitor TTV (TD: 112/69 mmHg, N: 86 x/m, S: 36°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)	
		2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S: 6, T: Sering)		2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S: 7, T: Sering)	
		3. Mengidentifikasi respon nyeri			

		(menekan daerah luka/nyeri)		3. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri)
		4. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr)		4. Memberikan injeksi analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg)
		5. Mentranfusikan cairan Metronidazole 3x500mg		5. Memberikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)
		6. Mengambil sampel darah arteri untuk dilaboratkan		6. Mentranfusikan cairan Metronidazole 3x500mg
		7. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:357 mg/dl)		7. Mengambil sampel darah arteri untuk dilaboratkan
		8. Memonitor cairan infus macet Sodium Chlorida 20 tpm		8. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:97 mg/dl)
		9. Melakukan DC Hygine dan Membuang urine pasien (1900 cc/24 jam)		9. Memonitor cairan infus macet Sodium Chlorida 20 tpm
				10. Melakukan DC Hygine dan Membuang urine pasien (2100 cc/24 jam)
Gangguan Integritas Kulit	10.36 WIB	1. Mempersiapkan alat perawatan luka	08.30 WIB	1. Mentranfusikan Plasbumin 20% extra
		2. Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka		2. Memonitor kesadaran pasien dan memonitor TTV pasien 2 jam sekali
		3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan		3. Mempersiapkan alat rawat luka
		4. Melepaskan balutan dan plester perlahan		4. Mempertahankan teknik steril

- 
- |   |   |
|---|---|
| <p>5. Memonitor karakteristik luka (Drainase: banyak, ukuran: lebar dan panjang, warna: kehitaman, bau: menyengat /busuk)</p> <p>6. Memonitor tanda-tanda infeksi (rubor ada, calor ada, tumor tidak dan dolor ada)</p> <p>7. Membersihkan luka dengan cairan NS/cairan khusus wound irrigation solution</p> <p>8. Membersihkan jaringan nekrotik (membuang jaringan mati dan mengeluarkan eksudat)</p> <p>9. Memberikan salep antimikrobal (salep Iodosorb Powder dicampur salep Sulfadiazine Silver)</p> <p>10. Melapisi luka dengan balutan Framycetin Sulfat untuk mempertahankan kelembapan</p> <p>11. Mengganti balutan kasa pada luka sesuai ukuran dan jumlah eksudat</p> | <p>saat perawatan luka</p> <p>5. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan</p> <p>6. Melepaskan balutan dan plester perlahan</p> <p>7. Memonitor karakteristik luka (Darainase: Banyak, Ukuran: lebar dan dalam pada tumit, warna: hitam, bau: busuk dan menyengat)</p> <p>8. Memonitor tanda-tanda infeksi (rubor: ada, calor: ada, tumor: ada, dolor: ada)</p> <p>9. Membersihkan luka dengan cairan NS/Cairan khusus Wound Irrigation Solution</p> <p>10. Membuang jaringan nekrotik dan membersihkan eksudat</p> <p>11. Memberikan salep antimikrobal (salep Iodosorb Powder dicampur dengan salep Sulfadiazien Silber)</p> <p>12. Melapisi luka dengan balutan Framycetin Sulfat untuk</p> |
|---|---|
-

---

				mempertahankan kelembapan
				13. Mengganti balutan kasa pada luka sesuai ukuran dan jumlah eksudat
Nyeri Akut	11.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi skala nyeri (P: nyeri karena luka, Q: ketusuk-tusuk, R: bagian luka pada punggung kaki kiri, S: 6, T: hilang timbul)</li> <li>2. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/ nyeri)</li> <li>3. Menginjeksikan insulin Apidra 4 U/ml sebelum makan siang pasien</li> <li>4. Selang beberapa menit membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi pasien (menghabiskan 4-5 sendok/ porsi, tidak mual-mual)</li> <li>5. Menganjurkan pasien latihan berjalan secara mandiri</li> </ol>	09.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 97/53 mmHg, N: 80 x/m, S: 36,2°C, RR:20x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Memberikan obat oral (Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>3. Mentransfusikan PRC 1 kolf</li> <li>4. Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi (menghabiskan 2-3 sendok/ porsi)</li> <li>5. Menunda penyuntikan Apidra 6 U/ml sebelum makan dan tetap melanjutkan Lantus 10 U/ml</li> </ol>

---

	Jam	Hari ke-3 Kamis, 28 Maret 2024	Jam	Hari ke-3 Kamis, 28 Maret 2024
Nyeri Akut	09.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 118/80 mmHg, N: 82 x/m, S: 36,5°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S:4, T: hilang timbul)</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri)</li> <li>4. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr)</li> <li>5. Mentranfusikan PRC 1 kolf</li> <li>6. Mengambil sampel darah arteri untuk dilaboratkan</li> <li>7. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:257 mg/dl)</li> <li>8. Mengganti cairan Sodium Chlorida 20 tpm dengan Panamin Tutosol 2:1</li> <li>9. Melakukan DC Hygine dan Membuang urine pasien (1300 cc/24 jam)</li> </ol>	08.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 112/76 mmHg, N: 84 x/m, S: 36°C, RR:20x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S: 6, T: Hilang timbul)</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri)</li> <li>4. Memberikan injeksi analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>5. Memberikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>6. Mentranfusikan cairan Metronidazole 3x500mg</li> <li>7. Mengecek glukosa darah sewaktu (GDS: 219 mg/dl)</li> <li>8. Menganjurkan pasien puasa selama minimal 8 jam</li> <li>9. Memfasilitasi istirahat dan mengontrol</li> </ol>
	12.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor skala nyeri dan melatih</li> </ol>		

	berjalan secara mandiri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S:4, T: Hilang timbul)	11.20 WIB	1. Memonitor TTV (TD: 120/82 mmHg, N: 100x/m, RR: 20x/m, S:36,°C, SpO2: 98%)	lingkungan yang dapat memeperberat nyeri (menyangga kaki dengan bantal)
	2. Melepas tranfusi darah PRC 1Kolf		2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S:6, T:hilang timbul)	
	3. Menganjurkan pasien untuk melatih berjalan secara berulang dan dijadwalkan 2-3x sehari		3. Mengganti cairan Sodium Cloridha 20tpm	
	4. Menganjurkan keluarga untuk ikut serta dan membantu dalam melatih pasien berjalan		1. Mengecek Gula Darah Puasa pasien (GDP: 132 mg/dl)	
	5. Memfasilitasi pasien istirahat dan tidur siang (membatasi pengunjung, menutup kelambu bed pasien)	15.45 WIB	2. Memberikan injeksi (Metoclopramide 3x10 mg)	
16.45 WIB	1. Memonitor TTV (TD: 12080 mmHg, N: 84x/m, S: 36,5°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)		3. Mentransfusikan Metronidazole 3x500mg	
	2. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg)		4. Menginjeksikan Apidra 4 U/ml sebelum makan	
	3. Menginjeksikan insulin Apidra 4 U/ml sebelum makan		5. Menganjurkan pasien minum dan makan	
	4. Mengganti cairan Panamin Tutosol 2:1 dengan cairan Sodium Chlorida 20 tpm		6. Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi (nafsu makan menurun menghabiskan 5-6 sendok/porsi dan nafsu	
	5. Menganjurkan pasien melakukan			



		terapi non farmakologi dengan menonton TV atau mendengarkan musik untuk mengurangi rasa nyeri			makan meningkat)
				7.	Memberikan obat oral (Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)
				8.	Mengingatka keluarga dan pasien untuk menunda penyuntikan Lantus 10 U/ml sebelum tidur
				9.	Mengambil sampel darah arteri untuk mengecek darah lengkap ke laboratorium
				10.	Melakukan Informed Consent kepada pasien dan keluarga untuk meminta persetujuan dilakukan tindakan Debridement yang akan dilakukan pada tanggal 27 Maret 2024 (pasien menolak untuk dilakukan Debridement)
	<b>Jam</b>	<b>Hari ke-4 Jum'at, 29 Maret 2024</b>	<b>Jam</b>	<b>Hari ke-4 Jum'at, 29 Maret 2024</b>	
Nyeri Akut	09.40 WIB	1. Memonitor TTV (TD: 120/84 mmHg, N: 82x/m, S: 36,5°C, RR:22x/m, SpO2: 98%) 2. Memonitor skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki	08.50 WIB	1. Memonitor TTV (TD: 118/80 mmHg, N: 86x/m, S: 36°C, RR:22x/m, SpO2: 98%) 2. Memonitor skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka	

			kiri, S:2-3, T: Hilang timbul)				pada tumit kaki kiri, S:5, T: Hilang timbul)
			3. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr)				3. Memberikan injeksi analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg)
			4. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:231 mg/dl)				4. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:196 mg/dl)
			5. Menganjurkan pasien puasa kurang lebih selama 8 jam				5. Memberikan informasi terkait perkembangan kesehatan pasien
			6. Memberikan informasi terkait perkembangan dan saran dokter (pasien rencana pulang)				
Gangguan Integritas Kulit	10.30 WIB	1.	Memberikan informasi pada pasien akan dilakukan perawatan luka	11.15 WIB	1.	Memberikan informasi pada pasien akan dilakukan perawatan luka	
		2.	Mempersiapkan alat perawatan luka		2.	Mempersiapkan alat perawatan luka	
		3.	Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka		3.	Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka	
		4.	Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan		4.	Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan	
		5.	Melepaskan balutan dan plester perlahan		5.	Melepaskan balutan dan plester perlahan	
		6.	Memonitor karakteristik luka (Drainase: sedikit, ukuran: mengecil, warna: kehitaman, bau: menyengat berkurang)		6.	Memonitor karakteristik luka (Drainase: sedikit, ukuran: lebar dan dalam, warna: kehitaman, bau: menyengat berkurang)	
		7.	Memonitor tanda-tanda infeksi (rubor berkurang, calor, tumor				

		berkurang dan dolor berkurang)		7. Memonitor tanda-tanda infeksi (rubor ada, calor ada, tumor ada dan dolor berkurang)
		8. Membersihkan luka dengan cairan NS/cairan khusus wound irigation solution		8. Membersihkan luka dengan cairan NS/cairan khusus wound irigation solution
		9. Membersihkan jaringan nekrotik (membuang jaringan mati dan mengeluarkan eksudat		9. Membersihkan jaringan nekrotik (membuang jaringan mati dan mengeluarkan eksudat)
		10. Memberikan salep antimikrobia (salep Iodosorb Powder dicampur salep Sulfadiazine Silver		10. Memberikan salep antimikrobia (salep Iodosorb Powder dicampur salep Sulfadiazine Silver
		11. Melapisi luka dengan balutan Framycetin Sulfat untuk mempertahankan kelembapan		11. Melapisi luka dengan balutan Framycetin Sulfat untuk mempertahanka n kelembapan
		12. Mengganti balutan kasa pada luka sesuai ukuran dan jumlah eksudat		12. Mengganti balutan kasa pada luka sesuai ukuran dan jumlah eksudat
				13. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien terkait perkembangan luka pasien
Nyeri Akut	15.20 WIB	1. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien akan dipulangkan	14.10 WIB	1. Memonitor TTV (TD: 120/78 mmHg, N: 88x/m, S: 36°C,

2. Memberikan injeksi (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr)	RR:20x/m, SpO2: 98%)
3. Mengecek gula darah puasa (GDP:127mg/dl)	2. Memberikan injeksi (Metoclopramide 3x10 mg)
4. Melepas Infus	3. Melakukan DC hygiene dan membuang urin (1600 cc/24 jam)
5. Melepas DC	
6. Memberikan informasi untuk kontrol rawat luka dijadwalkan 3 hari sekali di Poli DM	
7. Memberikan obat-obatan diminum di rumah (apidra tunda, Lantus 0-8U/ml, Clindamicyin 300 mg 3x1, Ondansetron 3x1, Trapora 3x1, Prorenal 3x1).	
8. Mengantar pasien dengan kursi roda keluar RS	

#### 4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan

Hari ke-1 Selasa, 26 Maret 2024				
Diagnosa Keperawatan	Klien 1	Paraf	Klien 2	Paraf
Nyeri Akut	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya dan disertai mual-mual</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 128/84 mmHg</p> <p>N: 85x/m</p> <p>RR: 22x/m</p> <p>S: 36,5°C</p>		<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya dan disertai mual-mual</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 118/82 mmHg</p> <p>N: 104x/m</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>S: 36,5°C</p>	

---

SpO2: 98%	SpO2: 97%
GCS: 4-5-6	GCS: 4-5-6
CRT: <2 detik	CRT: <2 detik
GDS: 448 mg/dl	GDS: 478 mg/dl
GDP: 208 mg/dl	GDP: 218 mg/dl
Kesadaran:Compos Mentis	Kesadaran:Compos Mentis
Akral: Hangat	Akral: Hangat
Turgor Kulit: Normal	Turgor Kulit: Normal
Kekuatan Otot: <u>5   5</u>	Kekuatan Otot: <u>5   5</u>
5   4	5   4
Skala Nyeri:	Skala Nyeri:
P: Luka Diabetik	P: Luka Diabetik
Q: Ketusuk-tusuk	Q: Ketusuk-tusuk
R:Bagian luka pada punggung kaki kiri	R:Bagian luka pada tumit kaki kiri
S: 7	S: 8
T: Sering	T: Sering
1. Klien tampak lemah, gelisah, meringis menahan nyeri	1. Klien tampak lemah, gelisah, meringis menahan nyeri
2. Terdapat luka diabetik pada kaki	2. Terdapat luka diabetik pada kaki
3. Tampak odem/edema pada daerah luka	3. Tampak odem/edema pada daerah luka
4. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/ porsi)	4. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/ porsi)
5. Mukosa bibir kering	5. Mukosa bibir kering
6. Terpasang DC (urine: ±750 cc/ 8 jam)	6. Terpasang DC (urine: ±800 cc/ 8 jam)
7. Tampak Polidipsia (±1200 ml/ 12 jam)	7. Tampak Polidipsia (±1300 ml/ 12 jam)
A: Nyeri Akut belum teratasi	A: Nyeri Akut belum teratasi
P:Intervensi dilanjutkan	P:Intervensi dilanjutkan
1. Pemberian Analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron	1. Pemberian Analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide

---

3x8mg, Fomycyin 2x2gr, Lanzoprazole 1x30mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual)	3x10 mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual)
2. Berikan terapi insulin A: 4U/ml dan L: 6U/ml	2. Berikan terapi insulin A: 6U/ml dan L: 10U/ml
3. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu	3. Berikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)
4. Monitor Skala Nyeri.	4. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu
	5. Monitor Skala Nyeri.
	6. Lakukan cek sampel darah lengkap

**Hari ke-2 Rabu, 27 Maret 2024**

Diagnosa Keperawatan	Klien 1	Paraf	Klien 2	paraf
Nyeri Akut	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya dan disertai mual-mual masih ada namun berkurang</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV: TD: 125/79 mmHg N: 86x/m RR: 22x/m S: 36°C SpO2: 98% GCS: 4-5-6 CRT: &lt;2 detik GDS: 357 mg/dl Kesadaran: Compositus Mentis Akral: Hangat Turgor Kulit: Normal Kekuatan Otot: 5   5 5   4 Skala Nyeri: P: Luka Diabetik Q: Ketusuk-tusuk</p>		<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya berkurang tetapi masih mual-mual</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV: TD: 97/53 mmHg N: 80x/m RR: 20x/m S: 36,2°C SpO2: 98% GCS: 2-4-4 CRT: &gt;2 detik GDS: 97 mg/dl Kesadaran: Somnolent Akral: Hangat Turgor Kulit: Normal Kekuatan Otot: 1   1 1   1 Skala Nyeri: P: Luka Diabetik Q: Ketusuk-tusuk R: Bagian luka pada tumit kaki kiri S: 7</p>	

---

<p>R:Bagian luka pada punggung kaki kiri</p> <p>S: 6</p> <p>T: Sering</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah, gelisah, meringis menahan nyeri</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>3. Tampak odem/ edema pada daerah luka</li> <li>4. Nafsu makan mulai meningkat (3-4 sendok/ porsi)</li> <li>5. Mukosa bibir kering</li> <li>6. Terpasang DC (urine: <math>\pm</math>1900 cc/ 24 jam)</li> <li>7. Tampak Polidipsia (<math>\pm</math>900 ml/ 12 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr, Lanzoprazole 1x30mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual)</li> <li>2. Berikan terapi insulin A:4U.ml dan L: 6U/ml</li> <li>3. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu</li> <li>4. Monitor Skala Nyeri.</li> </ol>	<p>T: Sering</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih tampak lemah, dan mengalami penurunan kesadaran</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>3. Tampak odem/ edema pada daerah luka</li> <li>4. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/ porsi)</li> <li>5. Mukosa bibir kering</li> <li>6. Terpasang DC (urine: <math>\pm</math>2100 cc/ 24 jam)</li> <li>7. Tampak Polidipsia menurun (<math>\pm</math>1000 ml/ 12 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual)</li> <li>2. Tunda terapi insulin A: 6U/ml dan lanjutkan terapi L: 10U/ml</li> <li>3. Berikan Transfusi PRC 1 Kolf</li> <li>4. Berikan tranfusi Plasbumin 20% extra</li> <li>5. Berikan obat oral (Hepamax 2x1,</li> </ol>
---	---

---

	5. Latih berjalan secara mandiri	Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)
	6. Berikan Tranfusi PRC 1 kolf dan ganti cairan Sodium Chlorida dengan Panamin Tutosol 2:1	6. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu 7. Monitor tingkat kesadaran setiap 2 jam 8. Monitor Skala Nyeri.
Gangguan Integritas Kulit	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kiri dan berbau</p> <p>O: K/U lemah TTV: TD: 125/79 mmHg N: 86x/m RR: 22x/m S: 36°C SpO2: 98% GCS: 4-5-6 CRT: &lt;2 detik GDS: 357 mg/dl Kesadaran: Compo s Mentis Akral: Hangat Turgor Kulit: Normal Kekuatan Otot: <u>5   5</u> 5   4</p> <p>1. Klien masih tampak lemah</p> <p>2. Terdapat ulkus diabetik pada punggung kaki kiri</p> <p>3. Terdapat odem/edema daerah luka</p> <p>4. Terdapat sianosis pada luka dan tampak kehitaman pada bagian luka dan yang bengkak</p> <p>5. Akral kulit yang luka teraba dingin</p> <p>6. Tanda-tanda infeksi:</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kiri dan berbau</p> <p>O: K/U lemah TTV: TD: 97/53 mmHg N: 80x/m RR: 20x/m S: 36,2°C SpO2: 98% GCS: 2-4-4 CRT: &gt;2 detik GDS: 97 mg/dl Kesadaran: Apatis Akral: Hangat Turgor Kulit: Normal Kekuatan Otot: <u>4   4</u> 4   4 Skala Nyeri: P: Luka Diabetik Q: Ketusuk-tusuk R: Bagian luka pada tumit kaki kiri S: 7 T: Sering</p> <p>1. Klien masih tampak lemah</p> <p>2. Terdapat ulkus diabetik pada tumit kaki kiri</p> <p>3. Terdapat odem/edema daerah luka</p> <p>4. Terdapat sianosis pada luka dan tampak kehitaman pada</p>



- 
- (rubor:ada, kalor: ada, dolor: ada, tumor: ada)
7. Drainase/  
eksudat: banyak  
Warna: kemerahan dan kehitaman pada luka  
Bau: busuk yang menyengat  
Ukuran: 9-10 cm
8. Tampak adanya nektrotik pada luka
- A: Gangguan Integritas Kulit belum teratasi
- P: Intervensi dilanjutkan
1. Berikan Perawatan luka Wound Dressing Modern 2 hari sekali
  2. Monitor tanda-tanda infeksi
  3. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, bau, ukuran)
- bagian luka dan yang bengkak
5. Akral kulit yang luka teraba dingin
6. Tanda-tanda infeksi:  
(rubor:ada, kalor: ada, dolor: ada, tumor: ada)
7. Drainase/  
eksudat: banyak  
Warna: kemerahan dan kehitaman pada luka  
Bau: busuk yang menyengat  
Ukuran: lebar dan dalam menempuh tulang
8. Tampak adanya nektrotik pada luka
- A: Gangguan Integritas Kulit belum teratasi
- P: Intervensi dilanjutkan
1. Berikan Perawatan luka Wound Dressing Modern 2 hari sekali
  2. Monitor tanda-tanda infeksi
  3. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, bau, ukuran)
  4. Lakukan Informed Consent kepada klien dan keluarga persetujuan tindakan Debridement
-

Hari ke-3 Kamis, 28 Maret 2024				
Diagnosa Keperawatan	Klien 1	Paraf	Klien 2	Paraf
Nyeri Akut	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya berkurang dan mual-mual tidak ada serta bisa berjalan dengan menitih perlahan</p> <p>O: K/U Baik</p> <p>TTV:            TD: 120/80 mmHg            N: 84x/m            RR: 22x/m            S: 36,5°C            SpO2: 98%            GCS: 4-5-6            CRT: &lt;2 detik            GDS: 257 mg/dl            Kesadaran: Compo                              s Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit:                              Normal</p> <p>Kekuatan Otot:            5   5            5   5</p> <p>Skala Nyeri:            P: Luka Diabetik            Q: Ketusuk-tusuk            R: Bagian luka pada punggung kaki kiri            S: 4</p> <p>T: Hilang Timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak senang/membai k, tidak gelisah, meringis menahan nyeri menurun</li> <li>Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>Tampak odem/edema pada daerah luka menurun</li> <li>Nafsu makan mulai</li> </ol>		<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya berkurang dan mual-mual tidak ada</p> <p>O: K/U baik sedikit lemas</p> <p>TTV:            TD: 120/82 mmHg            N: 100x/m            RR: 20x/m            S: 36°C            SpO2: 98%            GCS: 4-5-6            CRT: &lt;2 detik            GDS: 219 mg/dl            GDP: 132 mg/dl            Kesadaran: Compo                              s Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit:                              Normal</p> <p>Kekuatan Otot:            5   5            5   4</p> <p>Skala Nyeri:            P: Luka Diabetik            Q: Ketusuk-tusuk            R: Bagian luka pada tumit kaki kiri            S: 6</p> <p>T: Hilang Timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak membaik, tidak gelisah, sedikit meringis menahan nyeri</li> <li>Klien menolak dilakukan tindakan Debridement</li> <li>Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>Odem/ edema tampak menurun</li> </ol>	

	meningkat (5-6 sendok/ porsi)		5. Nafsu makan meningkat (5-6 sendok/ porsi)	
	5. Mukosa bibir Lembab		6. Mukosa bibir Lembab	
	6. Terpasang DC (urine: $\pm 1300$ cc/ 24 jam)		7. Terpasang DC (urine: $\pm 1800$ cc/ 24 jam)	
	7. Tampak Polidipsia menurun ( $\pm 900$ ml/ 12 jam)		8. Tampak Polidipsia ( $\pm 1300$ ml/ 12 jam)	
	A: Nyeri Akut teratasi		A: Nyeri Akut teratasi sebagian	
	P: Intervensi dilanjutkan		P: Intervensi dilanjutkan	
	1. Pemberian Analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr, Lanzoprazole 1x30mg)		1. Pemberian Analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual)	
	2. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu		2. Lanjutkan A: 6U/ml dan tunda L: 10U/ml	
	3. Berikan terapi insulin Apidra		3. Berikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)	
	4. Monitor Skala Nyeri.		4. Menghentikan Metronidazole 3x500 mg	
	5. Latih berjalan secara mandiri		5. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu	
	6. Berikan terapi nonfarmakologis untuk hilangkan nyeri dengan menonton TV		6. Monitor Skala Nyeri.	
<b>Hari ke-4 Jum'at, 29 Maret 2024</b>				
Diagnosa Keperawatan	Klien 1	Paraf	Klien 2	Paraf
Nyeri Akut	S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya sudah tidak ada dan mual-mual tidak		S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya berkurang O: K/U Baik	

---

<p>ada serta bisa berjalan dengan menitih secara mandiri</p> <p>O: K/U Baik</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 120/84 mmHg</p> <p>N: 82x/m</p> <p>RR: 22x/m</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 231 mg/dl</p> <p>GDP: 127 mg/dl</p> <p>Kesadaran:Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot: <u>5   5</u> 5   5</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R:Bagian luka pada punggung kaki kiri</p> <p>S: 2-3</p> <p>T: Hilang Timbul/jarang</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak senang, tidak gelisah, tidak meringis menahan nyeri</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki terbalut klasa</li> <li>3. Tidak nampak odem/ edema pada daerah luka</li> <li>4. Nafsu makan membaik (menghabiskan an/ porsi)</li> <li>5. Mukosa bibir Lembab</li> </ol>	<p>TTV:</p> <p>TD: 120/78 mmHg</p> <p>N: 88x/m</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>S: 36°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 196 mg/dl</p> <p>Kesadaran:Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot: <u>5   5</u> 5   4</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R:Bagian luka pada tumit kaki kiri</p> <p>S: 5</p> <p>T: Hilang Timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak membaik, tidak gelisah, tidak meringis menahan nyeri</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>3. Odem/ edema tampak menurun</li> <li>4. Nafsu makan meningkat (menghabiskan porsi makan)</li> <li>5. Mukosa bibir Lembab</li> <li>6. Terpasang DC (urine: ±1600cc/ 24 jam)</li> <li>7. Tampak Polidipsia menurun (±1000 ml/ 24 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p>
---	--

---

	<p>6. Terlepas DC (urine: <math>\pm</math>1200 cc/ 24 jam)</p> <p>7. Tampak Polidipsia menurun (<math>\pm</math>1000 ml/ 24 jam)</p> <p>A: Nyeri Akut teratasi sepenuhnya</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>Intervensi untuk klien dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol rawat luka dijadwalkan 3 hari sekali di Poli DM</li> <li>2. Minum obat di rumah (apidra tunda, Lantus 0-8U/ml, Clindamycin 300 mg 3x1, Ondansetron 3x1, Trapora 3x1, Prorenal 3x1).</li> <li>3. Monitor Skala Nyeri secara mandiri</li> <li>4. Latih berjalan secara mandiri</li> <li>5. Berikan terapi nonfarmakologis untuk hilangkan nyeri dengan menonton TV</li> </ol>	<p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>2. Lanjutkan A: 6U/ml dan tunda L: 10U/ml</li> <li>3. Berikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>4. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu</li> <li>5. Monitor Skala Nyeri.</li> </ol>
<p>Gangguan Integritas Kulit</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kiri tidak ada dan berbau busuk berkurang</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 120/84 mmHg</p> <p>N: 82x/m</p> <p>RR: 22x/m</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>SpO2: 98%</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kiri berkurang dan berbau busuk berkurang</p> <p>O: K/U Baik</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 120/78 mmHg</p> <p>N: 88x/m</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>S: 36°C</p> <p>SpO2: 98%</p>

---

<p>GCS: 4-5-6  CRT: &lt;2 detik  GDS: 231 mg/dl  GDP: 127 mg/dl  Kesadaran:Compos Mentis  Akaral: Hangat  Turgor Kulit: Normal  Kekuatan Otot:  <u>5</u>   <u>5</u>  5   4  5   4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak senang mulai membaik</li> <li>2. Terdapat ulkus diabetik pada punggung kaki kiri</li> <li>3. Odem/ edema pada daerah luka menurun</li> <li>4. Terdapat sianosis pada luka dan tampak kehitaman pada bagian luka dan yang bengkak</li> <li>5. Akral kulit yang luka teraba hangat</li> <li>6. Tanda-tanda infeksi: (rubor:ada, kalor: ada, dolor: tidak ada, tumor: menurun)</li> <li>7. Drainase/eksudat: sedikit Warna: kemerahan dan kehitaman pada luka Bau: busuk yang menyengat berkurang Ukuran: 7-8 cm</li> <li>8. Tampak adanya nektrotik sedikit pada luka dan</li> </ol>	<p>GCS: 4-5-6  CRT: &lt;2 detik  GDS: 196 mg/dl  Kesadaran:Compos Mentis  Akaral: Hangat  Turgor Kulit: Normal  Kekuatan Otot:  <u>5</u>   <u>5</u>  5   4  Skala Nyeri:  P: Luka Diabetik  Q: Ketusuk-tusuk  R:Bagian luka pada tumit kaki kiri  S: 5  T: Hilang Timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak membaik</li> <li>2. Terdapat ulkus diabetik pada tumit kaki kiri</li> <li>3. Odem/ edema pada daerah luka menurun</li> <li>4. Terdapat sianosis pada luka dan tampak kehitaman pada bagian luka dan yang bengkak</li> <li>5. Akral kulit yang luka teraba hangat</li> <li>6. Tanda-tanda infeksi: (rubor:ada, kalor: ada, dolor: menurun, tumor: menurun)</li> <li>7. Drainase/eksudat: menurun Warna: kemerahan dan kehitaman pada luka Bau: busuk yang menyengat berkurang Ukuran: lebar dan dalam</li> </ol>
---	---

---

---

<p>tumbuhnya granulasi</p> <p>A: Gangguan Integritas Kulit teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>Intervensi bagi klien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol rawat luka Wound Dressing Modern 3 hari sekali di Poli DM</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi secara mandiri</li> <li>3. Berikan diit DM</li> </ol>	<p>menempuh tulang</p> <p>8. Tampak adanya granulasi pada tepi luka</p> <p>A: Gangguan Integritas Kulit teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Perawatan luka Wound Dressing Modern 2 hari sekali</li> <li>2. Kolaborasi dengan dokter tindakan Debridement</li> <li>3. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>4. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, bau, ukuran)</li> </ol>
--	--

---

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Pengkajian

#### 1. Data Subjektif

Data pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada Klien 1 Klien 2 yang mengalami masalah Nyeri Akut dan Gangguan Integritas Kulit dengan adanya keluhan utama pada Klien 1 yaitu mengeluh nyeri pada luka bagian punggung kaki kiri dengan skala 7, sedangkan Klien 2 dengan keluhan utama yaitu mengeluh nyeri pada luka bagian tumit kaki kiri dengan skala 8.

Diabetes Melitus merupakan klien yang memiliki kadar glukosa darah yang tinggi atau tidak terkontrol dan lebih rentan mengalami

gangren sehingga menyebabkan komplikasi kronik neuropati perifer berupa sensorik, motorik, dan autonomi serta berakibat pada pembuluh darah besar dan kapiler sehingga aliran darah ke kaki terganggu dan terjadi nekrosis yang mengakibatkan ulkus diabetikum (Lellu, 2021). Hal ini merupakan penyakit yang disebabkan oleh penurunan jumlah insulin yang diproduksi dalam tubuh sehingga mempengaruhi segala aspek kehidupan penderita jika tidak ditangani secara tepat. Oleh karena itu, perilaku sehat yang harus dilakukan oleh klien Diabetes Melitus Tipe II yang mengalami gangren yaitu menjaga pola makan, aktifitas fisik, menghentikan kebiasaan merokok, tidak mengonsumsi alkohol, perawatan luka dan melakukan pengobatan serta pemeriksaan rutin (Aini & Indarjo, 2021).

Peneliti berpendapat munculnya keluhan berupa nyeri terkait luka diabetik merupakan tanda yang umum terjadi pada klien Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren, keluhan ini muncul pada saat klien datang dan sebelum klien dibawa ke RS, hal tersebut sesuai dengan apa yang didapatkan dari kedua masalah klien yaitu munculnya masalah nyeri akut dan gangguan integritas kulit.

## 2. Data Objektif

Berdasarkan hasil penelitian dari pemeriksaan fisik yang didapatkan Klien 1: Klien tampak lemah/ lemas, tampak meringis menahan nyeri, tampak luka/ ulkus diabetik pada punggung kaki kiri yang terbalut kasa, luka tampak odem dan berwarna kehitaman/ sianosis, luka berbau busuk yang menyengat, terdapat cairan eksudat



dan jaringan nekrotik, kekuatan otot 5-5-5-4, keadaan umum cukup lemah, kesadaran: Compos Mentis, GCS: 4-5-6, nafsu makan menurun 2-3 sendok/ porsi, skala nyeri: P: Nyeri luka diabetik Q: Ketusuk-tusuk R: Punggung kaki kiri S: 7 T: Sering, Observasi TTV TD: 139/87 mmHg, N: 84x/m, S: 36,6°C, RR: 22x/m, SpO<sub>2</sub>: 98%. Sedangkan pada Klien 2: keadaan umum lemah, tampak meringis menahan nyeri, tampak ulkus diabetik pada tumit kaki kiri yang terbalut kasa, luka tampak odem dan berwarna kehitaman/ sianosis, luka berbau busuk yang menyengat, terdapat cairan eksudat dan jaringan nekrotik, kekuatan otot 5-5-5-4, kesadaran Compos Mentis, GCS: 4-5-6, nafsu makan menurun 2-3 sendok/ porsi, skala nyeri: P: Nyeri luka diabetik Q: Ketusuk-tusuk R: Tumit kaki kiri S: 8 T: Sering, Observasi TTV TD: 94/62 mmHg, N: 74x/m, S: 36,2°C, RR: 22 x/m, SpO<sub>2</sub>: 98%.

Menurut (Aprelia & Suhandana, 2023), Untuk mengetahui suatu masalah maka, diperlukan proses pengkajian keperawatan dimana sebuah pemikiran yang mendasar dari proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan data dan informasi mengenai pasien, agar setelahnya mampu mengidentifikasi dengan baik dan benar terkait permasalahan yang ada pada pasien Diabetes Melitus dan prosesnya tersusun secara sistematis agar dapat mengevaluasi suatu status kesehatan pasien. Menurut temuan pada umumnya Diabetes Melitus ditandai dengan hiperglikemia yang menimbulkan gejala seperti poliuria, polidipsia, polifagia, dan rentan terhadap infeksi ketoasidosis

ataupun non-ketoasidosis(Widiasari et al., 2021). Terdapat gejala yang khas pada pasien Diabetes Melitus yaitu rasa lemah dan kesemutan atau nyeri pada kaki di malam hari, sehingga mengganggu waktu tidur bahkan bisa mengalami gangguan penglihatan. Oleh sebab itu, penanganan yang kurang efektif dalam mengatasi penyakit Diabetes Melitus akan mengakibatkan komplikasi akut bahkan kronis seperti perubahan mood, rentan sekali terhadap infeksi sehingga luka sukar sembuh dan perubahan vaskular ekstremitas bawah yang mengakibatkan terjadinya arteriosklerosis sehingga terjadinya komplikasi yang mengenai kaki (Indriyani et al., 2023)

Peneliti berpendapat, terdapat keluhan berupa nyeri terkait gejala seperti luka yang tak kunjung sembuh yang diakibatkan oleh infeksi sehingga luka diabetik merupakan tanda yang umum terjadi pada klien Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren, keluhan ini muncul klien Diabetes, hal tersebut sesuai dengan apa yang didapatkan dalam kedua masalah klien yaitu munculnya masalah nyeri akut dan gangguan integritas kulit karena kondisi yang menyerta.

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pada Klien 1 dan Klien 2, peneliti menegakkan diagnosis keperawatan utama yaitu nyeri akut didukung dari data subjektif pada klien 1 menyatakan nyeri dengan skala 7 pada luka bagian punggung kaki kiri, pada pemeriksaan klien nampak meringis menahan nyeri dan diagnosis keperawatan kedua yaitu gangguan integritas kulit didukung dari data subjektif pada Klien 1 menyatakan nyeri pada luka kaki kiri dan

tercium bau busuk yang menyengat dari luka, pada pemeriksaan terdapat luka diabetik pada punggung kaki kiri nampak odem dan warna kehitaman, adanya cairan eksudat dan jaringan nekrotik pada luka klien. Sedangkan pada Klien 2 didukung dari data subjektif klien 2 menyatakan nyeri dengan skala 8 pada luka bagian tumit kaki kiri, pada pemeriksaan klien nampak meringis menahan nyeri dan diagnosis kedua yaitu gangguan integritas kulit didukung dari data subjektif pada klien 2 menyatakan nyeri pada luka kaki kiri dan tercium bau busuk yang menyengat dari luka, pada pemeriksaan terdapat luka diabetik pada tumit kaki kiri yang menembus tulang, nampak odem dan warna kehitaman/sianosis pada daerah luka, adanya cairan eksudat dan jaringan nekrotik pada luka klien. Diabetes Melitus merupakan penyakit yang biasanya terjadi karena pankreas yang tidak dapat menghasilkan insulin yang cukup sehingga tidak dipergunakan secara efektif, dan juga ditafsirkan sebagai salah satu penyakit metabolisme yang diidentifikasi dengan adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah (Aprelia & Suhandi, 2023).

Peneliti berpendapat, berdasarkan teori dan fakta diatas perawat menegakkan diagnosa keperawatan utama nyeri akut dan kerusakan integritas kulit, karena hal ini sesuai dengan keluhan klien dimana mengontrol glukosa darah merupakan suatu kebutuhan dalam diri seseorang untuk hidup yang lebih sehat dan mencegah dari suatu penyakit.

#### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan adalah SLKI: Nyeri Akut dan SIKI: Manajemen nyeri yaitu: Memanajemen rasa nyeri klien dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dan memberikan terapi insulin sesuai kebutuhan klien. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terapi musik, bermain atau menonton TV serta memberikan terapi analgetik. SLKI: Gangguan Integritas Kulit dan SIKI: Perawatan Luka yaitu: Tindakan merawat luka dengan upaya untuk mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman atau bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya dengan cara melakukan perawatan luka *Wound Dressing Modern* 2 hari sehari. Melakukan perawatan luka dengan cara *Wound Dressing Modern* yaitu untuk mempertahankan kelembapan luka sehingga luka cepat membentuk jaringan granulasi dan meminimalkan cairan eksudat yang keluar dari luka klien.

Intervensi suatu tindakan yang akan dilakukan oleh perawat dari permasalahan yang muncul dan kemudian melakukan strategi penyusunan rencana keperawatan tentang bagaimana, kapan, dan apa yang akan dilakukan untuk memecahkan suatu masalah keperawatan (Santoso et al., 2022). Menurut (Tim Pokja SLKI DPP, 2022) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan nyeri akut dan gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil: keadaan umum membaik, pasien tidak meringis menahan nyeri, keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, nafsu makan membaik dan perfusi jaringan meningkat,

kerusakan jaringan dan kulit menurun, nyeri menurun, nekrosis menurun, jaringan granulasi meningkat edema pada luka menurun, dan bau busuk/tidak sedap menurun. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti, terapi musik, bermain atau menonton TV, mengkolaborasi pemberian analgetik dengan dokter, memonitor karakteristik luka seperti drainase, warna, ukuran, bau, memonitor tanda-tanda infeksi, melakukan peratan luka *Wound Dressing Modern*, jadwalkan perawatan luka 2 hari sekali, mengkolaborasikan dengan dokter pemberian antibiotik dan mengkolaborasikan dengan ahli gizi dalam pemberian diet Diabetes Melitus (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Peneliti berpendapat, secara umum pada klien Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren dengan masalah keperawatan nyeri akut dan gangguan integritas kulit merupakan masalah yang serius sehingga pentingnya mengedukasi klien untuk memberikan pengetahuan kepada klien pentingnya dalam menjaga pola makan dan pola kesehatan dengan baik dan pentingnya masalah mandiri yaitu untuk meningkatkan kemampuan klien secara mandiri dalam melakukan upaya mewujudkan kesehatan yang lebih baik serta masalah kolaborasi yaitu pola dan bentuk hubungan yang dilakukan antara klien keluarga dan perawat untuk saling berpartisipasi dan menyetujui untuk dilakukan tindakan kepada klien.

#### 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Klien 1 dan Klien 2 pada diagnosa keperawatan pertama yaitu nyeri akut SIKI: Manajemen nyeri yaitu upaya untuk mengelola atau mengurangi rasa nyeri yang dialami klien dengan cara memberikan terapi non-farmakologis seperti terapi musik, bermain atau menonton TV, memberikan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri pada klien dan juga mengidentifikasi skala nyeri dan faktor yang memperberat nyeri. Sedangkan pada diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan integritas kulit SIKI: Perawatan luka yaitu tindakan merawat luka yang dilakukan 2 hari sekali untuk mencegah infeksi atau menghambat pertumbuhan bakteri pada bagian tubuh yang lainnya dengan memberikan perawatan Wound Dressing Modern untuk mempertahankan kelembapan pada luka sehingga meminimalkan cairan eksudat dan menumbuhkan jaringan granulasi serta mengobservasi karakteristik luka seperti drainase, warna, bau, ukuran dan memonitor tanda-tanda infeksi pada luka klien.

Implementasi merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan dari bentuk intervensi keperawatan yang telah dibuat guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Permani et al., 2023). Implementasi yang dilakukan pada pasien Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren yaitu melakukan tindakan mengkaji tingkat nyeri dan skala nyeri, mengobservasi daerah yang tertekan atau memperberat nyeri, mengontrol lingkungan yang dapat memperberat nyeri, melakukan teknik non-farmakologis dengan terapi

musik, bermain atau menonton TV, memberikan analgetik dan antibiotik untuk infeksi pada luka, memberikan terapi insulin serta melakukan perawatan luka *Wound Dressing Modern* yang dilakukan dalam 2 hari sekali.

Peneliti berpendapat, melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan adalah suatu hal yang mutlak yang harus dilakukan oleh seorang perawat dalam mengatasi masalah nyeri akut serta gangguan integritas kulit pada klien Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren, pelaksanaan yang tepat untuk membantu progress penyembuhan klien dan penyembuhan luka, hal tersebut sudah tercermin sebagaimana implementasi yang dilakukan pada kasus ini.

#### 4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam didapatkan bahwa setiap klien mengalami integrasi yang cukup meningkat, namun diantara klien 1 dan klien 2, klien 1 lebih menghasilkan keadaan yang pulih dengan baik namun klien 2 masih dalam pemulihan tahap lanjutan. Pada klien 1 skala nyeri awal 7 menurun menjadi 2-3 dengan durasi hilang timbul dan kerusakan jaringan pada luka membaik ditandai dengan tumbuhnya jaringan granulasi, edema menurun, kehitaman pada luka berkurang, nekrotik dan cairan eksudat berkurang. Pada klien 2 dapat teratasi sebagian dengan skala nyeri awal 8 menurun menjadi 5 pada hari ke 4 dan kerusakan jaringan pada luka teratasi sebagian dan memerlukan tindakan debridement dikarenakan infeksi luka

sudah terlalu dalam dan menembus tulang tumit kaki kiri klien sehingga memerlukan tindakan ini untuk mencegah luka menyebar luas.

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang dilakukan pada tahap akhir implementasi dan akhir asuhan keperawatan dengan melibatkan klien, perawat dan tenaga kesehatan lainnya (Izzah & Solihah, 2024). Evaluasi adalah tahap dimana membandingkan hasil dari tindakan yang sudah diberikan terhadap klien dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada intervensi dan juga menilai apakah masalah sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau belum teratasi. Efektifitas dari tindakan yang diberikan terus dilakukan evaluasi sebagai landasan suatu penilaian pencapaian hasil status klien setiap tindakan apa yang sudah diberikan (Lukman et al., 2023). Tujuan dari evaluasi adalah untuk melihat suatu pencapaian asuhan keperawatan dengan menemukan perkembangan klien dari skala nyeri menggunakan NRS dan Wong Baker yang menunjukkan terapat penurunan intensitas nyeri setelah intervensi dilakukan dan menampakkan raut wajah yang lebih tenang dan nyaman saat berjalan serta tidak menunjukkan ekspresi menahan nyeri (Tim Pokja SLKI DPP, 2022).

Peneliti berpendapat, evaluasi secara continew/ konfrensif harus dilakukan oleh perawat sesuai dengan indikator outcome yang telah ditetapkan sebelumnya, perawat perlu mengevaluasi masalah nyeri akut dan gangguan integritas kulit dalam kurun waktu 4x24 jam, perubahan data pada aspek subjektif dan objektif dapat menggambarkan progress dari ketercapaian tujuan dari asuhan keperawatan yang dilakukan oleh



perawat untuk klien, sebagaimana kasus ini yang keduanya mendapatkan bahwa masalah klien teratasi hal tersebut sudah menggambarkan apa yang dilakukan oleh perawat telah berjalan dengan baik sehingga mencapai hasil yang maksimal.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan data yang diperoleh oleh peneliti dalam laporan kasus dan pembahasan pada Asuhan Keperawatan dengan masalah keperawatan Nyeri Akut dan Gangguan Integritas Kulit pada Klien 1 dan Klien 2 dengan diagnosa Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan, maka peneliti mengambil kesimpulan dan saran:

1. Pengkajian Keperawatan yang dilakukan kepada Klien 1 dan Klien 2 pada tanggal 26 Maret 2024 secara subjektif terdapat perbedaan dan juga kesamaan. Pada klien 1 berjenis kelamin perempuan mengeluh nyeri pada luka dibagian punggung kaki kiri dengan skala nyeri 7 dengan durasi sering, sedangkan pada klien 2 berjenis kelamin perempuan mengeluh nyeri pada luka dibagian tumit kaki kiri dengan skala 8 dengan durasi sering. Keduanya sama-sama mengeluh nyeri pada kaki kiri namun beda pada bagiannya, klien 1 dibagian punggung kaki dan klien 2 dibagian tumit kaki.
2. Diagnosa keperawatan yang diambil oleh peneliti untuk Klien 1 dan Klien 2 adalah yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan yang kedua yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit.
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan kepada Klien 1 dan Klien 2 dengan masalah keperawatan yang pertama yaitu nyeri akut sudah

sesuai dengan kebutuhan klien yaitu memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi lokasi dan karakteristik nyeri dan mengidentifikasi skala nyeri, memberikan terapi non-farmakologis mendengarkan musik atau menonton TV untuk mengurangi rasa nyeri dan mengkolaborasikan dengan dokter pemberian analgetik sesuai kebutuhan klien. Masalah keperawatan yang kedua yaitu gangguan integritas kulit yaitu memonitor karakteristik luka mulai dari drainase, warna, ukuran, bau dan memonitor tanda-tanda infeksi, melakukan perawatan luka Wound Dressing Modern 2 hari sekali dan mengkolaborasikan pemberian antibiotik dengan dokter sesuai dengan kebutuhan klien.

4. Implementasi keperawatan pada kedua klien dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang sudah dibuat.
5. Hasil dan evaluasi keperawatan beberapa intervensi telah dipenuhi, seperti skala keluhan nyeri menurun, tidak menunjukkan ekspresi menahan nyeri dan kerusakan pada jaringan menurun, jaringan nekrotik dan jumlah eksudat menurun dan membentuk jaringan granulasi, sehingga dapat disimpulkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan jaringan teratasi sebagian.

## **5.2 Saran**

1. Bagi klien dan keluarga

Bagi klien dan keluarga dapat mengetahui terkait penyakit beserta ilmu pengetahuan terhadap dampak positif dan negatif dari penyakit,

dan diharapkan dapat meningkatkan mutu kesetia dirumah dengan melakukan perawatan luka secara mandiri dan dapat mengontrol glukosa darah dengan olahraga teratur dan menjaga pola makan. Oleh karena itu, klien dapat mengintegrasikan perkembangan mutu kesehatan dirumah serta diimbangi dengan melakukan pemeriksaan rutin setiap bulannya.

2. Bagi perawat

Perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren diharapkan selalu berkoordinasi dengan petugas kesehatan lainnya (Dokter, Gizi, Laboratorium, Radiologi) agar hasil dapat dicapai secara maksimal.

3. Bagi peneliti lainnya

Dapat menambah wawasan dan referensi yang berkaitan dengan Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren dan masalah keperawatan nyeri akut dan gangguan integritas kulit guna untuk memperluas wawasan dan pengetahuan bagi peneliti maupun siapapun yang berminat memperdalam kasus ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aini, A. N., & Indarjo, S. (2021). Indonesian Journal of Public Health and Nutrition Perilaku Sehat Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 yang Mengalami Gangren di Puskesmas Halmahera Kota Semarang Article Info. *Ijphn*, 1(1), 72–68. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/IJPHN>
- Allianz Indonesia. (2023). *Cegah Diabetes dengan Menjaga Kadar Gula Darah*. <https://www.allianz.co.id/explore/cegah-diabetes-dengan-menjaga-kadar-gula-darah.html>
- Anggraini, D., Widiani, E., & Budiono. (2023). Gambaran tanda diabetes mellitus tipe II pada pasien sebelum dan sesudah pemberian terapi air putih (Hydrotherapy): Study kasus. *Indonesian Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(2), 131–140.
- Aprelia, V., & Suhanda, S. (2023). Status Dignity pada Pasien Diabetes Melitus: Studi Kasus. *Indogenius*, 2(2), 82–87. <https://doi.org/10.56359/igj.v2i2.253>
- Aprilian Sihaloho, A. (2021). KEPERAWATAN, IMPLEMENTASI DAN EVALUASI. *Askep Impelementasi*, 19(10), 13. [https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as\\_sdt=0%2C5&q=KEPERAWATAN%2C+IMPLEMENTASI+DAN+EVALUASI&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=KEPERAWATAN%2C+IMPLEMENTASI+DAN+EVALUASI&btnG=)
- Arsa, R. gigih. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Ulkus Diabetikum Yang Dirawat Dirumah Sakit. In *Africa's potential for the ecological intensification of agriculture* (Vol. 53, Issue 9). [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1072/1/KTI\\_RANTAU\\_GIGIH\\_DWI\\_ARSA.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1072/1/KTI_RANTAU_GIGIH_DWI_ARSA.pdf)
- Budi Raharjo, S., Suratmin, R., Maulidia, D., Pratiwi, O., & Meutia Fidela, R. (2022). Perawatan Luka Ulkus Diabetikum: Tinjauan Literatur. *Journal Keperawatan*, 1(2), 98–104. <https://doi.org/10.58774/jourkep.v1i2.15>
- Fadhallah, R. . (2021). *Wawancara*. Unj Press.
- Hidayat, R., Naziyah, N., & Rizki, A. (2023). Penyuluhan Senam Kaki Diabetik sebagai Pencegahan Luka Kaki Diabetik pada Tenaga Kesehatan di Karawang Banten. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 6(10), 4072–4088. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v6i10.11534>
- Indriani, S., Amalia, I. N., & Hamidah, H. (2019). Hubungan Antara Self Care Dengan Insidensi Neuropaty Perifer Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II RSUD Cibabat Cimahi 2018. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 10(1), 54–67. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v10i1.85>
- Indriyani, Ludiana, & Dewi, T. K. (2023). Penerapan Senam Kaki Diabetes Melitus Terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Di Puskesmas Yosomulyo. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(2), 252–259. <https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/466/0>
- Indsutri, R., Gombong, P., Cikarang, J., Bekasi, U., Raya, J., Pasir, I., Jababeka, G., & Utara, C. (2023). *HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN*

*MOTIVASI PASIEN DENGAN PENERAPAN 5 PILAR PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI RS HARAPAN BUNDA TAHUN 2023. Simon 2020.*

- Izzah, A. N., & Solihah, I. (2024). *Penerapan Terapi Kompres Jahe Hangat Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Dengan Rheumatoid Arthritis dalam Konteks Keluarga Tahun 2023*. *xx*(1), 8–19.
- KEMENKES. (2022). *Sumber Makanan Yang Dapat Dikonsumsi Penderita Diabetes Melitus*. Kemenkes Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan. [https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/1936/diet-bagi-penderita-penyakit-diabetes](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1936/diet-bagi-penderita-penyakit-diabetes)
- Lellu, A. (2021). Analisis Hubungan Kadar Glukosa Darah Dengan Terjadinya Gangrene Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Batara Guru Belopa Tahun 2021. *Jurnal Kesehatan Luwu Raya*, 8(1), 51–55. <http://jurnalstikesluwurya.ac.id/index.php/eq/article/view/95/85>
- Lukman, Aguscik, & Agustini, V. A. (2023). Penerapan Manajemen Nutrisi Pada Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Tipe Ii Dengan Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi. *Jurnal Aisyiyah Palembang*, 8, 26–42.
- Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Dan Asuhan Keperawatan Stroke*. 1 Januari 2021. [https://books.google.co.id/books?id=u\\_MeEAAAQBAJ&dq=patofisiologi+d+diabetes+melitus+secara+umum&lr=&hl=id&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.co.id/books?id=u_MeEAAAQBAJ&dq=patofisiologi+d+diabetes+melitus+secara+umum&lr=&hl=id&source=gbs_navlinks_s)
- Mhikael, Y. (2021). *Memahami 4 Tahapan dalam Proses Penyembuhan Luka*. <https://hellosehat.com/hidup-sehat/pertolongan-pertama/proses-penyembuhan-luka/>
- Muhammad, H. (2022). *Suntikan Insulin untuk Diabetes: Begini Cara Tepat Melakukannya!* <https://www.gooddoctor.co.id/penyakit-kronis/diabetes/suntikan-insulin-untuk-diabetes-begini-cara-tepat-melakukannya/>
- Mustofa, E. E., Purwono, J., Keperawatan, A., Wacana, D., Kunci, K., & Darah, K. G. (2021). Penerapan Senam Kaki Terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Purwosari Kec. Metro Utara Tahun 2021. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(1), 78–86.
- Nurkamila, F. Y. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan Diabetes Mellitus Gangren Di Ruang Baitussalam 2 Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. In *Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung Semarang*.
- Oliver, J. (2019). Konsep Penyakit Dieabetes Tipe 1 dan 2. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Oliver, R. (2021). Diabetes Mellitus. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 2013–2015.
- Permani, N., Apriliani, I., & Dewi, F. K. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis*

- Skizofrenia pada Pasien Gangguan Jiwa. *Journal of Management Nursing*, 2(2), 191–195. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i2.81>
- Prabowo, N. A., Ardyanto, T. D., Hanafi, M., & Aryani, N. D. (2021). *Peningkatan Pengetahuan Diet Diabetes , Self Management Diabetes dan Penurunan Tingkat Stres Menjalani Diet pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret*. 24(2), 285–296.
- Pratiwi, K. (2019). *Gambaran Self Care Management pada Pasien Diabetes Mellitus Di Puskesmas 2 Denpasar Barat Tahun 2021*. 7–32.
- Purba, R. J. (2019). Pentingnya Perawat Melakukan Evaluasi Setelah Pelaksanaan Asuhan Keperawatan. In *Jurnal OSF* (pp. 1–7). <https://osf.io/8d4fm/download/?format=pdf>
- RSUD Bangil Pasuruan. (2023). *Prevalensi Penderita Diabetes Melitus 1 Tahun Terakhir*.
- Santoso, D., Dewe, E., & Murtiani. (2022). Asuhan Keperawatan Hipertermia Pada an S Dengan Febris Di Ruang Firdaus Rsi Banjarnegara. *Jurnal Inovasi Penelitian, Vol.3 No.(7)*, 6915–6922.
- Saputri, R. D. (2020). Komplikasi Sistemik Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 230–236. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.254>
- Sari, D. N., Suhartini, T., & Hartono, D. (2023). Pengaruh Modern Dressing Terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetic Foot Di RSUD Grati Pasuruan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 2(10), 612–623.
- Siloam. (2023a). *Diabetes tipe 2: Penyebab, Gejala dan Langkah Pengobatannya*. Siloam Hospital. <https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/diabetes-tipe-2>
- Siloam, H. (2023b). *Apa itu Gangrene? Ini Penyebab, Gejala, dan Pengobatannya*. <https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/apa-itu-gangrene>
- Suharto, A. (2021). *Perawatan Luka dengan Modern Dressing*. Kemenkes RS Soeradji Tirtonegoro. <https://rsupsoeradji.id/perawatan-luka-dengan-modern-dressing/>
- Suyani, S. (2022). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Bblr. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama*, 10(2), 199. <https://doi.org/10.31596/jkm.v10i2.1069>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. In *Edisi 1* (Cetakan II).
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. In *Edisi 1* (Cetakan II).
- Tim Pokja SLKI DPP, P. (2022). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. In *Edisi 1* (Cetakan II).

Widiasari, K. R., Made, I., Wijaya, K., & Suputra, P. A. (2021). TATALAKSANA. In *Ganesha Medicina Journal* (Vol. 1).

Zakiudin, A., Nur Janah, E., & Karyawati, T. (2023). Laporan Penyuluhan Kesehatan Tentang Diabetes Melitus Dan Senam Kaki Diabetik Pada Warga Desa Kutayu Kecamatan Tonjong Kabupaten Brebes. *Jurnal Locus Penelitian Dan Pengabdian*, 2(1), 27–37. <https://doi.org/10.58344/locus.v2i1.837>



Lampiran 1 Asuhan Keperawatan P1

## **ASUHAN KEPERAWATAN**

**PADA PASIEN** : Ny R  
**DENGAN DIAGNOSA MEDIS** : Diabetes Melitus Tipe II  
**DI RUANG** : Anggrek RSUD Bangil

## **DEPARTEMEN**

## **KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**



**Disusun Oleh:**

**ANIK NOVIANTI**  
**NIM 211210002**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN FAKULTAS**  
**VOKASI ITSkes INSAN CENDEKIA MEDIKA**  
**JOMBANG**  
**2024**



**PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
FAKULTAS VOKASI ITSKes INSAN CENDEKIA  
MEDIKA JOMBANG**

Jl. Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang, Telp. 0321-8494886  
Email: stikes.icme@yahoo.com

---

---

**Asuhan Keperawatan pada pasien Ny R  
Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II  
di Ruang Anggrek RSUD Bangil**

**I. PENGKAJIAN**

- A. Tanggal Masuk : 25 Maret 2024 .....
- B. Jam Masuk : 06.03 WIB .....
- C. Tanggal Pengkajian : 26 Maret 2024 .....
- D. Jam Pengkajian : 08.15 WIB .....
- E. No.RM : 0050xxxx .....

**F. Identitas**

**1. Identitas pasien**

- a. Nama : Ny R .....
- b. Umur : 47 Tahun .....
- c. Jenis kelamin : Perempuan .....
- d. Agama : Islam .....
- e. Pendidikan : Tamat SD .....
- f. Pekerjaan : IRT .....
- g. Alamat : Pandaan, Pasuruan .....
- h. Status Pernikahan : Menikah .....

**2. Penanggung Jawab Pasien**

- a. Nama : Tn S .....
- b. Umur : 51 Tahun .....
- c. Jenis kelamin : Laki-Laki .....
- d. Agama : Islam .....
- e. Pendidikan : Tamat SD .....
- f. Pekerjaan : Kuli Bangunan .....
- g. Alamat : Pandaan, Pasuruan .....
- h. Hub. Dengan PX : Suami PX .....

G. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka dikaki bagian kiri .....

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan mengalami luka sejak 3 bulan yang lalu namun tak kunjung sembuh dan pada akhirnya memutuskan dibawa ke IGD RSUD Bangil pada tanggal 25 Maret 2024 Pukul 06.03 WIB. Datang dengan keluhan nyeri pada luka kaki kiri pasien dan sering merasa mual sejak 3 hari terakhir. Kemudian disarankan Dokter untuk dirawat inap di ruang Anggrek RSUD Bangil dan dipindahkan pada Pukul 08.15 WIB. ....

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan sejak 7 bulan yang lalu pasien pernah mengalami luka bakar akibat tersiram air panas dipunggung kaki kiri, namun sempat sembuh tetapi 3 bulan terakhir bekas luka mengeluarkan cairan sampai sekarang meluas dan bau busuk. ....

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dan keluarga mengatakan dalam keluarganya tidak ada riwayat penyakit yang sama dengan pasien. ....

H. Pola Fungsi Kesehatan

1. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Merokok : Jumlah : Tidak...Jenis: Tidak...Ketergantungan: Tidak.....

b. Alkohol : Jumlah : Tidak... Jenis: Tidak....Ketergantungan: Tidak .....

c. Obat-obatan : Jumlah : Tidak... Jenis: Tidak....Ketergantungan: Tidak

d. Alergi : Tidak ada.....

e. Harapan dirawat di RS : Lepas Sembuh .....

f. Pengetahuan tentang penyakit : Klien mengetahui tentang penyakitnya

g. Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan : Mengetahui.....

h. Data lain : -.....



- h. Jumlah urine : 1900-2000 cc/ 24 jam.....
  - i. Data lain : Terpasang DC dan Pampers .....
6. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)
- a. Harga diri : Baik.....
  - b. Peran : Sebagai ibu dari anak-anaknya dan istri dari suaminya.....
  - c. Identitas diri : Pasien merupakan ibu rumah tangga .....
  - d. Ideal diri : Pasien mampu memposisikan dirinya dengan baik.....
  - e. Penampilan : Tidak rapi .....
  - f. Koping : Sedang sakit .....
  - g. Data lain : - .....
7. Peran dan Hubungan Sosial
- a. Peran saat ini : Pasien di RSUD Bangil .....
  - b. Penampilan peran : Terbatas .....
  - c. Sistem pendukung : Keluarga .....
  - d. Interaksi dengan orang lain : Mampu berinteraksi dengan baik .....
  - e. Data lain : - .....
8. Seksual dan Reproduksi
- a. Frekuensi hubungan seksual : Tidak terkaji.....
  - b. Hambatan hubungan seksual : Tidak terkaji .....
  - c. Periode menstruasi : 1 bulan sekali .....
  - d. Masalah menstruasi : Tidak ada.....
  - e. Data lain : - .....
9. Kognitif Perseptual
- a. Keadaan mental : Lemah.....
  - b. Berbicara : Baik .....
  - c. Kemampuan memahami : Mampu .....
  - d. Ansietas : Cemas/ gelisah .....
  - e. Pendengaran : Normal.....
  - f. Penglihatan : Normal.....
  - g. Nyeri : Ada.....
  - h. Data lain : Mengeluh nyeri pada luka bagian kaki kiri .....

10. Nilai dan Keyakinan

- a. Agama yang dianut : Islam .....
- b. Nilai/keyakinan terhadap penyakit : Meyakini penyakitnya datang dari  
tuhan .....
- c. Data lain : - .....

I. Pengkajian

a. Vital Sign

Tekanan Darah : 139/87 mmHg .. Nadi : 84 x/m .....

Suhu : 36,6 °C ..... RR : 22 x/m.....

- b. Kesadaran : Compos Mentis .....
- GCS : E: 4 V:5 M:6 .....

c. Keadaan Umum

- a. Status gizi :  Gemuk  Normal  Kurus  
Berat Badan : 76 Kg..... Tinggi Badan : 153 cm.....
- b. Sikap :  Tenang  Gelisah  Menahan nyeri

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

- a. Warna rambut : Hitam.....
- b. Kuantitas rambut : Rontok .....
- c. Tekstur rambut : Halus sedikit kasar.....
- d. Kulit kepala : Tidak ada benjolan .....
- e. Bentuk kepala : Bulat/ simetris .....
- f. Data lain : - .....

2) Mata

- a. Konjungtiva : Anemis .....
- b. Sclera : Putih .....
- c. Reflek pupil : Isokor +/- .....
- d. Bola mata : Simetris kanan dan kiri .....
- e. Data lain : - .....

3) Telinga

- a. Bentuk telinga : Normal .....
- b. Kesimetrisan : Simetris kanan dan kiri .....

- c. Pengeluaran cairan : Tidak ada .....
  - d. Data lain : - .....
- 4) Hidung dan Sinus
- a. Bentuk hidung : Simetris.....
  - b. Warna : Kuning langsung.....
  - c. Data lain : - .....
- 5) Mulut dan tenggorokan
- a. Bibir : Simetris .....
  - b. Mukosa : Kering dan pucat .....
  - c. Gigi : Putih .....
  - d. Lidah : Kotor .....
  - e. Palatum : Tidak ada kelainan .....
  - f. Faring : Normal .....
  - g. Data lain : - .....
- 6) Leher
- a. Bentuk : Simetris.....
  - b. Warna : Kuning langsung.....
  - c. Posisi trakea : Di tengah.....
  - d. Pembesaran tiroid : Tidak ada.....
  - e. JVP : Tidak ada peningkatan.....
  - f. Data lain : - .....
- 7) Thorax
- Paru-Paru
    - a. Bentuk dada: Simetris .....
    - b. Frekuensi nafas : 22 x/m .....
    - c. Kedalaman nafas : Normal.....
    - d. Jenis pernafasan : Reguler.....
    - e. Pola nafas : Eupnea .....
    - f. Retraksi dada : Tidak ada.....
    - g. Irama nafas : Ireguler .....
    - h. Ekspansi paru : Normal kembang kempis.....
    - i. Vocal fremitus : Fremitus taktil sama kanan kiri .....

- j. Nyeri : Tidak ada.....
- k. Batas paru : Normal .....
- l. Suara nafas : Vesikuler.....
- m. Suara tambahan : Tidak ada .....
- n. Data lain : -.....
- Jantung
  - a. Ictus cordis : Teraba di ICS V darri linea midklavikula kiri.....
  - b. Nyeri : Tidak ada.....
  - c. Batas jantung : Kiri bawah ICS 5, kanan bawah ICS 4, kanan atas ICS 2, kiri atas ICS 2 .....
  - d. Bunyi jantung : SJ 1 dan SJ 2 tunggal.....
  - e. Suara tambahan : Tidak ada .....
  - f. Data lain : -.....

8) Abdomen

- a. Bentuk perut: Simetris/ buncit .....
- b. Warna kulit : Kuning langsung .....
- c. Lingkar perut Tidak terkaji .....
- d. Bising usus : Normal 20 x/m.....
- e. Massa : Tidak ada.....
- f. Acites : Tidak ada.....
- g. Nyeri : Tidak ada.....
- h. Data lain : -.....

9) Genetalia :

- a. Kondisi meatus : Bersih .....
- b. Kelainan skrotum : Tidak ada .....
- c. Odem vulva : Tidak ada .....
- d. Kelainan : Tidak ada .....
- e. Data lain : -.....

10) Ekstremitas

- a. Kekuatan otot: 5-5-5-5 .....
- b. Turgor : Normal .....
- c. Odem : Ada didaerah luka kaki kiri (punggung kaki) .....



- d. Nyeri : Ada (skala 7) .....
- e. Warna kulit : Kuning langsung (kehitaman bagian luka) .....
- f. Akral : Hangat (terasa dingin pada daerah luka).....
- g. Sianosis : Ada.....
- h. Parese : Tidak ada .....
- i. Alat bantu : Kursi roda/ Bed .....
- j. Data lain : -.....

e. Pemeriksaan Penunjang

Hematologi darah lengkap:

- Hemoglobin (HGB)	L 10,90 g/dL
- MCV	L 75,05 fL
- MCV	L 24,73 pg
- RDW	H 14,15 %
- Leukosit (WBC)	H 27,11 x10 <sup>3</sup> /μL
- Neutrofil %	H 89,6 %
- Limfosit %	L 6,0 %
- Neutrofil	24,3 x10 <sup>3</sup> /μL
- Monosit	1,05 x10 <sup>3</sup> /μL
- PLT	395 x10 <sup>3</sup> /μL
- MPV	8,956 fL
- NLR	14,82

f. Terapi Medik

- Inf. Sodium Chlorida	IV 20 tpm
- Inf. Panamin Tutosol	IV 2:1
- Inj. Lanzoprazole	IV 1x30 mg
- Inj. Fomycyin	IV 2x2 gr
- Inj. Metronidazole	IV 3x500 mg
- Inj. Santagesik	IV 3x1 gr
- Inj. Ondansetron	IV 3x8 mg
- Inj. Apidra	SC 3x4 u/ml
- Inj. Lantus	SC 1x6 u/ml
- Tfs. PRC	1 Kolf
- Wound Care	1x2 hari

## II. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p><b>Data Subjektif:</b> Klien mengatakan nyeri pada luka dibagian punggung kaki kiri</p> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak luka/ ulkus kaki kiri dan terbalut kasa</li> <li>2. Tampak bengkak pada bagian luka</li> <li>3. Turgor kulit normal</li> <li>4. Akral hangat kecuali area luka teraba dingin</li> <li>5. Terpasang DC (1900-2000/ 24 jam)</li> <li>6. Tampak sering minum menghabiskan (2000-2500 ml/ 24 jam)</li> <li>7. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/ porsi)</li> <li>8. Skala nyeri: P: Nyeri karena luka Q: Ketusuk-Tusuk R: Punggung Kaki bagian kiri S: 7 T: Sering</li> <li>9. TTV TD: 139/87 mmHg N: 84x/m S: 36,6 °C RR: 22x/m SpO2: 98%</li> <li>10. GDS: 448 mg/dl GDP: 205 mg/dl</li> <li>11. CRT &lt;2 detik</li> <li>12. Keadaan umum: lemah</li> <li>13. Kesadaran: Compos Mentis GCS: 4-5-6</li> <li>14. Klien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>15. Kekuatan otot: <math>\frac{5}{5} \mid \frac{5}{4}</math></li> </ol>	<p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Glukosa Darah Meningkat</p> <p>↓</p> <p>Luka diabetik tak kunjung sembuh</p> <p>↓</p> <p>Pertumbuhan bakteri</p> <p>↓</p> <p>Luka membesar dan membusuk</p> <p>↓</p> <p>Neuropati diabetik</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<p><b>Nyeri Akut</b></p>

<p><b>2.</b></p>	<p><b>Data Subjektif:</b> Klien mengatakan nyeri pada luka di punggung kaki kiri</p> <p><b>Data objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak luka diabetik dan kerusakan jaringan pada punggung kaki kiri</li> <li>2. Tampak bengkak dan warna kehitaman pada daerah luka</li> <li>3. Akral hangat kecuali di daerah luka teraba dingin</li> <li>4. Luka berbau busuk</li> <li>5. Terdapat cairan eksudat dan jaringan nekrotik</li> <li>6. Drainase + Warna hitam Bau +busuk Ukuran lebar</li> <li>7. TTV TD: 139/87 mmHg N: 84 x/m RR: 22 x/m S: 36,6°C SpO2: 98%</li> <li>8. GDS: 448 mg/dl GDP: 205 mg/dl</li> <li>9. Keadaan umum: lemah</li> <li>10. Tampak meringis menahan nyeri</li> <li>11. Kesadaran: Compos Mentis GCS: 4-5-6 CRT &lt;2 detik</li> <li>12. Kekuatan otot: <math>\frac{5}{5} \mid \frac{5}{4}</math></li> </ol>	<p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Mengendapnya glukosa dalam pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Suplai O2 dan nutrisi ke jaringan terhambat</p> <p>↓</p> <p>Penumpukan bakteri</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p> <p>↓</p> <p>Timbulnya nekrotik dalam jaringan</p> <p>↓</p> <p>Jaringan memburuk</p> <p>↓</p> <p>Timbulnya pembusukan dan bau membusuk</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan integritas kulit</p>	<p><b>Gangguan Integritas Kulit</b></p>
------------------	--	--	---

### III. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis .....
- .....
2. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit.....
- .....

#### IV. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI																																																																																																							
1.	<p><b>Nyeri Akut (D. 0077)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 detik.</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2. Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Nyeri Akut dapat teratasi.</p> <p>Label SLKI: (L. 08066) Tingkat nyeri</p> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <table border="1" data-bbox="644 629 999 1447"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Ekspetasi: menurun</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Sikap protektif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kesulitan tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Ketegangan otot</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Ekspetasi: membaik</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>Pola nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td>Nafsu makan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>11.</td> <td>Pola tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: menurun							1.	Keluhan nyeri					5	2.	Meringis					5	3.	Sikap protektif				4		4.	Gelisah					5	5.	Kesulitan tidur					5	6.	Ketegangan otot				4		Ekspetasi: membaik							7.	Frekuensi nadi					5	8.	Pola nafas					5	9.	Tekanan darah					5	10.	Nafsu makan					5	11.	Pola tidur					5	<p><b>Label SIKI: (I. 08238)</b> <b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>Aktivitas keperawatan: <b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi repon nyeri non verbal</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, hipnosis, terapi musik, terapi pijat, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu</li> </ol>
No	Kriteria Hasil	Indeks																																																																																																								
		1	2	3	4	5																																																																																																				
Ekspetasi: menurun																																																																																																										
1.	Keluhan nyeri					5																																																																																																				
2.	Meringis					5																																																																																																				
3.	Sikap protektif				4																																																																																																					
4.	Gelisah					5																																																																																																				
5.	Kesulitan tidur					5																																																																																																				
6.	Ketegangan otot				4																																																																																																					
Ekspetasi: membaik																																																																																																										
7.	Frekuensi nadi					5																																																																																																				
8.	Pola nafas					5																																																																																																				
9.	Tekanan darah					5																																																																																																				
10.	Nafsu makan					5																																																																																																				
11.	Pola tidur					5																																																																																																				

2.	<p><b>Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan (D. 0129)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Kerusakan kulit (dermis/ epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligamen).</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan sirkulasi</li> <li>2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)</li> <li>3. Kekurangan / kelebihan volume cairan</li> <li>4. Penurunan mobilitas</li> <li>5. Bahan kimia iritatif</li> <li>6. Suhu lingkungan yang ekstrem</li> <li>7. Faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) / faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)</li> <li>8. Efek samping terapi radiasi</li> <li>9. Kelembapan</li> <li>10. Proses penuaan</li> <li>11. Neuropati perifer</li> <li>12. Perubahan hormonal</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan dapat teratasi.</p> <p>Label SLKI: (L. 14125) Integritas kulit dan jaringan</p> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <table border="1" data-bbox="651 548 986 2004"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Ekspetasi: meningkat</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Hidrasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perfusi jaringan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Ekspetasi: menurun</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kerusakan jaringan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kerusakan kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Pendarahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>Hematoma</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>Nekrosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td>Pigmentasi abnormal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>11.</td> <td>Abrasi kornea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Ekspetasi: membaik</td> </tr> <tr> <td>12.</td> <td>Suhu kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>13.</td> <td>Sensasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>14.</td> <td>Tekstur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>15.</td> <td>Pertumbuhan rambut</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: meningkat						1.	Hidrasi					5	2.	Perfusi jaringan					5	Ekspetasi: menurun						3.	Kerusakan jaringan					5	4.	Kerusakan kulit					5	5.	Nyeri					5	6.	Pendarahan					5	7.	Kemerahan					5	8.	Hematoma					5	9.	Nekrosis					5	10.	Pigmentasi abnormal					5	11.	Abrasi kornea					5	Ekspetasi: membaik						12.	Suhu kulit					5	13.	Sensasi					5	14.	Tekstur					5	15.	Pertumbuhan rambut					5	<p><b>Label SIKI: (I. 14564)</b> <b>Perawatan Luka</b></p> <p>Aktivitas keperawatan: <b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>5. Berikan salep yang sesuai kekulit/ lesi</li> <li>6. Pasang balutan sesuai luka</li> <li>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/ kg BB/ hari dan protein 1,25-1,5 g/kg/BB/ hari</li> <li>11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, C, Zinc, asam amino)</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol>
No	Kriteria Hasil	Indeks																																																																																																																																								
		1	2	3	4	5																																																																																																																																				
Ekspetasi: meningkat																																																																																																																																										
1.	Hidrasi					5																																																																																																																																				
2.	Perfusi jaringan					5																																																																																																																																				
Ekspetasi: menurun																																																																																																																																										
3.	Kerusakan jaringan					5																																																																																																																																				
4.	Kerusakan kulit					5																																																																																																																																				
5.	Nyeri					5																																																																																																																																				
6.	Pendarahan					5																																																																																																																																				
7.	Kemerahan					5																																																																																																																																				
8.	Hematoma					5																																																																																																																																				
9.	Nekrosis					5																																																																																																																																				
10.	Pigmentasi abnormal					5																																																																																																																																				
11.	Abrasi kornea					5																																																																																																																																				
Ekspetasi: membaik																																																																																																																																										
12.	Suhu kulit					5																																																																																																																																				
13.	Sensasi					5																																																																																																																																				
14.	Tekstur					5																																																																																																																																				
15.	Pertumbuhan rambut					5																																																																																																																																				

16	Jaringan parut					5
----	----------------	--	--	--	--	---

Label SLKI: (L. 07056)

Penyembuhan Luka

**Kriteria hasil:**

No	Kriteria Hasil	Indeks				
		1	2	3	4	5
Ekspetasi: meningkat						
1.	Penyatuan kulit					5
3.	Jaringan granulasi					5
4.	Pembentukan jaringan parut					5
Ekspetasi: menurun						
5.	Edema pada sisi luka					5
6.	Peradangan luka					5
7.	Nyeri					5
8.	Bau tidak sedap pada luka					5
9.	nekrosis					5
10.	Infeksi					5

**Kolaborasi:**

1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

## V. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
1.	Selasa/ 26 Maret 2024	08.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 139/87 mmHg, N: 84 x/m, S: 36,6°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S: 7, T: Sering)</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri)</li> <li>4. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr dan Lanzoprazole 1x30mg)</li> <li>5. Mentranfusikan cairan Metronidazole 3x500mg</li> <li>6. Mengecek glukosa darah sewaktu (GDS: 448 mg/dl)</li> <li>7. Menganjurkan pasien puasa selama minimal 8 jam</li> <li>8. Memfasilitasi istirahat dan mengontrol lingkungan yang dapat memeperberat nyeri (menyangga kaki dengan bantal)</li> </ol>	ANIK
1.	Selasa/ 26 Maret 2024	16.52 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 128/84 mmHg, N: 85x/m, RR: 22x/m, S:36,5°C, SpO2: 98%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S: 7, T: Sering)</li> <li>3. Mengecek glukosa darah puasa (GDP:208 mg/dl)</li> <li>4. Memberikan injeksi (Santagesik 3x1, Ondansetron 3x1)</li> <li>5. Menginjeksikan Apidra 4 U/ml setiap sebelum makan</li> <li>6. Mentransfusikan Metronidazole 3x500 mg</li> <li>7. Menganjurkan pasien minum dan makan</li> <li>8. Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi (nafsu makan menurun menghabiskan 2-3 sendok/ porsi dan disertai mual-mual)</li> </ol>	ANIK

1.	Selasa/ 26 Maret 2024	17.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengambil sampel darah arteri untuk mengecek darah lengkap ke laboratorium</li> <li>2. Mengganti cairan habis Sodium Chlorida 20 Tpm dengan yang baru</li> <li>3. Mengajarkan keluarga pasien menginjeksikan insulin secara mandiri</li> <li>4. Menganjurkan sebelum tidur untuk menginjeksikan Lantus 6 U/ml</li> <li>5. Membuang urine (750 cc/ 8 jam)</li> </ol>	
1.	Rabu/ 27 Maret 2024	08.25 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 125/79 mmHg, N: 86 x/m, S: 36°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S: 6, T: Sering)</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri)</li> <li>4. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr)</li> <li>5. Mentranfusikan cairan Metronidazole 3x500mg</li> <li>6. Mengambil sampel darah arteri untuk dilaboratkan</li> <li>7. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:357 mg/dl)</li> <li>8. Memonitor cairan infus macet Sodium Chlorida 20 tpm</li> <li>9. Melakukan DC Hygine dan Membuang urine pasien (1900 cc/24 jam)</li> </ol>	ANIK
2.	Rabu/ 27 Maret 2024	10.36 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempersiapkan alat perawatan luka</li> <li>2. Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>4. Melepaskan balutan dan plester perlahan</li> <li>5. Memonitor karakteristik luka (Drainase: banyak, ukuran: lebar dan panjang, warna: kehitaman, bau: menyengat /busuk)</li> <li>6. Memonitor tanda-tanda infeksi (rubor ada, calor ada, tumor tidak dan dolor ada)</li> <li>7. Membersihkan luka dengan cairan NS/cairan khusus wound irrigation solution</li> <li>8. Membersihkan jaringan nekrotik (membuang jaringan mati dan mengeluarkan eksudat)</li> <li>9. Memberikan salep antimikrobia</li> </ol>	ANIK



			(salep Iodosorb Powder dicampur salep Sulfadiazine Silver 10. Melapisi luka dengan balutan Framycetin Sulfat untuk mempertahankan kelembapan 11. Mengganti balutan kasa pada luka sesuai ukuran dan jumlah eksudat	
1.	Rabu/ 27 Maret 2024	11.45 WIB	1. Mengidentifikasi skala nyeri (P: nyeri karena luka, Q: ketusuk-tusuk, R: bagian luka pada punggung kaki kiri, S: 6, T: hilang timbul) 2. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/ nyeri) 3. Menginjeksikan insulin Apidra 4 U/ml sebelum makan siang pasien 4. Selang beberapa menit membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi pasien (menghabiskan 4-5 sendok/ porsi, tidak mual-mual) 5. Menganjurkan pasien latihan berjalan secara mandiri	ANIK
1.	Kamis/ 28 Maret 2024	09.15 WIB	1. Memonitor TTV (TD: 118/80 mmHg, N: 82 x/m, S: 36,5°C, RR:22x/m, SpO2: 98%) 2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S:4, T: hilang timbul) 3. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri) 4. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr) 5. Mentranfusikan PRC 1 kolf 6. Mengambil sampel darah arteri untuk dilaboratkan 7. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:257 mg/dl) 8. Mengganti cairan Sodium Chlorida 20 tpm dengan Panamin Tutosol 2:1 9. Melakukan DC Hygine dan Membuang urine pasien (1300 cc/24 jam)	ANIK
1.	Kamis/ 28 Maret 2024	12.30 WIB	1. Memonitor skala nyeri dan melatih berjalan secara mandiri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S:4, T: Hilang timbul) 2. Melepas tranfusi darah PRC 1Kolf 3. Menganjurkan pasien untuk melatih berjalan secara berulang dan dijadwalkan 2-3x sehari	ANIK

			<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menganjurkan keluarga untuk ikut serta dan membantu dalam melatih pasien berjalan</li> <li>5. Memfasilitasi pasien istirahat dan tidur siang (membatasi pengunjung, menutup kelambu bed pasien)</li> </ol>	
1.	Kamis/ 28 Maret 2024	16.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 120/80 mmHg, N: 84x/m, S: 36,5°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg)</li> <li>3. Menginjeksikan insulin Apidra 4 U/ml sebelum makan</li> <li>4. Mengganti cairan Panamin Tutosol 2:1 dengan cairan Sodium Chlorida 20 tpm</li> <li>5. Menganjurkan pasien melakukan terapi non farmakologi dengan menonton TV atau mendengarkan musik untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	ANIK
1.	Jum'at/ 29 Maret 2024	09.40 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 120/84 mmHg, N: 82x/m, S: 36,5°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Memonitor skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki kiri, S:2-3, T: Hilang timbul)</li> <li>3. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr)</li> <li>4. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:231 mg/dl)</li> <li>5. Menganjurkan pasien puasa kurang lebih selama 8 jam</li> <li>6. Memberikan informasi terkait perkembangan dan saran dokter (pasien rencana pulang)</li> </ol>	ANIK
2.	Jum'at/ 29 Maret 2024	10.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan informasi pada pasien akan dilakukan perawatan luka</li> <li>2. Mempersiapkan alat perawatan luka</li> <li>3. Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka</li> <li>4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>5. Melepaskan balutan dan plester perlahan</li> <li>6. Memonitor karakteristik luka (Drainase: sedikit, ukuran: mengecil, warna: kehitaman, bau: menyengat berkurang)</li> <li>7. Memonitor tanda-tanda infeksi (rubor berkurang, calor, tumor berkurang dan dolor berkurang)</li> </ol>	ANIK

			<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Membersihkan luka dengan cairan NS/cairan khusus wound irrigation solution</li> <li>9. Membersihkan jaringan nekrotik (membuang jaringan mati dan mengeluarkan eksudat)</li> <li>10. Memberikan salep antimikrobia (salep Iodosorb Powder dicampur salep Sulfadiazine Silver)</li> <li>11. Melapisi luka dengan balutan Framycetin Sulfat untuk mempertahankan kelembapan</li> <li>12. Mengganti balutan kasa pada luka sesuai ukuran dan jumlah eksudat</li> </ol>	
1.	Jum'at/ 29 Maret 2024	15.20 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien akan dipulangkan</li> <li>2. Memberikan injeksi (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr)</li> <li>3. Mengecek gula darah puasa (GDP:127mg/dl)</li> <li>4. Melepas Infus</li> <li>5. Melepas DC</li> <li>6. Memberikan informasi untuk kontrol rawat luka dijadwalkan 3 hari sekali di Poli DM</li> <li>7. Memberikan obat-obatan diminum di rumah (apidra tunda, Lantus 0-8U/ml, Clindamicyin 300 mg 3x1, Ondansetron 3x1, Trapora 3x1, Prorenal 3x1).</li> <li>8. Mengantar pasien dengan kursi roda keluar RS</li> </ol>	ANIK

## VI. EVALUASI KEPERAWATAN

NO	NO DX	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
1.	1.	Selasa/ 26 Maret 2024	17.30 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya dan disertai mual-mual</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 128/84 mmHg</p> <p>N: 85x/m</p> <p>RR: 22x/m</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 448 mg/dl</p> <p>GDP: 208 mg/dl</p> <p>Kesadaran: Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p><u>5   5</u></p> <p>5   4</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R: Bagian luka pada punggung kaki kiri</p> <p>S: 7</p> <p>T: Sering</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah, gelisah, meringis menahan nyeri</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>3. Tampak odem/edema pada daerah luka</li> <li>4. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/ porsi)</li> <li>5. Mukosa bibir kering</li> <li>6. Terpasang DC (urine: ±750 cc/ 8 jam)</li> <li>7. Tampak Polidipsia (±1200 ml/ 12 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr, Lanzoprazole 1x30mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual)</li> <li>2. Berikan terapi insulin A: 4U/ml dan L: 6U/ml</li> <li>3. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu</li> </ol>	ANIK

				4. Monitor Skala Nyeri.	
2.	1.	Rabu/ 27 Maret 2024	10.35 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya dan disertai mual-mual masih ada namun berkurang</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 125/79 mmHg</p> <p>N: 86x/m</p> <p>RR: 22x/m</p> <p>S: 36°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 357 mg/dl</p> <p>Kesadaran: Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p><u>5</u>   <u>5</u></p> <p>5   4</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R: Bagian luka pada punggung kaki kiri</p> <p>S: 6</p> <p>T: Sering</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah, gelisah, meringis menahan nyeri</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>3. Tampak odem/ edema pada daerah luka</li> <li>4. Nafsu makan mulai meningkat (3-4 sendok/ porsi)</li> <li>5. Mukosa bibir kering</li> <li>6. Terpasang DC (urine: ±1900 cc/ 24 jam)</li> <li>7. Tampak Polidipsia (±900 ml/ 12 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr, Lanzoprazole 1x30mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual)</li> <li>2. Berikan terapi insulin A:4U.ml dan L: 6U/ml</li> <li>3. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu</li> <li>4. Monitor Skala Nyeri.</li> <li>5. Latih berjalan secara mandiri</li> </ol>	ANIK

				6. Berikan Tranfusi PRC 1 kolf dan ganti cairan Sodium Chlorida dengan Panamin Tutosol 2:1	
2.	2.	Rabu/ 27 Maret 2024	11.40 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kiri dan berbau</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 125/79 mmHg</p> <p>N: 86x/m</p> <p>RR: 22x/m</p> <p>S: 36°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 357 mg/dl</p> <p>Kesadaran:Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p><u>5</u>   <u>5</u></p> <p>5   4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih tampak lemah</li> <li>2. Terdapat ulkus diabetik pada punggung kaki kiri</li> <li>3. Terdapat odem/ edema daerah luka</li> <li>4. Terdapat sianosis pada luka dan tampak kehitaman pada bagian luka dan yang bengkak</li> <li>5. Akral kulit yang luka teraba dingin</li> <li>6. Tanda-tanda infeksi: (rubor:ada, kalor: ada, dolor: ada, tumor: ada)</li> <li>7. Drainase/ eksudat: banyak Warna: kemerahan dan kehitaman pada luka Bau: busuk yang menyengat Ukuran: 9-10 cm</li> <li>8. Tampak adanya nektrotik pada luka</li> </ol> <p>A: Gangguan Integritas Kulit belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Perawatan luka Wound Dressing Modern 2 hari sekali</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, bau, ukuran)</li> </ol>	ANIK
3.	1.	Kamis/ 28 Maret 2024	12.10 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya berkurang dan mual-mual tidak ada serta bisa berjalan dengan menitih perlahan</p> <p>O: K/U Baik</p>	ANIK

				<p>TTV:  TD: 120/80 mmHg  N: 84x/m  RR: 22x/m  S: 36,5°C  SpO2: 98%  GCS: 4-5-6  CRT: &lt;2 detik  GDS: 257 mg/dl  Kesadaran: Compos Mentis  Akral: Hangat  Turgor Kulit: Normal  Kekuatan Otot:  <u>5   5</u>  5   5  Skala Nyeri:  P: Luka Diabetik  Q: Ketusuk-tusuk  R: Bagian luka pada punggung kaki kiri  S: 4  T: Hilang Timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak senang/membaik, tidak gelisah, meringis menahan nyeri menurun</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>3. Tampak odem/edema pada daerah luka menurun</li> <li>4. Nafsu makan mulai meningkat (5-6 sendok/ porsi)</li> <li>5. Mukosa bibir Lembab</li> <li>6. Terpasang DC (urine: ±1300 cc/ 24 jam)</li> <li>7. Tampak Polidipsia menurun (±900 ml/ 12 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut teratasi  P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr, Lanzoprazole 1x30mg)</li> <li>2. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu</li> <li>3. Berikan terapi insulin Apidra</li> <li>4. Monitor Skala Nyeri.</li> <li>5. Latih berjalan secara mandiri</li> <li>6. Berikan terapi nonfarmakologis untuk hilangkan nyeri dengan menonton TV</li> </ol>	
--	--	--	--	---	--

4.	1.	Jum'at/ 29 Maret 2024	10.25 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya sudah tidak ada dan mual-mual tidak ada serta bisa berjalan dengan menitih secara mandiri</p> <p>O: K/U Baik</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 120/84 mmHg</p> <p>N: 82x/m</p> <p>RR: 22x/m</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 231 mg/dl</p> <p>GDP: 127 mg/dl</p> <p>Kesadaran:Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p>5   5</p> <p>5   5</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R:Bagian luka pada punggung kaki kiri</p> <p>S: 2-3</p> <p>T: Hilang Timbul/ jarang</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak senang, tidak gelisah, tidak meringis menahan nyeri</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki terbalut klasa</li> <li>3. Tidak nampak odem/ edema pada daerah luka</li> <li>4. Nafsu makan membaik (menghabiskan/ porsi)</li> <li>5. Mukosa bibir Lembab</li> <li>6. Terlepas DC (urine: ±1200 cc/ 24 jam)</li> <li>7. Tampak Polidipsia menurun (±1000 ml/ 24 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut teratasi sepenuhnya</p> <p>P:Intervensi dihentikan</p> <p>Intervensi untuk klien dirumah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol rawat luka dijadwalkan 3 hari sekali di Poli DM</li> <li>2. Meminum obat di rumah (apidra tunda, Lantus 0-8U/ml, Clindamicyin 300 mg 3x1, Ondansetron 3x1, Trapora 3x1, Prorenal 3x1).</li> <li>3. Monitor Skala Nyeri secara mandiri</li> <li>4. Latih berjalan secara mandiri</li> </ol>	ANIK
----	----	--------------------------	--------------	---	------



				5. Berikan terapi nonfarmakologis untuk hilangkan nyeri dengan menonton TV	
4.	2.	Jum'at/ 29 Maret 2024	15.00 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kiri tidak ada dan berbau busuk berkurang</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 120/84 mmHg</p> <p>N: 82x/m</p> <p>RR: 22x/m</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 231 mg/dl</p> <p>GDP: 127 mg/dl</p> <p>Kesadaran:Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p><u>5</u>   <u>5</u></p> <p>5   4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak senang mulai membaik</li> <li>2. Terdapat ulkus diabetik pada punggung kaki kiri</li> <li>3. Odem/ edema pada daerah luka menurun</li> <li>4. Terdapat sianosis pada luka dan tampak kehitaman pada bagian luka dan yang bengkak</li> <li>5. Akral kulit yang luka teraba hangat</li> <li>6. Tanda-tanda infeksi: (rubor:ada, kalor: ada, dolor: tidak ada, tumor: menurun)</li> <li>7. Drainase/ eksudat: sedikit Warna: kemerahan dan kehitaman pada luka Bau: busuk yang menyengat berkurang Ukuran: 7-8 cm</li> <li>8. Tampak adanya nektrotik sedikit pada luka dan tumbuhnya granulasi</li> </ol> <p>A: Gangguan Integritas Kulit teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>Intervensi bagi klien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol rawat luka Wound Dressing Modern 3 hari sekali di Poli DM</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi secara mandiri</li> <li>3. Berikan diit DM</li> </ol>	ANIK

Lampiran 2 Asuhan Keperawatan P2

## **ASUHAN KEPERAWATAN**

**PADA PASIEN** : Ny R  
**DENGAN DIAGNOSA MEDIS** : Diabetes Melitus Tipe II  
**DI RUANG** : Anggrek RSUD Bangil

## **DEPARTEMEN**

## **KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**



**Disusun Oleh:**

**ANIK NOVIANTI**  
**NIM 211210002**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN FAKULTAS**  
**VOKASI ITSKes INSAN CENDEKIA MEDIKA**  
**JOMBANG**

**2024**



**PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN  
FAKULTAS VOKASI ITSKes INSAN CENDEKIA  
MEDIKA JOMBANG**

Jl. Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang, Telp. 0321-8494886  
Email: stikes.icme@yahoo.com

---

---

**Asuhan Keperawatan pada pasien Ny R  
Dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus Tipe II  
di Ruang Anggrek RSUD Bangil**

**I. PENGKAJIAN**

- A. Tanggal Masuk : 25 Maret 2024 .....
- B. Jam Masuk : 20.15 WIB .....
- C. Tanggal Pengkajian : 26 Maret 2024 .....
- D. Jam Pengkajian : 09.00 WIB .....
- E. No.RM : 0024xxxxx .....

**F. Identitas**

**1. Identitas pasien**

- a. Nama : Ny W .....
- b. Umur : 51 Tahun .....
- c. Jenis kelamin : Perempuan .....
- d. Agama : Islam .....
- e. Pendidikan : Tamat SD .....
- f. Pekerjaan : Petani .....
- g. Alamat : Rembang, Pasuruan .....
- h. Status Pernikahan : Menikah .....

**2. Penanggung Jawab Pasien**

- a. Nama : Tn S .....
- b. Umur : 54 Tahun .....
- c. Jenis kelamin : Laki-Laki .....
- d. Agama : Islam .....
- e. Pendidikan : Tamat SD .....
- f. Pekerjaan : Petani .....
- g. Alamat : Rembang, Pasuruan .....
- h. Hub. Dengan PX : Suami PX .....

G. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka dikaki bagian kiri .....

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan merasa mual muntah sejak 3 hari lalu, keluarga mengatakan pasien tidak mau makan sampai saat ini pasien masih lemas dan pada akhirnya memutuskan dibawa ke IGD RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan pada tanggal 25 Maret 2024 Pukul 20.15 WIB. Datang dengan keluhan nyeri pada luka kaki kiri bagian tumit, nampak luka dan berbau menyengat. Kemudian Dokter menyarankan untuk dirawat inap di Ruang Anggrek RSUD Bangil dan dipindahkan pada pukul 22.15 WIB. ....

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien dan keluarga mengatakan klien mempunyai riwayat Diabetes sejak 3 tahun lalu, sempat mengalami luka akibat terkena paku sehingga pernah luka diabetes. Namun sempat sembuh beberapa bulan kemudian bekas luka kembali melepuh dan mengeluarkan cairan yang berbau busuk hingga serkarang luka semakin meluas dan tak kunjung sembuh. . ....

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dan keluarga mengatakan ayah dari pasien mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan pasien. ....

H. Pola Fungsi Kesehatan

1. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Merokok : Jumlah : Tidak...Jenis: Tidak...Ketergantungan: Tidak.....

b. Alkohol : Jumlah : Tidak... Jenis: Tidak....Ketergantungan: Tidak .....

c. Obat-obatan : Jumlah : Tidak... Jenis: Tidak....Ketergantungan: Tidak

d. Alergi : Udang.....

e. Harapan dirawat di RS : Lepas Sembuh .....

f. Pengetahuan tentang penyakit : Klien menegtahui tentang penyakitnya



- f. Pola miksi : 5-6x/ 24 jam .....
  - g. Warna urine : Kuning pekat .....
  - h. Jumlah urine : 2000-2500 cc/ 24 jam.....
  - i. Data lain : Terpasang DC dan Pampers .....
6. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)
- a. Harga diri : Baik.....
  - b. Peran : Sebagai ibu dari anak-anaknya dan istri dari suaminya.....
  - c. Identitas diri : Pasien merupakan ibu rumah tangga .....
  - d. Ideal diri : Pasien mampu memposisikan dirinya dengan baik.....
  - e. Penampilan : Tidak rapi .....
  - f. Koping : Sedang sakit .....
  - g. Data lain : - .....
7. Peran dan Hubungan Sosial
- a. Peran saat ini : Pasien di RSUD Bangil .....
  - b. Penampilan peran : Terbatas .....
  - c. Sistem pendukung : Keluarga .....
  - d. Interaksi dengan orang lain : Mampu berinteraksi dengan baik .....
  - e. Data lain : - .....
8. Seksual dan Reproduksi
- a. Frekuensi hubungan seksual : Tidak terkaji.....
  - b. Hambatan hubungan seksual : Tidak terkaji .....
  - c. Periode menstruasi : 1 bulan sekali.....
  - d. Masalah menstruasi : Tidak ada.....
  - e. Data lain : - .....
9. Kognitif Perseptual
- a. Keadaan mental : Lemah.....
  - b. Berbicara : Baik .....
  - c. Kemampuan memahami : Mampu .....
  - d. Ansietas : Cemas/ gelisah .....
  - e. Pendengaran : Normal.....
  - f. Penglihatan : Normal.....
  - g. Nyeri : Ada.....

h. Data lain : Mengeluh nyeri pada luka bagian tumit kaki kiri.....

10. Nilai dan Keyakinan

- a. Agama yang dianut : Islam .....
- b. Nilai/keyakinan terhadap penyakit : Meyakini penyakitnya datang dari  
tuhan .....
- c. Data lain : - .....

I. Pengkajian

a. Vital Sign

Tekanan Darah : 94/62 mmHg .... Nadi : 74 x/m .....

Suhu : 36,2°C ..... RR : 22 x/m.....

b. Kesadaran : Compos Mentis .....

GCS : E: 4 V:5 M:6 .....

c. Keadaan Umum

a. Status gizi :  Gemuk  Normal  Kurus

Berat Badan : 82 Kg..... Tinggi Badan : 156 cm.....

b. Sikap :  Tenang  Gelisah  Menahan nyeri

d. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

a. Warna rambut : Hitam.....

b. Kuantitas rambut : Tipis.....

c. Tekstur rambut : Halus sedikit kasar.....

d. Kulit kepala : Tidak ada benjolan .....

e. Bentuk kepala : Bulat/ simetris .....

f. Data lain : -.....

2) Mata

a. Konjungtiva : Anemis .....

b. Sclera : Putih .....

c. Reflek pupil : Isokor +/- .....

d. Bola mata : Simetris kanan dan kiri .....

e. Data lain : -.....

3) Telinga

a. Bentuk telinga : Normal.....

- b. Kesimetrisan : Simetris kanan dan kiri .....
  - c. Pengeluaran cairan : Tidak ada .....
  - d. Data lain : -.....
- 4) Hidung dan Sinus
- a. Bentuk hidung : Simetris.....
  - b. Warna : Sawo matang .....
  - c. Data lain : -.....
- 5) Mulut dan tenggorokan
- a. Bibir : Simetris .....
  - b. Mukosa : Kering dan pucat .....
  - c. Gigi : Putih .....
  - d. Lidah : Kotor .....
  - e. Palatum : Tidak ada kelainan .....
  - f. Faring : Normal .....
  - g. Data lain : -.....
- 6) Leher
- a. Bentuk : Simetris.....
  - b. Warna : Sawo matang .....
  - c. Posisi trakea : Di tengah.....
  - d. Pembesaran tiroid : Tidak ada.....
  - e. JVP : Tidak ada peningkatan.....
  - f. Data lain : -.....
- 7) Thorax
- Paru-Paru
    - a. Bentuk dada: Simetris .....
    - b. Frekuensi nafas : 22 x/m .....
    - c. Kedalaman nafas : Normal .....
    - d. Jenis pernafasan : Reguler.....
    - e. Pola nafas : Eupnea .....
    - f. Retraksi dada : Tidak ada.....
    - g. Irama nafas : Reguler .....
    - h. Ekspansi paru : Normal kembang kempis.....



- i. Vocal fremitus : Fremitus taktil sama kanan kiri .....
- j. Nyeri : Tidak ada.....
- k. Batas paru : Normal .....
- l. Suara nafas : Vesikuler.....
- m. Suara tambahan : Tidak ada .....
- n. Data lain : - .....
- Jantung
  - a. Ictus cordis : Teraba di ICS V darri linea midklavikula kiri.....
  - b. Nyeri : Tidak ada.....
  - c. Batas jantung : Kiri bawah ICS 5, kanan bawah ICS 4, kanan atas ICS 2, kiri atas ICS 2 .....
  - d. Bunyi jantung : SJ 1 dan SJ 2 tunggal.....
  - e. Suara tambahan : Tidak ada .....
  - f. Data lain : - .....

8) Abdomen

- a. Bentuk perut: Simetris/ buncit .....
- b. Warna kulit : Sawo matang .....
- c. Lingkar perut Tidak terkaji .....
- d. Bising usus : Normal 20 x/m.....
- e. Massa : Tidak ada.....
- f. Acites : Tidak ada.....
- g. Nyeri : Tidak ada.....
- h. Data lain : - .....

9) Genetalia :

- a. Kondisi meatus : Bersih .....
- b. Kelainan skrotum : Tidak ada .....
- c. Odem vulva : Tidak ada .....
- d. Kelainan : Tidak ada .....
- e. Data lain : - .....

10) Ekstremitas

- a. Kekuatan otot: 5-5-5-4 .....
- b. Turgor : Normal .....

- c. Odem : Ada didaerah luka kaki kiri (tumit kaki) .....
- d. Nyeri : Ada (skala 8) .....
- e. Warna kulit : Sawo matang (kehitaman bagian luka) .....
- f. Akral : Hangat (terasa dingin pada daerah luka).....
- g. Sianosis : Ada.....
- h. Parese : Tidak ada .....
- i. Alat bantu : Kursi roda/ Bed .....
- j. Data lain : -.....

e. Pemeriksaan Penunjang

Hematologi darah lengkap:

- Hemoglobin (HGB)	L 10,90 g/dL
- MCV	L 75,05 fL
- MCV	L 24,73 pg
- RDW	H 14,15 %
- Leukosit (WBC)	H 27,11 x10 <sup>3</sup> /μL
- Neutrofil %	H 89,6 %
- Limfosit %	L 6,0 %
- Neutrofil	24,3 x10 <sup>3</sup> /μL
- Monosit	1,05 x10 <sup>3</sup> /μL
- PLT	395 x10 <sup>3</sup> /μL
- MPV	8,956 fL
- NLR	14,82

f. Terapi Medik

- Inf. Sodium Chlorida	IV 20 tpm
- Inf. Panamin Tutosol	IV 2:1
- Inj. Lanzoprazole	IV 1x30 mg
- Inj. Fomycyin	IV 2x2 gr
- Inj. Metronidazole	IV 3x500 mg
- Inj. Santagesik	IV 3x1 gr
- Inj. Ondansetron	IV 3x8 mg
- Inj. Apidra	SC 3x4 u/ml
- Inj. Lantus	SC 1x6 u/ml
- Tfs. PRC	1 Kolf
Wound Care	1x2 hari

## II. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p><b>Data Subjektif:</b> Klien mengatakan nyeri pada luka dibagian tumit kaki kiri</p> <p><b>Data Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak luka mendalam/ulkus diabetik pada tumit kaki kiri dan terbalut kasa</li> <li>2. Tampak bengkak pada bagian luka dan warna kehitaman</li> <li>3. Turgor kulit normal</li> <li>4. Akral hangat kecuali area luka teraba dingin</li> <li>5. Terpasang DC (2000-2500 cc/ 24 jam)</li> <li>6. Tampak sering minum menghabiskan (2300-2500 ml/ 24 jam)</li> <li>7. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/ porsi)</li> <li>8. Skala nyeri: P: Nyeri karena luka Q: Ketusuk-Tusuk R: Tumit Kaki bagian kiri S: 8 T: Sering</li> <li>9. TTV TD: 94/62 mmHg N: 74x/m S: 36,2 °C RR: 22x/m SpO2: 98%</li> <li>10. GDS: 482 mg/dl GDP: 236mg/dl</li> <li>11. CRT &lt;2 detik</li> <li>12. Keadaan umum: lemah</li> <li>13. Kesadaran: Compos Mentis GCS: 4-5-6</li> <li>14. Klien tampak meringis menahan nyeri</li> <li>15. Kekuatan otot: <math>\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}</math> <math>\frac{5}{5} \mid \frac{4}{4}</math></li> </ol>	<p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Glukosa Darah Meningkat</p> <p>↓</p> <p>Luka diabetik tak kunjung sembuh</p> <p>↓</p> <p>Pertumbuhan bakteri</p> <p>↓</p> <p>Luka membesar dan membusuk</p> <p>↓</p> <p>Neuropati diabetik</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	<p><b>Nyeri Akut</b></p>

<p><b>2.</b></p>	<p><b>Data Subjektif:</b> Klien mengatakan nyeri pada luka di tumit kaki kiri</p> <p><b>Data objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak luka diabetik dan kerusakan jaringan pada tumit kaki kiri</li> <li>2. Tampak bengkak dan warna kehitaman pada daerah luka</li> <li>3. Akral hangat kecuali di daerah luka terasa dingin</li> <li>4. Luka nampak tulang dan berbau busuk</li> <li>5. Terdapat cairan eksudat dan jaringan nekrotik</li> <li>6. TTV TD: 94/62 mmHg N: 74x/m S: 36,2 °C RR: 22x/m SpO2: 98%</li> <li>7. GDS: 482 mg/dl GDP: 236 mg/dl</li> <li>8. Keadaan umum: lemah</li> <li>9. Tampak meringis menahan nyeri</li> <li>10. Kesadaran: Compos Mentis GCS: 4-5-6 CRT &lt;2 detik</li> <li>11. Kekuatan otot: <math>\frac{5}{5}   \frac{5}{4}</math></li> </ol>	<p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Mengendapnya glukosa dalam pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>Suplai O2 dan nutrisi ke jaringan terhambat</p> <p>↓</p> <p>Penumpukan bakteri</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p> <p>↓</p> <p>Timbulnya nekrotik dalam jaringan</p> <p>↓</p> <p>Jaringan memburuk</p> <p>↓</p> <p>Timbulnya pembusukan dan bau membusuk</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan integritas kulit</p>	<p><b>Gangguan Integritas Kulit</b></p>
------------------	---	--	---

### III. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis .....
- .....
2. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan jaringan atau lapisan kulit.....
- .....

#### IV. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI																																																																																																							
1.	<p><b>Nyeri Akut (D. 0077)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 detik.</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2. Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Nyeri Akut dapat teratasi.</p> <p>Label SLKI: (L. 08066) Tingkat nyeri</p> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <table border="1" data-bbox="644 629 999 1447"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Ekspetasi: menurun</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Sikap protektif</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Kesulitan tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Ketegangan otot</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Ekspetasi: membaik</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Frekuensi nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>Pola nafas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>Tekanan darah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td>Nafsu makan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>11.</td> <td>Pola tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: menurun							1.	Keluhan nyeri					5	2.	Meringis					5	3.	Sikap protektif				4		4.	Gelisah					5	5.	Kesulitan tidur					5	6.	Ketegangan otot				4		Ekspetasi: membaik							7.	Frekuensi nadi					5	8.	Pola nafas					5	9.	Tekanan darah					5	10.	Nafsu makan					5	11.	Pola tidur					5	<p><b>Label SIKI: (I. 08238)</b> <b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>Aktivitas keperawatan: <b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi repon nyeri non verbal</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, hipnosis, terapi musik, terapi pijat, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu</li> </ol>
No	Kriteria Hasil	Indeks																																																																																																								
		1	2	3	4	5																																																																																																				
Ekspetasi: menurun																																																																																																										
1.	Keluhan nyeri					5																																																																																																				
2.	Meringis					5																																																																																																				
3.	Sikap protektif				4																																																																																																					
4.	Gelisah					5																																																																																																				
5.	Kesulitan tidur					5																																																																																																				
6.	Ketegangan otot				4																																																																																																					
Ekspetasi: membaik																																																																																																										
7.	Frekuensi nadi					5																																																																																																				
8.	Pola nafas					5																																																																																																				
9.	Tekanan darah					5																																																																																																				
10.	Nafsu makan					5																																																																																																				
11.	Pola tidur					5																																																																																																				

<p>2.</p>	<p><b>Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan (D. 0129)</b></p> <p><b>Definisi:</b> Kerusakan kulit (dermis/ epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligamen).</p> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan sirkulasi</li> <li>2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)</li> <li>3. Kekurangan / kelebihan volume cairan</li> <li>4. Penurunan mobilitas</li> <li>5. Bahan kimia iritatif</li> <li>6. Suhu lingkungan yang ekstrem</li> <li>7. Faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) / faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)</li> <li>8. Efek samping terapi radiasi</li> <li>9. Kelembapan</li> <li>10. Proses penuaan</li> <li>11. Neuropati perifer</li> <li>12. Perubahan hormonal</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan dapat teratasi.</p> <p>Label SLKI: (L. 14125) Integritas kulit dan jaringan</p> <p><b>Kriteria hasil:</b></p> <table border="1" data-bbox="651 546 986 2004"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Ekspetasi: meningkat</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Hidrasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perfusi jaringan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Ekspetasi: menurun</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kerusakan jaringan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kerusakan kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Pendarahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Kemerahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>Hematoma</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>Nekrosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td>Pigmentasi abnormal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>11.</td> <td>Abrasi kornea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Ekspetasi: membaik</td> </tr> <tr> <td>12.</td> <td>Suhu kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>13.</td> <td>Sensasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>14.</td> <td>Tekstur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>15.</td> <td>Pertumbuhan rambut</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	Indeks					1	2	3	4	5	Ekspetasi: meningkat						1.	Hidrasi					5	2.	Perfusi jaringan					5	Ekspetasi: menurun						3.	Kerusakan jaringan					5	4.	Kerusakan kulit					5	5.	Nyeri					5	6.	Pendarahan					5	7.	Kemerahan					5	8.	Hematoma					5	9.	Nekrosis					5	10.	Pigmentasi abnormal					5	11.	Abrasi kornea					5	Ekspetasi: membaik						12.	Suhu kulit					5	13.	Sensasi					5	14.	Tekstur					5	15.	Pertumbuhan rambut					5	<p><b>Label SIKI: (I. 14564)</b> <b>Perawatan Luka</b></p> <p>Aktivitas keperawatan: <b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>5. Berikan salep yang sesuai kekulit/ lesi</li> <li>6. Pasang balutan sesuai luka</li> <li>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/ kg BB/ hari dan protein 1,25-1,5 g/kg/BB/ hari</li> <li>11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, C, Zinc, asam amino)</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol>
No	Kriteria Hasil	Indeks																																																																																																																																								
		1	2	3	4	5																																																																																																																																				
Ekspetasi: meningkat																																																																																																																																										
1.	Hidrasi					5																																																																																																																																				
2.	Perfusi jaringan					5																																																																																																																																				
Ekspetasi: menurun																																																																																																																																										
3.	Kerusakan jaringan					5																																																																																																																																				
4.	Kerusakan kulit					5																																																																																																																																				
5.	Nyeri					5																																																																																																																																				
6.	Pendarahan					5																																																																																																																																				
7.	Kemerahan					5																																																																																																																																				
8.	Hematoma					5																																																																																																																																				
9.	Nekrosis					5																																																																																																																																				
10.	Pigmentasi abnormal					5																																																																																																																																				
11.	Abrasi kornea					5																																																																																																																																				
Ekspetasi: membaik																																																																																																																																										
12.	Suhu kulit					5																																																																																																																																				
13.	Sensasi					5																																																																																																																																				
14.	Tekstur					5																																																																																																																																				
15.	Pertumbuhan rambut					5																																																																																																																																				

16	Jaringan parut					5
----	----------------	--	--	--	--	---

Label SLKI: (L. 07056)

Penyembuhan Luka

**Kriteria hasil:**

No	Kriteria Hasil	Indeks				
		1	2	3	4	5
Ekspetasi: meningkat						
1.	Penyatuan kulit					5
3.	Jaringan granulasi					5
4.	Pembentukan jaringan parut					5
Ekspetasi: menurun						
5.	Edema pada sisi luka					5
6.	Peradangan luka					5
7.	Nyeri					5
8.	Bau tidak sedap pada luka					5
9.	nekrosis					5
10.	Infeksi					5

**Kolaborasi:**

1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

## V. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
1.	Selasa/ 26 Maret 2024	09.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 110/78 mmHg, N: 102 x/m, S: 36°C, RR:20x/m, SpO2: 97%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S: 8, T: Sering)</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri)</li> <li>4. Memberikan injeksi analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>5. Memberikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>6. Mentranfusikan cairan Metronidazole 3x500mg</li> <li>7. Mengecek glukosa darah sewaktu (GDS: 478 mg/dl)</li> <li>8. Menganjurkan pasien puasa selama minimal 8 jam</li> <li>9. Memfasilitasi istirahat dan mengontrol lingkungan yang dapat memperberat nyeri (menyangga kaki dengan bantal)</li> </ol>	ANIK
1.	Selasa/ 26 Maret 2024	17.22 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 118/82 mmHg, N: 104x/m, RR: 20x/m, S:36,5°C, SpO2: 98%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S: 8, T: Sering)</li> <li>3. Mengecek glukosa darah puasa (GDP:218 mg/dl)</li> <li>4. Memberikan injeksi (Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>5. Mentranfusikan Metronidazole 3x500 mg</li> <li>6. Memberikan obat oral (Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>7. Menginjeksikan Apidra 6 U/ml setiap sebelum makan</li> <li>8. Menganjurkan pasien minum dan makan</li> <li>9. Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi (nafsu makan menurun menghabiskan 2-3 sendok/ porsi dan disertai mual-mual)</li> <li>10. Mengajarkan keluarga pasien menginjeksikan insulin secara mandiri</li> </ol>	ANIK



1.	Selasa/ 26 Maret 2024	17.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengambil sampel darah arteri untuk mengecek darah lengkap ke laboratorium</li> <li>2. Menganjurkan keluarga menyuntikkan Lantus 0-10 U/ml sebelum pasien tidur</li> <li>3. Membuang Urine 800 cc/8 jam</li> </ol>	ANIK
1.	Rabu/ 27 Maret 2024	08.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 112/69 mmHg, N: 86 x/m, S: 36°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S: 7, T: Sering)</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri)</li> <li>4. Memberikan injeksi analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>5. Memberikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>6. Mentranfusikan cairan Metronidazole 3x500mg</li> <li>7. Mengambil sampel darah arteri untuk dilaboratkan</li> <li>8. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:97 mg/dl)</li> <li>9. Memonitor cairan infus macet Sodium Chlorida 20 tpm</li> <li>10. Melakukan DC Hygine dan Membuang urine pasien (2100 cc/24 jam)</li> </ol>	ANIK
2.	Rabu/ 27 Maret 2024	08.30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mentranfusikan Plasbumin 20% extra</li> <li>2. Memonitor kesadaran pasien dan memonitor TTV pasien 2 jam sekali</li> <li>3. Mempersiapkan alat rawat luka</li> <li>4. Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka</li> <li>5. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>6. Melepaskan balutan dan plester perlahan</li> <li>7. Memonitor karakteristik luka (Darainase: Banyak, Ukuran: lebar dan dalam pada tumit, warna: hitam, bau: busuk dan menyengat)</li> <li>8. Memonitor tanda-tanda infeksi (rubor: ada, calor: ada, tumor: ada, dolor: ada)</li> <li>9. Membersihkan luka dengan cairan NS/ Cairan khusus Wound Irrigation Solution</li> <li>10. Membuang jaringan nekrotik dan membersihkan eksudat</li> </ol>	ANIK

			<ul style="list-style-type: none"> <li>11. Memberikan salep antimikrobal (salep Iodosorb Powder dicampur dengan salep Sulfadiazien Silber)</li> <li>12. Melapisi luka dengan balutan Framycetin Sulfat untuk mempertahankan kelembapan</li> <li>13. Mengganti balutan kasa pada luka sesuai ukuran dan jumlah eksudat</li> </ul>	
1.	Rabu/ 27 Maret 2024	09.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 97/53 mmHg, N: 80 x/m, S: 36,2°C, RR:20x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Memberikan obat oral (Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>3. Mentransfusikan PRC 1 kolf</li> <li>4. Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi (menghasbiskan 2-3 sendok/ porsi)</li> <li>5. Menunda penyuntikan Apidra 6 U/ml sebelum makan dan tetap melanjutkan Lantus 10 U/ml</li> </ul>	ANIK
1.	Kamis/ 28 Maret 2024	08.00 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 112/76 mmHg, N: 84 x/m, S: 36°C, RR:20x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S: 6, T: Hilang timbul)</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri (menekan daerah luka/nyeri)</li> <li>4. Memberikan injeksi analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>5. Memberikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>6. Mentranfusikan cairan Metronidazole 3x500mg</li> <li>7. Mengecek glukosa darah sewaktu (GDS: 219 mg/dl)</li> <li>8. Menganjurkan pasien puasa selama minimal 8 jam</li> <li>9. Memfasilitasi istirahat dan mengontrol lingkungan yang dapat memeperberat nyeri (menyangga kaki dengan bantal)</li> </ul>	ANIK
1.	Kamis/ 28 Maret 2024	11.20 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 120/82 mmHg, N: 100x/m, RR: 20x/m, S:36,°C, SpO2: 98%)</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S:6, T:hilang timbul)</li> <li>3. Mengganti cairan Sodium Cloridha 20tpm</li> </ul>	ANIK

1.	Kamis/ 28 Maret 2024	15.45 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengecek Gula Darah Puasa pasien (GDP: 132 mg/dl)</li> <li>2. Memberikan injeksi (Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>3. Mentransfusikan Metronidazole 3x500mg</li> <li>4. Menginjeksikan Apidra 4 U/ml sebelum makan</li> <li>5. Menganjurkan pasien minum dan makan</li> <li>6. Membantu pasien memenuhi kebutuhan nutrisi (nafsu makan menurun menghabiskan 5-6 sendok/ porsi dan nafsu makan meningkat)</li> <li>7. Memberikan obat oral (Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>8. Mengingatkan keluarga dan pasien untuk menunda penyuntikan Lantus 10 U/ml sebelum tidur</li> <li>9. Mengambil sampel darah arteri untuk mengecek darah lengkap ke laboratorium</li> <li>10. Melakukan Informed Consent kepada pasien dan keluarga untuk meminta persetujuan dilakukan tindakan Debridement yang akan dilakukan pada tanggal 27 Maret 2024 (pasien menolak untuk dilakukan Debridement)</li> </ol>	ANIK
1.	Jum'at/ 28 Maret 2024	08.50 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 118/80 mmHg, N: 86x/m, S: 36°C, RR:22x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Memonitor skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada tumit kaki kiri, S:5, T: Hilang timbul)</li> <li>3. Memberikan injeksi analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>4. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:196 mg/dl)</li> <li>5. Memberikan informasi terkait perkembangan kesehatan pasien</li> </ol>	ANIK
2.	Jum'at/ 28 Maret 2024	11.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan informasi pada pasien akan dilakukan perawatan luka</li> <li>2. Mempersiapkan alat perawatan luka</li> <li>3. Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka</li> <li>4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>5. Melepaskan balutan dan plester perlahan</li> <li>6. Memonitor karakteristik luka (Drainase: sedikit, ukuran: lebar dan dalam, warna: kehitaman, bau: menyengat berkurang)</li> </ol>	ANIK

			<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Memonitor tanda-tanda infeksi (rubor ada, calor ada, tumor ada dan dolor berkurang)</li> <li>8. Membersihkan luka dengan cairan NS/cairan khusus wound irrigation solution</li> <li>9. Membersihkan jaringan nekrotik (membuang jaringan mati dan mengeluarkan eksudat)</li> <li>10. Memberikan salep antimikrobia (salep Iodosorb Powder dicampur salep Sulfadiazine Silver)</li> <li>11. Melapisi luka dengan balutan Framycetin Sulfat untuk mempertahankan kelembapan</li> <li>12. Mengganti balutan kasa pada luka sesuai ukuran dan jumlah eksudat</li> <li>13. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien terkait perkembangan luka pasien</li> </ol>	
1.	Jum'at/ 28 Maret 2024	14.10 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor TTV (TD: 120/78 mmHg, N: 88x/m, S: 36°C, RR:20x/m, SpO2: 98%)</li> <li>2. Memberikan injeksi (Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>3. Melakukan DC hygiene dan membuang urin (1600 cc/24 jam)</li> </ol>	ANIK

## VI. EVALUASI KEPERAWATAN

NO	NO DX	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
1.	1.	Selasa/ 26 Maret 2024	17.50 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya dan disertai mual-mual</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 118/82 mmHg</p> <p>N: 104x/m</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>S: 36,5°C</p> <p>SpO2: 97%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 478 mg/dl</p> <p>GDP: 218 mg/dl</p> <p>Kesadaran: Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p><u>5   5</u></p> <p>5   4</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R: Bagian luka pada tumit kaki kiri</p> <p>S: 8</p> <p>T: Sering</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemah, gelisah, meringis menahan nyeri</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>3. Tampak odem/ edema pada daerah luka</li> <li>4. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/ porsi)</li> <li>5. Mukosa bibir kering</li> <li>6. Terpasang DC (urine: ±800 cc/ 8 jam)</li> <li>7. Tampak Polidipsia (±1300 ml/ 12 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual)</li> <li>2. Berikan terapi insulin A: 6U/ml dan L: 10U/ml</li> <li>3. Berikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> </ol>	ANIK

				<p>4. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu</p> <p>5. Monitor Skala Nyeri.</p> <p>6. Lakukan cek sampel darah lengkap</p>	
2.	1.	Rabu/ 27 Maret 2024	12.00 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya berkurang tetapi masih mual-mual</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 97/53 mmHg</p> <p>N: 80x/m</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>S: 36,2°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 2-4-4</p> <p>CRT: &gt;2 detik</p> <p>GDS: 97 mg/dl</p> <p>Kesadaran: Somnolen</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p><u>1   1</u></p> <p>1   1</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R: Bagian luka pada tumit kaki kiri</p> <p>S: 7</p> <p>T: Sering</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih tampak lemah, dan mengalami penurunan kesadaran</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>3. Tampak odem/ edema pada daerah luka</li> <li>4. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/ porsi)</li> <li>5. Mukosa bibir kering</li> <li>6. Terpasang DC (urine: ±2100 cc/ 24 jam)</li> <li>7. Tampak Polidipsia menurun (±1000 ml/ 12 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual)</li> <li>2. Tunda terapi insulin A: 6U/ml dan lanjutkan terapi L: 10U/ml</li> <li>3. Berikan Transfusi PRC 1 Kolf</li> </ol>	ANIK

				<p>4. Berikan tranfusi Plasbumin 20% extra</p> <p>5. Berikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</p> <p>6. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu</p> <p>7. Monitor tingkat kesadaran setiap 2 jam</p> <p>8. Monitor Skala Nyeri.</p>	
2.	2.	Rabu/ 27 Maret 2024	13.15 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kiri dan berbau</p> <p>O: K/U lemah</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 97/53 mmHg</p> <p>N: 80x/m</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>S: 36,2°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 2-4-4</p> <p>CRT: &gt;2 detik</p> <p>GDS: 97 mg/dl</p> <p>Kesadaran:</p> <p>Apatis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p><u>4   4</u></p> <p>4   4</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R: Bagian luka pada tumit kaki kiri</p> <p>S: 7</p> <p>T: Sering</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien masih tampak lemah</li> <li>2. Terdapat ulkus diabetik pada tumit kaki kiri</li> <li>3. Terdapat odem/edema daerah luka</li> <li>4. Terdapat sianosis pada luka dan tampak kehitaman pada bagian luka dan yang bengkak</li> <li>5. Akral kulit yang luka teraba dingin</li> <li>6. Tanda-tanda infeksi: (rubor:ada, kalor: ada, dolor: ada, tumor: ada)</li> <li>7. Drainase/ eksudat: banyak Warna: kemerahan dan kehitaman pada luka Bau: busuk yang menyengat Ukuran: lebar dan dalam menempuh tulang</li> <li>8. Tampak adanya nektrotik pada luka</li> </ol> <p>A: Gangguan Integritas Kulit belum teratasi</p>	ANIK

				<p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Perawatan luka Wound Dressing Modern 2 hari sekali</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, bau, ukuran)</li> <li>4. Lakukan Informed Consent kepada klien dan keluarga persetujuan tindakan Debridement</li> </ol>	
3.	1.	Kamis/ 28 Maret 2024	15.50 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya berkurang dan mual-mual tidak ada</p> <p>O: K/U baik sedikit lemas</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 120/82 mmHg</p> <p>N: 100x/m</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>S: 36°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 219 mg/dl</p> <p>GDP: 132 mg/dl</p> <p>Kesadaran:Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p><u>5   5</u></p> <p>5   4</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R:Bagian luka pada tumit kaki kiri</p> <p>S: 6</p> <p>T: Hilang Timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak membaik, tidak gelisah, sedikit meringis menahan nyeri</li> <li>2. Klien menolak dilakukan tindakan Debridement</li> <li>3. Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>4. Odem/ edema tampak menurun</li> <li>5. Nafsu makan meningkat (5-6 sendok/ porsi)</li> <li>6. Mukosa bibir Lembab</li> <li>7. Terpasang DC (urine: ±1800cc/ 24 jam)</li> <li>8. Tampak Polidipsia (±1300 ml/ 12 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan</p>	ANIK



				<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual)</li> <li>2. Lanjutkan A: 6U/ml dan tunda L: 10U/ml</li> <li>3. Berikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>4. Menghentikan Metronidazole 3x500 mg</li> <li>5. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu</li> <li>6. Monitor Skala Nyeri.</li> </ol>	
4.	1.	Jum'at/ 29 Maret 2024	11.20 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya berkurang</p> <p>O: K/U Baik</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 120/78 mmHg</p> <p>N: 88x/m</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>S: 36°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 196 mg/dl</p> <p>Kesadaran: Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p><u>5</u>   <u>5</u></p> <p>5   4</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R: Bagian luka pada tumit kaki kiri</p> <p>S: 5</p> <p>T: Hilang Timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak membaik, tidak gelisah, tidak meringis menahan nyeri</li> <li>2. Terdapat luka diabetik pada kaki</li> <li>3. Odem/ edema tampak menurun</li> <li>4. Nafsu makan meningkat (menghabiskan porsi makan)</li> <li>5. Mukosa bibir Lembab</li> <li>6. Terpasang DC (urine: ±1600cc/ 24 jam)</li> <li>7. Tampak Polidipsia menurun (±1000 ml/ 24 jam)</li> </ol> <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p>	ANIK

				<p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian Analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg)</li> <li>2. Lanjutkan A: 6U/ml dan tunda L: 10U/ml</li> <li>3. Berikan obat oral (Hepamax 2x1, Prerenal 3x1, NAC 3x200mg)</li> <li>4. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu</li> <li>5. Monitor Skala Nyeri.</li> </ol>	
4.	2.	Jum'at/ 29 Maret 2024	14.30 WIB	<p>S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kiri berkurang dan berbau busuk berkurang</p> <p>O: K/U Baik</p> <p>TTV:</p> <p>TD: 120/78 mmHg</p> <p>N: 88x/m</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>S: 36°C</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GCS: 4-5-6</p> <p>CRT: &lt;2 detik</p> <p>GDS: 196 mg/dl</p> <p>Kesadaran: Compos Mentis</p> <p>Akral: Hangat</p> <p>Turgor Kulit: Normal</p> <p>Kekuatan Otot:</p> <p><u>5   5</u></p> <p>5   4</p> <p>Skala Nyeri:</p> <p>P: Luka Diabetik</p> <p>Q: Ketusuk-tusuk</p> <p>R: Bagian luka pada tumit kaki kiri</p> <p>S: 5</p> <p>T: Hilang Timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak membaik</li> <li>2. Terdapat ulkus diabetik pada tumit kaki kiri</li> <li>3. Odem/ edema pada daerah luka menurun</li> <li>4. Terdapat sianosis pada luka dan tampak kehitaman pada bagian luka dan yang bengkak</li> <li>5. Akral kulit yang luka teraba hangat</li> <li>6. Tanda-tanda infeksi: (rubor: ada, calor: ada, dolor: menurun, tumor: menurun)</li> <li>7. Drainase/ eksudat: menurun Warna: kemerahan dan kehitaman pada luka</li> </ol>	ANIK

				<p>Bau: busuk yang menyengat berkurang</p> <p>Ukuran: lebar dan dalam menempuh tulang</p> <p>8. Tampak adanya granulasi pada tepi luka</p> <p>A: Gangguan Integritas Kulit teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Perawatan luka Wound Dressing Modern 2 hari sekali</li> <li>2. Kolaborasi dengan dokter tindakan Debridement</li> <li>3. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>4. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, bau, ukuran)</li> </ol>	
--	--	--	--	---	--

Lampiran 3 Surat Permohonan Persetujuan Responden 1

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Setelah mendapatkan keterangan dan penjelasan secukupnya serta mengetahui tujuan dan manfaat penelitian, maka saya menyatakan bersedia untuk berperan serta sebagai responden penelitian yang dilakukan Anik Novianti, Mahasiswa DIII Keperawatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan".

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sejujurnya dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

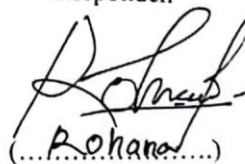
Pasuruan, 26 Maret 2024

Peneliti



Anik Novianti  
NIM. 211210002

Responden



(...Rohana...)

Lampiran 4 Surat Permohonan Persetujuan Responden 2

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

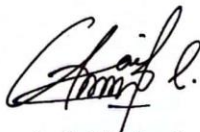
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Setelah mendapatkan keterangan dan penjelasan secukupnya serta mengetahui tujuan dan manfaat penelitian, maka saya menyatakan bersedia untuk berperan serta sebagai responden penelitian yang dilakukan Anik Novianti, Mahasiswa DIII Keperawatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan".

Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sejujurnya dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Pasuruan, 26 Maret 2024

Peneliti



Anik Novianti  
NIM. 211210002

Responden

  
(.....SOLEH.....)

Lampiran 5 Surat Persetujuan Penelitian



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

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153  
Telp. (0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 744940, 747789  
website : [www.rsudbangil.pasuruankab.go.id](http://www.rsudbangil.pasuruankab.go.id) E-mail : [rsud.bangil@gmail.com](mailto:rsud.bangil@gmail.com)



Pasuruan, 25 Maret 2024

Nomor : 400.14.5.4/ 774/424.072.01/2024 Kepada  
Lampiran : 1 (satu) lembar Yth Kabid Pelayanan Keperawatan  
Perihal : Penghadapan Peneliti di  
Tempat

Perihal permohonan penelitian yang dilakukan di RSUD Bangil maka kami hadapkan peneliti:

Nama : Anik Novianti  
NIM : 211210002  
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES  
MELITUS TIPE II DENGAN GANGREN DI RUANG  
ANGGREK

Masa penelitian : 25 Maret s.d 24 April 2024

Mohon diberikan kesempatan kepada peneliti untuk menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan ketentuan:

1. Pelaksanaan penelitian mengedepankan etika, kerahasiaan dan tidak diperbolehkan melakukan dokumentasi pada status pasien.
2. Ada proses supervisi dari pembimbing peneliti di ruang perawatan dengan tujuan peneliti sebagai observer.

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

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN  
KEPALA BAGIAN SDM DAN PENGEMBANGAN

MASHUDI MANSUR, S.Kep., Ns  
Pembina  
NIP. 19720713 199403 1 010

Tembusan:

1. SubKo Rawat Inap dan Intensif Bidang Pelayanan Keperawatan
2. Kepala Ruang Anggrek
3. **Peneliti**

## Lampiran 6 Surat Keterangan Selesai Penelitian

**SURAT KETERANGAN**

Nomor : 400.14.5.4/ 1239/424.072.01/2024

1. Yang bertanda tangan di bawah ini :
 

NAMA	: MASHUDI MANSUR, S.Kep, Ns
NIP	: 19720713 199403 1 010
PANGKAT/GOL	: Pembina (IV/a)
JABATAN	: KEPALA BAGIAN SDM DAN PENGEMBANGAN

Dengan ini menerangkan bahwa :

NAMA	: ANIK NOVIANTI
NIM	: 211210002
PRODI/FAKULTAS	: DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN/INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG
JUDUL	: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN GANGREN DI RUANG ANGGREK
2. Yang bersangkutan benar-benar telah melaksanakan proses penelitian di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan pada tanggal 25 Maret 2024 sampai dengan 24 April 2024.
3. Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pasuruan, 27 Mei 2024

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL  
 KABUPATEN PASURUAN  
 KEPALA BAGIAN SDM DAN PENGEMBANGAN

MASHUDI MANSUR, S.Kep, Ns  
 Pembina  
 NIP. 19720713 199403 1 010

**Tembusan:**

1. Tim Etik Penelitian Kesehatan
2. Peneliti

Lampiran 7 Surat Pengecekan Judul



PERPUSTAKAAN  
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG

Kampus C : Jl. Kemuning No. 57 Candimulyo Jombang Telp. 0321-865446

**SURAT PERNYATAAN**  
**Pengecekan Judul**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : Anik Novianti  
NIM : 2112100002  
Prodi : D3 Keperawatan  
Tempat/Tanggal Lahir: Probolinggo , 28 Juli 2003  
Jenis Kelamin : Wanita  
Alamat : Dsn Pijetan, Ds Palang besi, Kec Lumbang, Kab Probolinggo, JATIM  
No.Tlp/HP : 088235922499  
*email* : aisyahmerylovyantika@gmail.com  
Judul Penelitian : **Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II  
Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten  
Pasuruhan.**

Menyatakan bahwa judul LTA/Skripsi diatas telah dilakukan pengecekan, dan judul tersebut **layak** untuk di ajukan sebagai judul Skripsi/LTA. Demikian surat perny ataan ini dibuat untuk dapat dijadikan sebagai referensi kepada dosen pembimbing dalam mengajukan judul LTA/Skripsi.

Jombang, 14 Mei 2024  
Mengetahui,  
Kepala Perpustakaan

**Dwi Nuriana, M.IP**  
**NIK.01.08.112**



Lampiran 8 Surat Keterangan Kaji Etik



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE**

**Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang  
Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL**

**“ETHICAL APPROVAL”**

**No. 159/KEPK/ITSKES-ICME/VII/2024**

Komite Etik Penelitian Kesehatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Institute of Technology Science and Health Insan Cendekia Medika Jombang with regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :*

**Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD BANGIL Kabupaten Pasuruan**

Peneliti Utama : Anik Novianti  
*Principal Investigator*

Nama Institusi : ITS Kes Insan Cendekia Medika Jombang  
*Name of the Institution*

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : RSUD BANGIL PASURUAN  
*Setting of Research*

**Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.  
And approved the above - mentioned protocol.**



Jombang, 2 Juli 2024  
Ketua,

Dhita Yuniar Kristianingrum S.ST.,Bd.,M.Kes  
NIK. 05.10.371

Lampiran 9 Lembar Bimbingan I

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI DIII KEPERAWATAN**



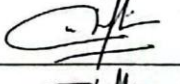

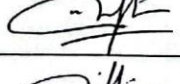
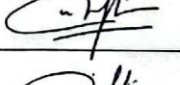
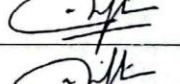
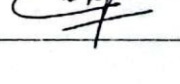
Nama : Anik Novianti

NIM : 211210002

Juduk KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan  
Gangren Di Ruang Angrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

Pembimbing I : Ucik Indrawati, S.Kep.Ns.,M.Kep

Kegiatan Bimbingan:

No	Hari/ Tanggal	Materi	Tanda Tangan
1.	Senin, 5/02/2024	Pengajuan judul	
2.	Jum'at, 9/02/2024	Revisi judul (Acc)	
3.	Senin, 19/02/2024	Konsul BAB 1	
4.	Jum'at, 23/02/2024	Revisi BAB 1	
5.	Senin, 26/02/2024	Konsul BAB 1	
6.	Kamis, 29/02/2024	Acc BAB 1	
7.	Kamis, 7/03/2024	Konsul BAB 2	
8.	Senin, 11/03/2024	Revisi BAB 2	

Pembimbing I

  
Ucik Indrawati, S.Kep.Ns.,M.Kep  
NIDN. 0716048102

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI DIII KEPERAWATAN**



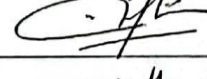




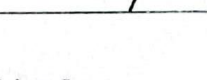
Nama : Anik Novianti

NIM : 211210002


Juduk KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

Pembimbing I : Ucik Indrawati, S.Kep.Ns.,M.Kep

Kegiatan Bimbingan:

No	Hari/ Tanggal	Materi	Tanda Tangan
9.	Kamis, 14/2024 03	Konsul BAB 2 (Acc)	
10.	Senin, 18/2024 03	Konsul BAB 3	
11.	Rabu, 20/2024 03	Revisi BAB 3 (Acc)	
12.	Senin, 6/2024 05	Konsul BAB 4 & 5	
13.	Rabu, 15/2024 05	Revisi BAB 4 & 5	
14.	Jum'at, 21/2024 05	Revisi BAB 4 (Pembahasan)	
15.	Senin, 1/2024 07	Konsul BAB 4	
16.	Senin, 8/2024 07	Revisi BAB 4 & 5 (Acc)	

Pembimbing I


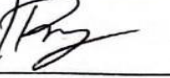
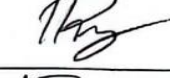
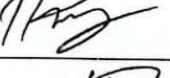
  
Ucik Indrawati, S.Kep.Ns.,M.Kep  
NIDN. 0716048102

Lampiran 10 Lembar Bimbingan II


**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI DIII KEPERAWATAN**

Nama : Anik Novianti  
NIM : 211210002  
Juduk KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan  
Pembimbing II: Rickiy A.O.F, S.Kep.Ns.,M.Tr.Kep

Kegiatan Bimbingan:

No	Hari/ Tanggal	Materi	Tanda Tangan
1.	Senin, 15/2024/02	Pengajuan judul	
2.	Jum'at, 9/2024/02	Revisi Judul (Acc)	
3.	Senin, 19/2024/02	Konsul BAB 1	
4.	Jum'at, 23/2024/02	Revisi BAB 1	
5.	Senin, 26/2024/02	Konsul BAB 1	
6.	Kamis, 29/2024/02	Acc BAB 1	
7.	Kamis, 7/2024/03	Konsul BAB 2	
8.	Senin, 11/2024/03	Revisi BAB 2	





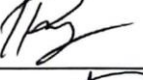
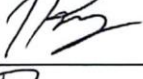
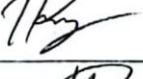

Pembimbing II

  
Rickiy A.O.F., S.Kep.,Ns.M.Tr.Kep  
NIDN. 0717109102

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI DIII KEPERAWATAN**

Nama : Anik Novianti  
NIM : 211210002  
Juduk KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan  
Pembimbing II: Rickiy A.O.F, S.Kep.Ns.,M.Tr.Kep

Kegiatan Bimbingan:

No	Hari/ Tanggal	Materi	Tanda Tangan
9.	Kamis, 14/03/2024	Konsul BAB 2 (Acc)	
10.	Senin, 18/03/2024	Konsul BAB 3	
11.	Rabu, 20/03/2024	Revisi BAB 3 (Acc)	
12.	Senin, 6/05/2024	Konsul BAB 4 & 5	
13.	Rabu, 15/05/2024	Revisi BAB 4 & 5	
14.	Jum'at, 31/05/2024	Revisi BAB 4 (Pembahasan)	
15.	Senin, 1/07/2024	Konsul BAB 4	
16.	Senin, 8/07/2024	Revisi BAB 4 & 5 (Acc)	

Pembimbing II



Rickiy A.O.F., S.Kep.Ns., M.Tr.Kep  
NIDN. 0717109102

Lampiran 11 Surat Kesediaan Unggahan KTI

**SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Anik Novianti  
NIM : 211210002  
Tempat Tanggal Lahir : Probolinggo, 28 Juli 2003  
Program Studi : DIII Keperawatan Fakultas Vokasi

Demikian pengembangan ilmu pengetahuan menyetujui untuk memberikan kepada Institut Teknologi Sains & Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas Royalties Non Eksklusif (*Non Exclusive Royalti Free Right*) atas “Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Tipe II Dengan Gangren Di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan”.

Hak bebas royalti Non Eksklusif ini Institut Teknologi Sains & Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang berhak menyimpan alih Karya Tulis Ilmiah/ Media/ Format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat Karya Tulis Ilmiah dan mempublikasikan Tugas Akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan pemilik hak cipta.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 12 September 2024

Yang Menyatakan



Anik Novianti  
NIM. 211210002

## Lampiran 12 Surat Keterangan Bebas Plagiasi



**ITSKes** Insan Cendekia Medika  
Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 68/E/O/2022

### **KETERANGAN BEBAS PLAGIASI**

Nomor : 06/R/SK/ICME/IX/2024

Menerangkan bahwa;

Nama : Anik Novianti  
NIM : 211210002  
Program Studi : D3 Keperawatan  
Fakultas : Vokasi  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Melitus Tipe II dengan Gangren di Ruang Anggrek RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI**, dengan persentase kemiripan sebesar **24%**. Demikian keterangan ini dibuat dan diharapkan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 8 September  
2024

Wakil Rektor I

**Dr. Lusianah Mejanawati, SST., M.Kes**  
NIDN. 0718058503

## Lampiran 13 Surat Digital Receipt

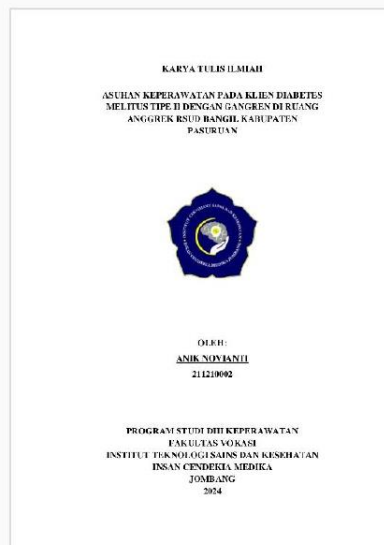


### Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Anik Novianti  
Assignment title: Quick Submit  
Submission title: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS ...  
File name: KTI\_ANIK\_NOVIANTI\_2024\_revisi\_1\_-\_Aisyah\_Mery\_Lovy\_Antik...  
File size: 624.4K  
Page count: 116  
Word count: 20,410  
Character count: 130,871  
Submission date: 11-Sep-2024 11:30AM (UTC+0430)  
Submission ID: 2450840560





# Anik Novianti

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS TIPE II DENGAN GANGREN DI RUANG ANGGREK RSUD BAN...

 Quick Submit

 Quick Submit

 Psychology

---

### Document Details

Submission ID

trn:oid::1:3004668229

Submission Date

Sep 11, 2024, 11:28 AM GMT+4:30

Download Date

Sep 11, 2024, 11:34 AM GMT+4:30

File Name

KTI\_ANIK\_NOVIANTI\_2024\_revisi\_1\_-\_Aisyah\_Mery\_Lovy\_Antika.docx

File Size

624.4 KB

116 Pages

20,410 Words

130,871 Characters

## 24% Overall Similarity




The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

### Filtered from the Report

- Small Matches (less than 20 words)

---

### Top Sources

- 24%  Internet sources
- 4%  Publications
- 14%  Submitted works (Student Papers)

---

### Integrity Flags

#### 1 Integrity Flag for Review

-  **Replaced Characters**  
45 suspect characters on 9 pages  
Letters are swapped with similar characters from another alphabet.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

### Top Sources

- 24% Internet sources
- 4% Publications
- 14% Submitted works (Student Papers)

### Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	repository.itskesicme.ac.id	4%
2	Internet	repository.poltekkes-tjk.ac.id	2%
3	Internet	pediscare.com	2%
4	Internet	eprints.kertacendekia.ac.id	2%
5	Internet	dspace.umkt.ac.id	1%
6	Internet	repository.poltekkes-kaltim.ac.id	1%
7	Internet	repository.poltekkes-denpasar.ac.id	1%
8	Internet	eprints.umm.ac.id	1%
9	Internet	repo.stikesicme-jbg.ac.id	1%
10	Internet	rsupsoeradji.id	1%
11	Internet	jiisajis.blogspot.com	1%

12	Internet	repositori.uin-alauddin.ac.id	1%
13	Internet	repository.stikstellamarismks.ac.id	1%
14	Internet	eprintslib.ummgl.ac.id	1%
15	Internet	repository.universitalirsyad.ac.id	0%
16	Internet	pdfcoffee.com	0%
17	Internet	repository.stikeshangtuh-sby.ac.id	0%
18	Internet	repository.poltekkeskupang.ac.id	0%
19	Internet	repository.unair.ac.id	0%
20	Internet	journal-mandiracendikia.com	0%
21	Internet	jurnal.globalhealthsciencegroup.com	0%
22	Internet	repo.poltekkesbandung.ac.id	0%
23	Student papers	Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan	0%
24	Internet	repo.poltekkesdepkes-sby.ac.id	0%
25	Internet	journal.arikesi.or.id	0%

26	Internet	journal.universitaspahlawan.ac.id	0%
27	Internet	repository.unjaya.ac.id	0%
28	Internet	jurnalstikesluwuraya.ac.id	0%
29	Internet	repository.unhas.ac.id	0%
30	Internet	repository.ub.ac.id	0%
31	Internet	html.pdfcookie.com	0%
32	Internet	journal.gunabangsa.ac.id	0%
33	Internet	www.merdeka.com	0%
34	Student papers	Sriwijaya University	0%
35	Internet	jkp.poltekkes-mataram.ac.id	0%
36	Internet	perawatklinisi.blogspot.com	0%
37	Internet	www.scribd.com	0%
38	Internet	repo.poltekkes-medan.ac.id	0%
39	Internet	vdocuments.site	0%

40	Internet	jurnal.stikeskesosi.ac.id	0%
41	Internet	repository.stikesmucis.ac.id	0%
42	Internet	genius.inspira.or.id	0%
43	Internet	123dok.com	0%
44	Internet	health.kompas.com	0%
45	Internet	media.neliti.com	0%
46	Internet	repository.stikesmukla.ac.id	0%
47	Student papers	UPN Veteran Jakarta	0%
48	Internet	repository.medikasuherman.ac.id	0%
49	Student papers	kopusat.turnitin@gmail.com	0%