

Rahmania Eka Azzahro

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS JARINGAN KULIT ...

 Quick Submit

 Quick Submit

 Psychology

Document Details

Submission ID

trn:oid::1:3006703111

Submission Date

Sep 13, 2024, 8:32 AM GMT+4:30

Download Date

Sep 13, 2024, 8:34 AM GMT+4:30

File Name

KTI_zahra_turnit_fiks_-_Rahmania_Azzahra.docx

File Size

792.5 KB

68 Pages




10,300 Words

70,644 Characters

9% Overall Similarity

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

Top Sources

- 9%  Internet sources
- 3%  Publications
- 4%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

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

- 9% Internet sources
- 3% Publications
- 4% 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	2%
2	Internet	
	jurnal.globalhealthsciencegroup.com	1%
3	Internet	
	repository.bku.ac.id	1%
4	Internet	
	eprints.kertacendekia.ac.id	1%
5	Internet	
	eprints.poltekkesjogja.ac.id	1%
6	Internet	
	repo.stikmuhptk.ac.id	0%
7	Student papers	
	Universitas Jember	0%
8	Internet	
	repo.stikesicme-jbg.ac.id	0%
9	Internet	
	es.scribd.com	0%
10	Internet	
	eprints.undip.ac.id	0%
11	Internet	
	repository.poltekkes-kaltim.ac.id	0%

12	Internet	www.slideshare.net	0%
13	Student papers	GIFT University	0%
14	Student papers	Sriwijaya University	0%
15	Internet	eprints.umpo.ac.id	0%
16	Student papers	Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur	0%
17	Publication	Miftachi Evita Hayati, Dwi Marlina Syukri, Nia Triswanti, Rina Kriswiastiny. "HUBU...	0%
18	Internet	repository.umy.ac.id	0%
19	Student papers	Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia II	0%
20	Internet	ktikebidanankeperawatan.wordpress.com	0%
21	Internet	eprints.umm.ac.id	0%
22	Internet	herbaluntuksemua.com	0%
23	Internet	webpedulikeehatan.blogspot.com	0%
24	Student papers	Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur II	0%
25	Publication	Ika Mustafida, Fitriyan Rayasari, Munaya Fauziah, Wati Jumaiyah, Rika Mustika Ab...	0%

26	Student papers	iGroup	0%
27	Internet	sinta.unud.ac.id	0%
28	Internet	digilib.unila.ac.id	0%
29	Internet	www.coursehero.com	0%
30	Internet	www.filnasa.org	0%
31	Internet	qdoc.tips	0%
32	Internet	repository.poltekkes-denpasar.ac.id	0%

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2
DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS JARINGAN KULIT DI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PARE KEDIRI**



RAHMANIA EKA AZZAHRO

201210015

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

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

29
14
14
6
2

Dalam dunia keperawatan, menjaga dan mempertahankan keutuhan serta kesehatan kulit adalah salah satu aspek penting yang harus diperhatikan. Kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan sangatlah penting. Kerusakan integritas kulit dapat disebabkan oleh luka akibat trauma dan pembedahan, serta tekanan berkepanjangan pada kulit yang menyebabkan Iritasi dan berkembang menjadi luka tekan atau ulkus dekubitus.

Ulkus Dekubitus merupakan kronis lokal pada daerah yang tertekan lama akibat adanya tekanan tersu-menerus dan gaya geser. Sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit, maka penilaian risiko perkembangan dekubitus pada pasien di rumah sakit penting dilakukan untuk pencegahan dekubitus. (Zikran&Purwanto,2023) oleh karena itu, pencegahan luka dekubitus pada pasien sangat penting, karena dapat mencegah terjadinya kecacatan dan menurunkan biaya pengobatan.

Menurut *International Diabetes Federation* (IDF, 2020), prevalensi angka kejadian diabetes melitus di dunia adalah sebanyak 387 juta jiwa dan pada tahun 2022 akan bertambah sebanyak 529 juta jiwa meningkat sebesar 53%. Sedikitnya 463 juta orang yang meng

alami DM di dunia pada usia 20-79 tahun, atau setara dengan angka prevalensi sebesar 9,3% dari total penduduk pada usia yang sama yang mengalami ulkus diabetikum sebanyak 6,3%. Studi epidemiologi menunjukkan bahwa ulkus kaki diketahui di Cina memiliki prevalensi 5-10% dan insiden 6,3% (Wang et al., 2020) Sedangkan Indonesia menduduki peringkat ke 5 dengan jumlah penderita DM tipe 2 sebanyak 19,5 juta di tahun 2021 dan diperkirakan akan meningkat sebanyak 28,6 juta di tahun 2045 (Kemenkes, 2024) hal ini juga terjadi pada penderita ulkus diabetikum di Indonesia sekitar 15%, angka amputasi 30%, angka mortalitas 32% dan ulkus diabetikum merupakan sebab perawatan rumah sakit yang terbanyak sebesar 80% untuk DM. Ulkus diabetikum terjadi pada 15-25% pasien dengan DM dan lebih dari 2% pertahun antara 5 hingga 7,5% pasien dengan neuropati (Sukartini, 2020). Sedangkan data di Jawa Timur penderita DM sebanyak 841.97 ribu orang. Data tersebut terus bertambah sampai tahun 2022. Diperkirakan, sekitar 929.535 ribu jiwa mengidap penyakit DM dari data tersebut diketahui akan bertambah setiap tahunnya. (Dinkes Jatim, 2022). Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Pare Kab.Kediri pada tahun 2024, dari Januari hingga Maret, terdapat 2.611 pasien rawat jalan dan 247 pasien rawat inap, dan sebanyak 33% pasien di ruang Bougenvile terdapat kasus diabetes dengan ulkus dalam 3 bulan terakhir yakni Januari-Maret Maret yang mana diperkirakan akan terus bertambah.

Gangguan integritas kulit pada DM disebabkan oleh kerusakan pada pembuluh darah kecil dan besar (makroangiopati dan mikroangiopati), yang dapat menyebabkan gejala seperti rasa tertusuk-tusuk, kesemutan, dan rasa terbakar, terutama pada malam hari. Seiring bertambahnya kerusakan saraf, penderitanya

bisa mengalami kehilangan sensasi pada kaki (mati rasa), meningkatkan risiko cedera dan infeksi tanpa disadari. Hal ini dapat menyebabkan ulkus yang jika tidak diobati dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang parah dan meluas sehingga bisa menyebabkan membuang jaringan tersebut dan bahkan menyebabkan cacat permanen. Oleh karena itu, penting untuk memberikan perawatan yang tepat untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Beberapa Komplikasi yang muncul pada penderita DM tipe 2 seperti Gangren, retinopati. Ulkus dibateikum merupakan komplikasi kronik dari DM sebagai sebab utama morbiditas, mortalitas serta kecacatan penderita diabetes. Dengan banyaknya komplikasi akibat DM diperlukan tindakan asuhan keperawatan untuk memecahkan masalah kesehatan pasien dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien diabetes melitus antara lain adalah untuk memandirikan pasien dalam mengatur pola makan yang baik seperti membatasi makanan karbohidrat, mengurangi makanan tinggi lemak, membatasi makanan tinggi gula, serat, serta kolesterol, meningkatkan kesadaran untuk perawatan diri, seperti membersihkan luka setiap hari serta memberikan salep antibiotik yang direkomendasikan dokter, memberikan lotion di bagian kulit yang kering agar lembab dan tidak menimbulkan keretakan pada kulit. meningkatkan pemantauan gula darah mulai dari GDA dan GDP, serta meningkatkan pengetahuan pasien tentang diabetes dan pencegahannya.

Berdasarkan uraian dalam kasus tersebut, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus mengenai pasien yang mengalami DM Tipe 2 dengan

8 gangguan integritas jaringan kulit dan mencatatnya dalam sebuah laporan penelitian yang berjudul “Asuhan keperawatan pada klien *diabetes mellitus* tipe 2 dengan gangguan integritas jaringan kulit di Ruang Bougenville RSUD Pare Kediri”

1.2 Rumusan Masalah

1 Bagaimana Asuhan keperawatan pasien yang mengalami penyakit DM di ruang Bougenville RSUD Pare Kediri ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

15 Memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien DM dengan gangguan integritas kulit jaringan di RSUD Pare Kediri.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 21 1. Melakukan pengkajian keperawatan Integritas Kulit Pada Pasien DM di ruang Bougenville RSUD Pare Kediri.
- 10 2. Menetapkan diagnosis keperawatan Integritas Kulit Pada Pasien DM di ruang Bougenville RSUD Pare Kediri
- 10 3. Menyusun perencanaan keperawatan Integritas Kulit Pada Pasien DM di ruang Bougenville RSUD Pare Kediri
- 10 4. Melaksanakan Implementasi keperawatan Integritas Kulit Pada Pasien DM di ruang Bougenville RSUD Pare Kediri
- 10 5. Melakukan evaluasi keperawatan Integritas Kulit pada pasien DM di ruang Bougenville RSUD Pare Kediri.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan pemahaman ilmiah dan kemajuan informasi dalam perawatan klinis yang akurat, serta memperluas pengetahuan dalam berpikir kritis bagi individu yang mengalami DM.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien diabetes dan keluarga diharapkan mampu menggunakan beragam teknik untuk menghindari kerusakan pada kulit, sehingga pasien dapat merawat kulitnya sendiri di rumah dan mengurangi masalah yang timbul.

2. Bagi Petugas Kesehatan

Studi kasus ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi peitugas kesehatan dalam meningkatkan praktik keperawatan dalam tindakan secara nonfarmakologis dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan pada pasien DM

3. Bagi ITSKes ICME

Hasil dari penelitian ini bisa menjadi tambahan sumber bacaan yang berguna untuk meningkatkan standar pendidikan dan sebagai bahan referensi untuk memperluas pemahaman dan materi pengajaran tentang perawatan kulit pada individu yang menderita DM dan sebagai bentuk pengabdian masyarakat

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat memperluas pemahaman dan pengetahuan peneliti tentang aspek-aspek perawatan terkait DM. Selain

itu, diharapkan bahwa penyelesaian tugas akhir ini dapat menjadi wujud aplikasi praktis dari pengetahuan yang diperoleh selama proses perkuliahan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Gangguan Integritas Kulit Pada Penyakit Diabetes

Mellitus Tipe II

2.1.1 Definisi

Diabetes melitus adalah kondisi penyakit kronis yang terjadi ketika tubuh tidak dapat memproduksi hormon insulin dengan cukup atau tidak efektif menggunakan insulin yang diproduksi (Kemenkes, 2021). Gejala yang sering terjadi pada penderita DM adalah sering kencing, sering haus, banyak makan dengan penurunan berat badan. Salah satu masalah umum yang dialami oleh penderita DM tipe II adalah gangguan pada kulit dan jaringan yang dapat diperbaiki sebagian melalui tindakan debridemen dan perawatan luka (Sari kumala.et.al.2023)

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi DM adalah sebagai berikut

1. Tipe 1 : DM tergantung pada insulin IDDM (*Insulin Dependen Diabetes Mellitus*) terjadi ketika tubuh tidak dapat menghasilkan insulin yang cukup karena faktor genetik, virus, atau masalah autoimun, menyebabkan ketergantungan pada insulin.
2. Tipe 2 : diabetes mellitus tidak tergantung pada insulin NIDDM (*Non Insulin Dependen Diabetes Mellitus*) adalah tipe diabetes yang memerlukan insulin baik secara sementara maupun berkelanjutan disebabkan oleh resistensi insulin, kekurangan insulin, atau gangguan sekresi, sering kali terkait dengan obesitas, usia, atau riwayat keluarga.

Resistensi insulin terjadi ketika jumlah insulin yang diproduksi tidak berfungsi secara optimal karena pembatasan produksi glukosa oleh hati.

12 3. Diabetes Gestasional/Kehamilan gestational diabetes mellitus (GDM) disebabkan oleh intoleransi glukosa yang terdeteksi saat kehamilan pertama. Wanita yang mengalami diabetes selama kehamilan memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami diabetes lagi saat kehamilan berikutnya dan juga berisiko mengalami diabetes 5 hingga 10 tahun setelahnya.

5 4. DM tipe lain merupakan DM yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom tertentu hiperglikemik yang terjadi karena penyakit lain yaitu penyakit pankreas, hormonal, obat atau bahan kimia, endokrinopati, kelainan reseptor insulin, sindroma genetik tertentu.

2.1.3 Etiologi

Etiologi DM menurut Kemenkes RI (2020) yaitu :

5 1. Diabetes Mellitus tipe 1 (IDDM)

Diabetes yang bergantung pada insulin ditandai oleh kerusakan pada sel-sel beta pankreas yang disebabkan oleh :

1) Faktor Genetik

Individu yang menderita diabetes tipe 1 tidak secara langsung mewarisi penyakit itu sendiri, tetapi mereka memiliki kecenderungan genetik yang meningkat untuk mengembangkan diabetes tipe 1.

2) Faktor lingkungan

19 Penelitian menunjukkan bahwa faktor eksternal seperti virus atau toksin tertentu dapat memicu reaksi autoimun yang mengarah

pada penghancuran sel beta pankreas.

c. Faktor Immunologi

Pada diabetes tipe 1, terdapat indikasi adanya respons autoimun, yang merupakan respons tidak normal di mana antibodi menyerang jaringan tubuh yang seharusnya dianggap sebagai bagian dari tubuh sendiri, seolah-olah jaringan tersebut asing.

2. Diabetes Mellitus Tipe 2

Meskipun penyebab diabetes tipe 2 belum diketahui secara pasti.

Diabetes tipe 2, juga dikenal sebagai *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM), merupakan kelompok heterogen dengan gejala yang lebih ringan, biasanya terjadi pada orang dewasa, meskipun terkadang bisa muncul pada masa kanak-kanak. Faktor resiko yang berhubungan dengan DM tipe 2 adalah :

1. Usia
2. Obesitas
3. Kelompok Etnik
4. Genetik

3. Diabetes Gestasional

Tipe ini ditandai oleh peningkatan kadar gula darah selama kehamilan. Kondisi ini umumnya terjadi sekitar minggu ke-24 kehamilan dan biasanya kembali normal setelah persalinan.

Diantara penyebab dari gangguan kulit diantaranya :

- 1) Neuropati Perifer
- 2) Kurangnya pengetahuan tentang perawatan kulit DM

- 3) Perubahan Sirkulasi
- 4) Kelembaban
- 5) Perubahan status nutrisi
- 6) Suhu Lingkungan yang ekstrem

2.1.4. Pathofisiologi

28 Gangguan integritas kulit pada penderita diabetes mellitus (DM) dimulai dengan tingginya kadar gula darah yang mengakibatkan kerusakan pada saraf dan pembuluh darah. Kerusakan saraf sensorik, motorik, dan otonom dapat menyebabkan perubahan pada kulit dan otot, yang memudahkan terjadinya ulkus diabetik. Ulkus dan gangren bisa menyebabkan nyeri, kesulitan beraktivitas, gangguan tidur, dan risiko infeksi. Neuropati dan masalah sirkulasi adalah faktor utama dalam terbentuknya luka pada penderita diabetes, terutama yang berkaitan dengan neuropati perifer dan penyakit pembuluh darah perifer. Gangguan sirkulasi ini juga dapat menyebabkan kerusakan saraf, yang mengakibatkan kulit kering dan kerusakan, serta meningkatkan risiko terjadinya gangren. Hal ini menciptakan tantangan dalam perawatan, khususnya terkait dengan gangguan integritas kulit.

2.1.5. Manifestasi Klinis

Penyakit DM sering kali tidak dirasakan tanda dan gejalanya tetapi beberapa gejala yang perlu diperhatikan adalah :

1) Gejala Akut

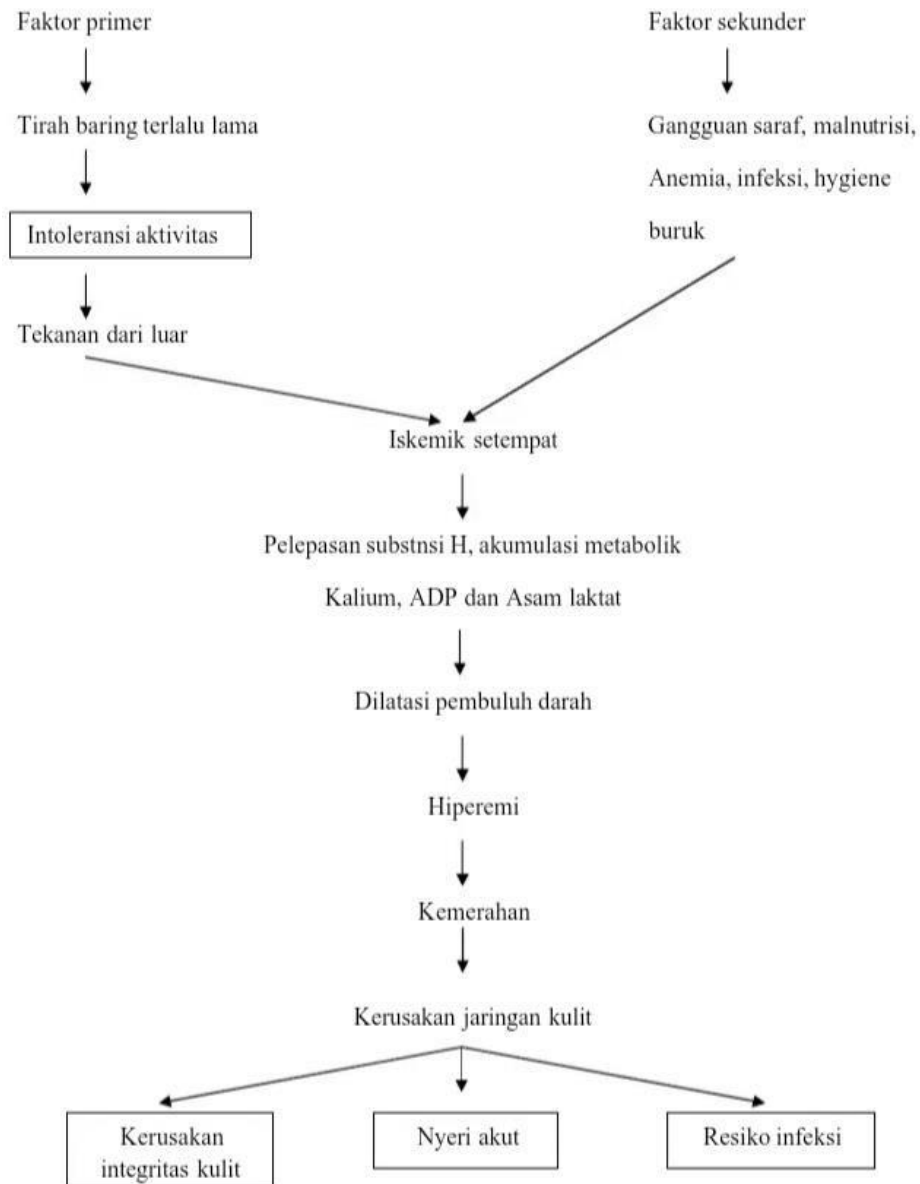
- a. Banyak kencing (*poliuria*) sering terjadi pada malam hari dikarenakan kadar glukosa darah yang tinggi sehingga menyebabkan kencing dalam jumlah yang banyak.
- b. Banyak makan (*polyfgia*) Pada penderita DM sering mengalami peningkatan rasa lapar karena keseimbangan kalori yang tidak seimbang dalam tubuh mereka, menyebabkan terjadinya kekurangan kalori dan mendorong timbulnya rasa lapar yang lebih kuat.
- c. Banyak minum (*polydipsia*) karena banyaknya cairan melalui kencing biasanya penderita DM sering merasa haus.

2) Gejala Kronis

- a. Gangguan syaraf tepi, biasanya penderita DM sering merasa kesemutan di malam hari biasanya di bagian kaki.
- b. Tangan dan kaki gatal atau rasa tebal di kulit mengakibatkan penderita DM lupa memakai alas kakinya.
- c. Penglihatan kabur / gangguan penglihatan
- d. Gangguan fungsi seksualitas pada laki laki ditandai dengan gangguan ereksi, dan keputihan yang terjadi pada wanita karena kondisi daya tahan menurun.

2.1.6 Pathway

PATHWAYS



Sumber WOC : <https://id.scribd.com/doc/76955739/Pathway-Dekubitus>

2.1.7

Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada penyakit DM tipe 2 dibagi menjadi 2 yaitu nonfarmakologis dan farmakologis

1) Non farmakologis meliputi

- a. Menjelaskan kondisi kesehatan pasien dan dampaknya serta masalah yang muncul akibatnya.
- b. Memberitahu pasien mengenai aktivitas fisik yang dapat dipraktikkan untuk menjaga kesehatan dan mengurangi berat badan.
- c. Mendorong pasien agar konsisten dalam mengonsumsi obat dengan mengajarkan pentingnya minum obat sesuai jadwal yang ditentukan.
- d. Memberikan informasi kepada pasien tentang pentingnya melakukan pemeriksaan rutin kadar gula darah di Puskesmas.
- e. Memberikan edukasi tentang pola makan yang tepat

2) Farmakologis meliputi

a. Obat-obatan golongan *Sulphonylureas*

obat kelompok ini bertujuan untuk memacu sel beta di pankreas agar menghasilkan lebih banyak insulin, yang membantu mengurangi kadar glukosa dalam darah dengan mengangkutnya ke dalam sel-se

b. Golongan metformin

Obat dari jenis ini bekerja dengan cara mengurangi penyerapan glukosa di usus, menurunkan resistensi insulin pada jaringan di luar sel, dan menghambat pembentukan glukosa oleh hati.

c. *Pranidial Glucogenesis Regulator*

Obat ini bekerja dengan merangsang produksi insulin tambahan selama proses pencernaan, dan biasanya dikonsumsi sekitar 15 menit sebelum makan.

d. *Thiazolidinedione*

Obat ini digunakan untuk mengatasi resistensi insulin dengan meningkatkan penyerapan glukosa di jaringan di luar hati dan mengurangi produksi glukosa oleh hati

e. *Aplha-Glucosidase Inhibito*

Cara kerja obat ini adalah menghambat proses pembentukan monosakarida dari sukrosa di usus kecil, yang mengakibatkan penundaan dalam pencernaan sukrosa.

f. Terapi Insulin, ada 4 jenis insulin diantaranya

1. Insulin Eksogem kerja cepat

Insulin ini memiliki sifat cairan yang transparan, dengan awal tindakan yang cepat dan durasi yang singkat. Salah satu jenisnya adalah Insulin Kristal Zinc (CZL), yang diberikan sekitar 30 menit sebelum makan,

mencapai puncak efektivitas dalam 1-3 jam, dan berlangsung selama sekitar 8 jam.

2. Insulin Eksogen kerja sedang

Insulin ini memiliki penampilan yang tidak bening karena mengandung kristal-kristal kecil. Waktu awal aksi insulin ini berkisar antara 1,5 hingga 2,5 jam, mencapai puncaknya dalam rentang waktu 4 hingga 15 jam, dan efeknya dapat bertahan hingga 24 jam.

3. Insulin Eksogen Campuran yang memiliki efek campuran antara cepat dan sedang (Insulin Premix)

4. Insulin Eksogen kerja panjang yang memiliki efek yang berlangsung lebih dari 24 jam (Insulin kerja panjang)

2.1.8 Pemeriksaan Diasnotik

1. Pemeriksaan Glukosa Darah

Tujuannya menemukan kadar glukosa darah saat berpuasa.

Pembatasan : Tidak makan selama 12 jam sebelum tes, biasanya dari pukul 08.00 pagi Hingga 20.00, namun boleh minum. Prosedur : Darah diambil dari Vena dan dibawa ke laboratorium,dengan

Hasil :Normal:80-120 mg/ 100 ml serum

Abnormal : 140mg/100ml atau lebih

2. Pemeriksaan Glukosa Posprandial

Tujuannya mengetahui glukosa darah setelah makan

Pembatasan : Tidak Ada

Prosedur : Pasien diberikan sekitar 100 gram karbohidrat, lalu dua jam

kemudian diambil sampel darah vena

Hasil Normal : kurang dari 120mg/100ml serum

Abnormal : lebih dari 200mg/dl atau lebih

3. Pemeriksaan glukosa Urine

Pemeriksaan glukosa Urine ini tidak selalu akurat karena banyak faktor yang memengaruhinya, seperti penggunaan obat-obatan seperti aspirin, Vitamin C, dan beberapa antibiotik, serta adanya gangguan ginjal. Pada Lansia, di mana ambang ginjal meningkat, keberadaan glukosuria Menunjukkan gangguan pada ambang terhadap glukosa.

2.1.9. Komplikasi

Komplikasi pada penyakit DM dibagi menjadi 2 yaitu :

1. Komplikasi Akut

- a. Koma hiperglikemia terjadi ketika kadar gula darah sangat tinggi dan tidak terkontrol, seringkali pada individu yang menderita DM tipe yang tidak tergantung pada insulin.
- b. Ketoasidosis, merupakan salah satu komplikasi DM yang terjadi karena keracunan oleh zat keton yang dihasilkan dari metabolisme lemak dan protein, seringkali terjadi pada DM yang bergantung pada insulin.
- c. Koma hipoglikemia disebabkan oleh penggunaan insulin yang berlebihan atau tidak terkontrol sebagai bagian dari terapi.

2. Komplikasi kronis mikroangiopati mengakibatkan kerusakan pada saraf-saraf perifer di organ yang memiliki pembuluh darah kecil, seperti

retinopati diabetik yang dapat menyebabkan kehilangan penglihatan akibat kerusakan saraf di mata.

- a. Neuropati diabetik, yang merupakan kerusakan pada saraf-saraf perifer, dapat menyebabkan gangguan sensorik pada berbagai organ tubuh
- b. Nefropati diabetika (kelainan atau kerusakan pada ginjal) Dapat menyebabkan gagal ginjal.
- c. Gangguan pada jantung dan pembuluh darah, seperti serangan jantung atau disfungsi jantung akibat arteriosklerosis.
- d. Gangguan sistem pembuluh darah/stroke
- e. Penyakit vesikuler perifer

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Dengan Gangguan Integritas Kulit

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi, nama pasien, jenis kelamin, alamat tempat tanggal lahir, status perkawinan, agama, diagnosa medis, nomor rekam medis

b. Keluhan pasien

Keluhan utama yang sering kali dialami oleh penderita

c. Riwayat penyakit terdahulu

Merupakan riwayat penyakit yang pernah di derita sebelumnya seperti, Hipertensi, Riwayat penggunaan obat-obatan atau ginjal.

d. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang adalah riwayat penyakit mulai dari munculnya keluhan sampai pasien dibawa ke rumah sakit. riwayat pemeriksaan sebelumnya, selain di rumah sakit atau data pemeriksa

e. Riwayat penyakit keluarga

Mengidentifikasi apakah keluarga pasien ada yang memiliki Penyakit diabetes mellitus.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Tampak lemah

b. TTV meliputi tekanan darah menurun, sesak, nadi cepat atau lambat, jumlah gula darah juga dikaji

c. TB sesuai tinggi dan berat badan pasien

d. Kepala dan kulit kepala

Tujuan : untuk mengetahui keadaan kepala mulai dari turgor

Kulit, tekstur kulit dan kebersihan kulit kepala

Inspeksi : melihat apakah lesi, warna hitam atau kecoklatan, odem

/Lainya

Palpasi : Meraba turgor kulit, tekstur kulit, lesi atau tidak, akril hangat / dingin.

Rambut : untuk mengetahui warna rambut, tekstur rambut , adanya percabangan atau tidak

Inspeksi : distribusi rambut merata atau tidak bercabang atau
lainya, mudah rontok atau tida

e. Mata

Tujuan : untuk mengetahui kelainan pada mata dan untuk melihat
Pandangan pasien

Inspeksi : reflek kedip atau tidak, miosis atau miotiasis, letak
pupil bagaimana, ikterik / indikasi bilirubin gangguan pada hepar,

Palpasi : Tekan Secara ringan ada peningkatan teraba keras kaji
jika ada nyeri

f. Hidung

Tujuan : mengetahui bentuk dan fungsi hidung serta adanya
Inflamasi sinusitis

Inspeksi : melihat apakah hidung simetris atau tidak, apakah ada
seret

Palpasi : adakah nyeri tekan massa

g. Mulut

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan keadaan mulut pasien serta
kebersihan mulut pasien

Inspeksi : amati bibir apakah ada kelainan (bibir sumbing), warna,
Kelembaban, kesimetrisan, pembekakan atau lesi, warna plak dan
Kebersihan gigi.

Palpasi : pegang dan tekan di daerah pipi lalu rasakan adanya
massa atau tumor, nyeri atau pembengkakan

h. Telinga

Tujuan : untuk mengetahui keadaan telinga mulai dari kedalaman telinga, saluran telinga kelainan pada telinga dan kebersihan telinga.

Inspeksi : daun telinga simetris atau tidak, lihat adanya lesi atau tidak, ukuran, warna dan bentuk.

Palpasi : pegang telinga rasakan kelenturan kartilago, tekan daun telinga adakah respon nyeri atau tidak.

i. Leher

Tujuan : untuk memeriksa sistem limfatik dan untuk menentukan Struktur integritas leher

Inspeksi : amati bentuk, warna kulit, amati adanya kelenjar tiroid, amati kesimetrisan leher

Palpasi : letakkan tangan pada leher pasien lalu minta pasien untuk menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid

j. Abdomen

Tujuan : untuk mendengarkan paristaltic usus , keadaan umum perut. Dan mengetahui respon nyeri tekan pasien pada abdomen

Inspeksi: bentuk perut, warna perut, adanya reaksi, adanya ketidaksimetrisan palpasi,

Auskultasi : bising usus normal 10-12 x/ menit

k. Muskulokletal

Tujuan : Untuk memahami pergerakan otot dan masalah yang

Mungkin terjadi di area tertentu.

Inspeksi : mengetahui ukuran dari adanya aerofil dan hipertrofil,
Amati kekuatan otot dengan memberi penahanan pada anggota gerak atas dan bawah.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

1. Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan adanya gangren pada ekstremitas
2. Resiko Infeksi berhubungan dengan luka insisi tak terawat
3. Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka pada ekstremitas

2.3.3 Intervensi Keperawatan

2.4 Tabel Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	<p>1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangren di ekstremitas</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Perubahan Sirkulasi 2.Perubahan status nutrisi 3.Kekurangan /Kelebihan cairan 4. Penurunan mobilitas 5.Bahan kimia iritatif 6.Suhu lingkungan yang ekstrim 7.kelembapan 8.Neuropati perifer 9.Perubahan hormonal 	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 X 24 jam di harapkan integritas dan jaringan kulit membaik</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Perfusi jaringan meningkat (5) 2.Kerusakan jaringan menurun (5) 3.Kerusakan lapisan kulit menurun (5) 4.Hematoma menurun (5) 5.Tekstur membaik (5) 	<p>Perawatan integritas kulit (L.11353)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem,penurunan mobilitas) <p>Terapiutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Ubah posisi tirah baring tiap 2 jam 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang,jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Anjurkan menggunakan pelembab 2.Anjurkan minum air yang cukup 3.Anjurkan meningkatkan nutrisi 4.Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan terpapar suhu ekstrem 6.Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

<p>2.</p>	<p>Resiko Infeksi berhubungan dengan luka insisi tak terawat penyebab :</p> <p>1..luka insisi yang tidak terawat</p> <p>2.bakteri</p> <p>3.jamur</p> <p>4.parasit</p>	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan glukosa derajat infeksi dengan kriteria hasil :</p> <p>1.kemerahan (5)</p> <p>2.nyeri (5)</p> <p>3.Bengkak (5)</p>	<p>Pencegahan Infeksi (L.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>1.Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapiutik :</p> <p>1.Batasi jumlah pengunjung</p> <p>2.Berikan perawatan kulit di bagian edema</p> <p>3.cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien at lingkungan pasien</p> <p>4. Pertahankan aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi :</p> <p>1.Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Ajarkan cara memeriksa luka</p> <p>3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>
<p>3.</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka pada ektrimitas Penyebab : Agen pencedera fisik</p>	<p>Nyeri Akut (L.080066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1.frekuensi nadi (5)</p> <p>2.keluhan nyeri (5)</p> <p>3..meringis (5)</p> <p>4.gelisah (5)</p> <p>5.pola nafas (5)</p>	<p>Manajemen nyeri (L.</p> <p>Observasi :</p> <p>1.identifikasi,lokasi,durasi,frekuensi</p> <p>2.Identifikasi skala nyeri</p> <p>3.Identifikasi respon nyeri nonverbal</p> <p>4.Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>5.Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1.Berikan Teknik nonfarmakologis</p>

			<p>untuk mengurangi nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. fasilitasi istirahat dan tidur 4. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan periode, penyebab dan pemicu nyeri 2. jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.
--	--	--	--

2.4.5 Implementasi keperawatan

Implementasi Keperawatan adalah Sejumlah aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk mendukung pasien dalam mengatasi masalah kesehatan mereka menuju pencapaian hasil kesehatan yang diinginkan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan (Suwignjo et Al., 2022).

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk menilai sejauh mana tujuan keperawatan tercapai dalam penilaian ini, penulis menggunakan penilaian proses dan penilaian hasil. Penilaian proses dilakukan untuk mengevaluasi keberhasilan tindakan yang dilakukan perawat. Sementara penilaian hasil adalah pencatatan perkembangan umum dan langkah-langkah yang diambil dalam menyusun perencanaan keperawatan (Oktaviani,2022)

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Studi kasus merupakan penelitian yang mendalami suatu topik dengan mengumpulkan bukti-bukti dan mengintegrasikan sumber data. Peneliti dalam studi kasus terbatas pada waktu dan lokasi tertentu, serta fokus pada peristiwa atau aktivitas dari satu individu atau kelompok. (Muzzayannah,2021)

Studi Kasus dalam penelitian ini digunakan untuk mendalami Asuhan keperawatan pada klien DM Tipe 2 dengan gangguan integritas Kulit jaringan di RSUD Pare Kabupaten Kediri.

3.2 Batasan Istilah

Definisi operasional adalah bagaimana peneliti menjelaskan variabelnya secara konkret, sehingga memungkinkan peneliti lain untuk menggunakan variabel yang sama. Ini memberikan pedoman dalam proses penelitian dengan menjelaskan cara variabel diukur atau diamati. Berikut beberapa penjelasan mengenai variabel dalam penelitian :

1. Pengelolaan keperawatan adalah strategi yang digunakan dalam memberikan perawatan kepada pasien, mengikuti langkah-langkah yang telah ditetapkan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul.
2. Diabetes melitus adalah kondisi penyakit kronis yang terjadi ketika tubuh tidak dapat memproduksi hormon Insulin dengan cukup atau tidak efektif menggunakan Insulin yang diproduksi
3. Gangguan integritas kulit/jaringan menurut Tarwoto & Wartonah (2015) dalam Damayanti (2020) adalah kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit yang meluas ke Jaringan bawah kulit yang meliputi otot, tendon, tulang,

Atau membran mukosa, karena adanya hiperglikemia sebagai penyebab kelaianan neuropati dan pembuluh darah

3.3 Partisipan

Dalam studi kasus ini, peneliti menggunakan subjek berupa dua pasien yang mengalami Penyakit DM tipe 2 dengan kriteria inklusi dan eksklusi di RSUD Pare.Kabupaten Kediri

1. Kriteria Inklusi

- a) Pasien yang berjenis kelamin laki laki dan perempuan
- b) 2 pasien rentan usia 50-70 tahun
- c) 2 Pasien DM dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit
- d) Bersedia menjadi responden dan kooperatif

2. Kriteria Eksklusi

- a) Pasien yang mengalami penurunan kesadaran
- b) Pasien Atas Pulang Paksa
- c) Pasien meninggal dunia

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian Karya tulis ini dilakukan pada bulan April-Mei di Ruang Bougenvil RSUD Pare Kabupaten Kediri.

3.5 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan untuk memperoleh informasi sesuai dengan masalah penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang memungkinkan terjadinya dialog langsung antara subjek dengan responden atau partisipan. Selama proses wawancara, subjek akan bertanya kepada responden dan mempelajari tentang tanggapan serta informasi yang telah disampaikan oleh partisipan. (Nursalam,2020).

Dalam penelitian ini, wawancara mencakup identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat penyakit keluarga, dan tambahan informasi dari keluarga pasien.

2. Observasi

Observasi melibatkan pengamatan kondisi klinis pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan pasien. Dalam studi kasus ini, peneliti perlu melakukan observasi dengan melakukan pemeriksaan fisik yang mencakup inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (mengetuk), dan auskultasi (mendengar).

3. Dokumentasi

Semua data dikumpulkan dari rekam medis pasien, sesuai dalam UU No.29 Tahun 2004 pasal 46 ayat (1) tentang praktik kedokteran mengemukakan, rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan foto thorax, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lainnya yang diberikan kepada pasien. Dalam penelitian ini, data yang berkaitan dengan subjek penelitian berupa hasil pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Validitas data dilakukan untuk menilai kualitas dan keakuratan data sehingga diperoleh data dengan tingkat validitas yang tinggi. Selain mempertimbangkan integritas peneliti sebagai perangkat utama, pengujian keabsahan data dilakukan dengan :

1. Memperluas waktu pengamatan atau tindakan
2. Memanfaatkan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga pasien yang relevan dengan permasalahan yang diteliti

3.7 Analisis Data

Proses pemeriksaan data dilakukan saat peneliti berada di lapangan. Selama tahap pengumpulan informasi, peneliti menyajikan fakta yang diperoleh hingga semua data terkumpul dan selanjutnya dilakukan analisa data berdasar teori yang akan di diskusikan. Strategi analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan tanggapan terhadap jawaban yang didapat dari analisis wawancara mendalam dengan tujuan menjawab rumusan masalah. Analisis data yang dilakukan dalam penelitian ini berkonsentrasi pada

penggunaan 2 metode yaitu observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi untuk memberi kan informasi tambahan pemahaman dan korelasi speku lasi yang ada sebagai alasan untuk membuat saran untuk intervensi ini. Susunan analisa data adalah sebagai beri kut :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan menggunakan metode WOD (wawancara, observasi, dokumentasi). Hasil ditulis sebagai catatan lapangan dan disalin sebagai catatan terstruktur.

2. Mereduksi data

Data yang dikumpulkan dalam bentuk catatan lapangan selama wawancara disusun menjadi transkrip dan kemudian dikategorikan menjadi data subjektif dan data objektif. Hasil diagnosis akan dianalisis dan dibandingkan dengan nilai normal yang telah ditentukan.

3. Penyajian data

Data disajikan dalam bentuk table, gambar, bagan ataupun teks naratif. Demi menjaga kerahasiaan pasien, identitas pasien akan dijamin dengan menyembunyikannya.

4. Pembahasan

Data yang ditemukan akan dijadikan objek pembahasan yang kemudian akan dibandingkan dengan peneliti sebelumnya serta pendekatan teoritis yang terkait dengan perilaku kesehatan.

5. Kesimpulan

Kesimpulan diambil melalui metode induksi. Data yang terkumpul mengacu pada data pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang telah terkumpul.

3.8 Etika Penelitian

Hampir 90% topik penelitian bidang ilmu keperawatan melibatkan manusia sebagai subjek penelitian. Oleh karena itu, peneliti perlu memahami etika penelitian agar tidak mengabaikan hak-hak (otonomi) manusia yang menjadi subjek dalam penelitian (Nursalam, 2020). Beberapa etika yang menyusun alasan perencanaan dalam penelitian ini meliputi :

1. *Informend consent* (persetujuan)

Informend consent merupakan bentuk kesepakatan antara penuls dan responden dengan memberikan formulir lembar persetujuan. *Informend consent* bertujuan agar subjek mengetahui makna dan tujuan penelitian serta mengetahui implikasinya. Apabila responden menyetujui untuk berpartisipasi, mereka diminta secara sukarela untuk menandatangani formulir persetujuan.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Jika menggunakan subjek penelitian, kode hanya akan dicantumkan pada lembar data dengan atau tanpa menyebutkan nama responden pada lembar alat ukur sebagai jaminan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Confidentiality artinya peneliti dapat memastikan bahwa semua data pasien yang telah dikumpulkan dirahasiakan dan hanya data spesifik yang dilaporkan sebagai hasil penelitian

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

1.1 Hasil Penelitian

1.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengambilan data pada studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Gangguan Integritas Kulit Jaringan Di RSUD Pare Kabupaten Kediri. Data diperoleh di Ruang Bougenvile Rumah Sakit Umum Daerah Pare Kediri Jln.Pahlawan Kusuma Bangsa No.01 Cangkring, Pelem, Kecamatan Pare, Kabupaten Kediri, Jawa Timur, 64213

1.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. G	Ny. L
Umur	64 tahun	60 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Wiraswasta	Ibu Rumah Tangga
Status Pernikahan	Menikah	Menikah
Alamat	Dsn.Surowono Ds. Canggu Kec.Badas	Dsn.Jati Sari Ds. Krenceng Kec. Kepung
Suku/Bangsa	Jawa	Jawa
Tanggal MRS	15 Mei 2024	15 Mei 2024
Tanggal Pengkajian	16 Mei 2024	16 Mei 2024
Jam Masuk	20.30 WIB	13.00 WIB
No. RM	54XXXX	43XXXX
Diagnosa masuk	DM Tipe 2 + HT	DM Tipe 2

Riwayat Penyakit	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri di kaki sebelah kanan nya	Pasien mengatakan gatal,panas,perih di bagian jari kaki kanan.
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien mengatakan pada Tanggal 15 Mei 2024 dibawa ke aIGD pukul 20.30 WIB dengan keluhan badan lemas,mual,menggigil dan terdapat luka di kaki sebelah kanan nya. Dokter menyarankan untuk rawat inap dan pasien di pindahkan ke rawat inap bougenvile pada pukul 22.10. pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri	Pasien mengatakan pada tanggal 15 Mei 2024 jam 13.00 dibawa ke IGD RSUD Pare Kediri dengan keluhan perih di bagian jari kaki kanan. Nyeri di dapatkan sekitar 2 hari yang lalu Serta gatal gatal di jari kanan di dapatkan sekitar 1 Minggu yang lalu dan sudah 4 hari ini terdapat luka, kemudian di bawa ke IGD RSUD Pare dokter untuk rawat inap. Di IGD pasien dilakukan pemasangan infus dan perawatan luka di jari kaki. Pasien dipindah ke ruang Bougenvile pukul 16.00 WIB. Pada saat pengkajian.15 Mei 2024 pukul 17.30 WIB, pasien mengatakan nyeri di bagian jari kaki kanan
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengatakan telah menderita Diabetes sejak selama 10 tahun yang lalu dan juga telah menderita penyakit Hipertensi selama 5 tahun.	Pasien mengatakan sudah 2 tahun lalu menderita penyakit DM

Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan bahwa ibunya dan kakaknya juga mempunyai riwayat penyakit DM	Pasien mengatakan ayahnya mempunyai riwayat penyakit DM dan Hipertensi
---------------------------	--	--

Table 4.2 Perubahan Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Pola Manajemen Kesehatan	<p>Di rumah : Pasien saat sakit memilih pergi ke layanan kesehatan untuk memeriksakan keadaanya</p> <p>Di RS : Pasien minum obat seperti yang diarahkan oleh dokter, perawat serta serta petugas kesehatan lainnya</p>	<p>Di rumah : Pasien saat sakit memilih pergi ke layanan kesehatan terdekat untuk mendapatkan pengobatan</p> <p>Di RS : Pasien minum obat seperti yang diarahkan oleh dokter, perawat serta petugas kesehatan lainnya</p>
Pola Nutrisi	<p>Di rumah : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan dengan sayur dan berbagai jenis lauk pauk seperti tahu, tempe, daging, ikan, ayam. Pasien minum sekitar 1000 ml/hari</p> <p>Di RS : Pasien mengatakan tidak doyan makan makanan RS dan mengatakan mual saat melihat makanan</p>	<p>Di rumah : Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi besar dengan sayur dan berbagai jenis lauk pauk seperti tahu, tempe, daging. Pasien minum sekitar 1100 ml/hari</p> <p>Di RS : Pasien mengatakan makan 3 kali setiap hari menghabiskan 1 porsi makanan dari RS dengan diit rendah karbohidrat dan rendah gula. Diet DM 1700 kkal/hari</p>

<p>Pola Eliminasi</p>	<p>Di rumah : Pasien mengatakan BAK 5-7 kali sehari, dengan urine berwarna kuning jernih dan memiliki bau urine yang khas. Selain itu, pasien tidak ada keluhan saat BAK.</p>	<p>Di rumah : Pasien mengatakan BAK 5-6 kali sehari, dengan urine berwarna kuning jernih dan memiliki bau urine yang khas. Selain itu, pasien tidak ada keluhan saat BAK.</p>
	<p>Pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, berwarna kecokelatan dan bau feses yang khas. Pasien tidak ada keluhan saat BAB</p>	<p>Pasien BAB 2 hari sekali dengan konsistensi padat, feses berwarna kuning kecokelatan dan bau feses yang khas. Pasien tidak ada keluhan saat BAB</p>
	<p>Di RS : Pasien mengatakan belum BAB sejak MRS Pasien BAK 4-5 kali setiap hari, warna urine kuning jernih, memiliki bau urine yang khas, dan tidak ada keluhan saat BAK</p>	<p>Di RS : Pasien mengatakan belum BAB selama MRS Pasien BAK 5-6 kali setiap hari, warna kuning jernih, memiliki bau urine yang khas, dan tidak ada keluhan saat BAK</p>
<p>Pola Istirahat Tidur</p>	<p>Di rumah ; Pasien mengatakan tidur siang selama 1-2 jam per hari dan tidur malam selama 7-8 jam per hari</p>	<p>Di rumah : Pasien mengatakan tidur siang selama 2 jam per hari dan tidur malam selama 7-8 jam per hari</p>
	<p>Di RS : Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam dan tidur hanya 4-5 jam pada malam hari. Pasien sering terbangun selama tidur malam karena cahaya yang terang</p>	<p>Di RS : Pasien mengatakan saat MRS hari pertama mengalami kesulitan tidur dan hanya tidur 2-3 jam pada malam hari karena sering terbangun</p>

Pola Aktivitas	<p>Di rumah : Pasien mengatakan sebelum sakit ia bekerja sebagai penjual sayur. Pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri</p>	<p>Di rumah : Pasien mengatakan sebelum sakit ia melakukan kegiatan sehari-harinya sebagai ibu rumah tangga</p>
	<p>Di RS : Pasien mengatakan bahwa selama di RS ia hanya berbaring di tempat tidur dan terkadang dalam posisi setengah duduk di tempat tidur. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga</p>	<p>Di RS : Pasien mengatakan selama di RS ia hanya berbaring di tempat tidur dan aktivitas dibantu oleh keluarga</p>
Pola Reproduksi	<p>Pasien mengatakan sudah berusia 64 tahun, memiliki 5 anak dan 2 cucu</p>	<p>Pasien mengatakan sudah berusia 60 tahun dan memiliki 4 anak dan 3 cucu</p>
Pola Manajemen Stress	<p>Pasien merasa sedih dan kasihan kepada istrinya karena setiap hari menemani tidur di RS</p>	<p>Pasien merasa kasihan kepada anaknya yang rela libur bekerja untuk merawat ibunya</p>

Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
TD	160/110 mmHg	140/90mmHg
N	90x/menit	100x/menit
S	36,7	36,4
RR	21 x/menit	20x/menit
Spo 2	99 %	99 %
GCS	4-5-6	4-5-6
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
Keadaan Umum	Lemah	Lemah
GDA	200 Mg/dl	194 Mg/dl
GDS	530 Mg/dl	440 Mg/dl
Pemeriksaan Fisik (Persistem)		
B1 (<i>Brea thing</i>)	Inspeksi : bentuk dada simetris, irama nafas teratur, frekuensi nafas 21x/menit,tampak pernafasan dada, tidak ada otot bantu nafas, RR 21x/menit Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada dada Perkusi : bunyi sonor pada kedua sisi dada (paru dada normal kanan dan kiri) Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak terdengar suara nafas tambahan	Inspeksi : bentuk dada simetris, irama nafas teratur, frekuensi nafas 21x/menit tampak pernafasan dada, tidak ada otot bantu nafas, RR 21x/menit. Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada dada Perkusi : bunyi sonor pada kedua sisi dada (paru dada normal kanan dan kiri) Auskultasi : tidak terdengar suara nafas tambahan
B2 (<i>Bleeding</i>)	Inspeksi : konjungtiva anemis , sklera tampak berwarna putih Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri tekan pada area yang diperiksa, CRT < 2 detik Perkusi : tidak terdengar suara pekak Auskultasi : suara jantung reguler (S1 S2 normal), TD	Inspeksi : konjungtiva tidak anemis , sklera tampak berwarna putih Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri tekan pada area yang diperiksa, CRT < 2 detik Perkusi : tidak

	160/110 mmHg, N : 88x/menit	terdengar suara pekak Auskultasi : suara jantung reguler (S1 S2 normal), TD 140/90 mmHg, N : 100x/menit
B3 (<i>Brain</i>)	Inspeksi : tingkat kesadaran composmentis, GCS 4-5-6 Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri saat diperiksa	Inspeksi : tingkat kesadaran composmentis, GCS 4-5-6 Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri saat diperiksa
B4 (<i>Bladder</i>)	Inspeksi : pasien tampak menggunakan pempers Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri pada kandung kemih saat diperiksa	Inspeksi : pasien tampak menggunakan pempers Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri pada kandung kemih saat diperiksa
B5 (<i>Bowel</i>)	Inspeksi : mukosa bibir terlihat lembab, ada gejala mual muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak terpasang NGT, bentuk abdomen terlihat simetris Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran hepar Perkusi : terdengar suara timpani Auskultasi : terdengar bising usus 10x/menit	Inspeksi : mukosa bibir terlihat kering, tidak ada gejala mual muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak terpasang NGT, bentuk abdomen terlihat simetris Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran hepar Perkusi : terdengar suara timpani Auskultasi : terdengar bising usus 12x/menit

B6 (<i>Bone</i>)	<p>Inspeksi :kekuatan otot</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">5</td> <td style="padding: 2px 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">4</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</td> </tr> </table> <p>Palpasi : tidak ada fraktur,tidak ada dislokasi,akral hangat,</p>	5	5	4	5	<p>Inspeksi : kekuatan otot</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">5</td> <td style="padding: 2px 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px 10px;">5</td> </tr> </table> <p>Palpasi:tidak ada fraktur'tidak ada dislokasi,akral hangat</p>	5	5	5	5
5	5									
4	5									
5	5									
5	5									
B7 (Pengindraan)	<p>Konjungtiva anemis, sklera putih, ketajaman penglihatan normal, pasien tidak menggunakan alat bantu melihat,pendengaran,penciuman normal.pasien dapat merasakan manis,pahit,asin</p>	<p>Konjungtiva anemis,sklera putih,ketajaman penglihatan normal,pasientidak menggunakan alat bantu melihat,pendengaran penciuman normal,pasien dapat merasakan pahit,manis,asin</p>								
B8 (Endoktrin)	<p>Inspeksi : pasien terlihat lemas,warna kulit sawo matang,kulit kotor, terdapat luka di punggung kaki bagian kanan.tampak kemerahan pada luka,slough 60% granulasi 20% nekrotik 10%. Ukuran luka sekitar 10-15 cm Palpasi : akral hangat, tidak ada edema</p>	<p>Inspeksi : Pasien terlihat lemas, terdapat luka baru di sela sela jari manis dan tengah kaki kanan, terdapat abses, ukuran luka sekitar 5 cm warna kulit sawo matang Palpasi : akral hangat, tidak ada edema di jari tengah kaki kanan</p>								

Table 4.4 Pemeriksaan Pen unjang

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	Pasien 1 15 Mei 2024	Pasien 2 15 Mei 2024	
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	11,66 g/dl	15,0 g/dl	12-16
Leu kosit	6,39 10^3 /ul	13,45 10^3 /ul	3,6-11
Hematokrit	35,9 %	40,1 %	35-47
Eritrosit	3,937	4,85 10^6 /ul	3,8-5,2
MCV	91,27 fl	82,7 fl	82-92
MCH	29,62 pg	28,9 pg	27-31
MCHC	32,45 g/l	34,9 g/l	31-36
RDW-CV	10,31 %	12,6 %	11,5-14,5
RDW-CV	235 10^3 /ul	191 10^3 /ul	150-440
Trombosit			
Hitung Jenis			
Eosinofil	0,4 %	4%	2-4
Basofil	0,03	1%	<1
Batang	-	-	
Segmen	52 %	56%	50-70
Limfosit	31,4 %	17 %	25-40
Monosit	0,64 %	5 %	2-8
Imature	0,5 %	0,3 %	
Granulocyte (IG)			
Neutrophil			
Absolut (ANC)	4,13 10^3 /ul	5,51 10^3 /ul	2,5-7
Limfosit Absolut			
(ALC)	1,7 10^3 /ul	1,8 10^3 /ul	1,3-3,6
NLR	1,84	2,72	<3,13
Retikulosit	1,49 %	1,19 %	0,5-1,5
Ret-He	33,5 pg	31,9 pg	>30,3
Immature Platelet			
(IPF)			
Normoblas	0,00 %	0,00 %	
(NRBC)			
I/T ratio	0,01	0.00	<0,2
KIMIA DARAH			
Glukosa darah sewaktu	504 mg/dl	440 mgdl	<200
Krea			
tinin	0.954 mg/dl	0,70 mg/dl	0,6-1,1
Urea	22,2 mg/dl	25,1 mg/dl	13-43

SGPT	21,0 U/l	-	< 31
Natrium	19,28 U/l	-	< 39
Kalium	133,30 mEq/l	131 mEq/l	
Klorida	4,05 mEq/l	3,55 mEq/l	135-147
LAIN-LAIN	102,40 mEq/l	111 mEq/l	3,5-5
Antigen SARS	102,45	3,55 mEq/l	95-105
CoV-2	Negatif	Negatif	

Sumber : Laboratorium RSUD Pare Kediri, 2024

Table 4.5 Terapi Medik

Terapi Medik Pasien 1	Pasien 2
Inf. RL 500ml/24 jam	Inf. NaCl 500 ml 20 tpm
Inj. Pantoprazole 2x1 amp	Inj. Santagesik 1x62,5 mg
Inj. Santagesik 3x1 amp	Inj. Pantoprazole 1x10 mg
Insulin Apidra 4 x 4 unit	Insulin Lantus 10 unit
Inj.Ondansentron 3x4 mg	

Sumber : Rekam Medik Pasien, 2024

Tabel 4.6 Analisa data pasien 1 dan pasien 2

Data pasien 1	Etiologi	Masalah
<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki kanan</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> TTV TD : 160/110 mmHg N : 90 x/menit S : 36,7 RR : 21x/menit GDA : 200 Mg/dl GDS : 530 Mg/dl SpO2 : 99 % Keadaan umum : lemah Kesadaran composmentis GCS : 4-5-6 	<p>Mengendapnya glukosa Dalam Pembuluh Darah</p> <p>↓</p> <p>Suplai O² dan Nutrisi ke Jaringan Terhambat</p> <p>↓</p> <p>Neuropati Perifer</p> <p>↓</p> <p>Nekrotik Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Gangreen</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Integritas Kulit</p>	<p>Gangguan Integritas Jaringan Kulit</p>

1

6. Terdapat luka di punggung kaki kanan, tampak kemerahan pada luka, slough 60% Granulasi 20% Nekrotik 10%. Tekstur luka lembab, lebar luka sekitar 10-15 cm. suhu kulit di sekitar luka hangat.

Data pasien 2	Etiologi	Masalah
<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan gatal, panas dan nyeri di bagian jari kaki kanan</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 140/90 mmHg N : 100x/menit. S : 36,3 RR : 21x/menit 2. SpO2 : 98 % 3. Keadaan umum : lemah 4. Kesadaran composmentis 5. GCS : 4-5-6 6. Terdapat luka stage 2 di Sela Jari tengah kaki kanan. abses, tepi luka tidak rata, area sekitar luka hangat, ukuran luka 3-5 cm. tekstur pusat lunak pinggir keras 	<p>Mengendapnya glukosa Dalam Pembuluh Darah</p> <p>↓</p> <p>Suplai O² dan Nutrisi ke Jaringan Terhambat</p> <p>↓</p> <p>Neuropati Perifer</p> <p>↓</p> <p>Nekrotik Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Gangreen</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Integritas Kulit</p>	<p>Gangguan Integritas Jaringan Kulit</p>

1

1.1.3 Diagnosa Keperawatan

Pasien 1 dan 2 : Gangguan Integritas Jaringan Kulit berhubungan dengan neuropati perifer

1.1.4 Intervensi Keperawatan

Table 4.7 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Gangguan Integritas Jaringan Kulit Berhubungan dengan Neuropati perifer	<p>Gangguan Integritas Jaringan Kulit L.14125</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam , diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi Jaringan Meningkat (5) 2. Kerusakan Jaringan Menurun (5) 3. Kerusakan Lapisan Kulit menurun (5) 4. Hematoma menurun(5) 5. Tekstur membaik (5) 	<p>Perawatan Luka I.11353</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda infeksi <p>Terapeu tik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan. 2. Bersihkan jaringan Nekrotik 3. Berikan salep ke kulit/lesi Jika perlu 4. Pasang balutan sesuai Jenis luka 5. Bersihkan luka dengan NaCl atau pembersih nontoksik 6. Pertahankan teknik steril <p>Edukasi dan Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makan makanan Buah dan sayur 2. Jelaskan tanda infeksi 3. Kolaborasi dengan dokter untuk terapi farmakologi

1.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.8 Implementasi keperawatan pada pasien 1

Diagnosa Keperawatan	Hari ke 1 Kamis, 16 Mei 2024	Paraf	Jam	Hari ke 2 Jum'at, 17 Mei 2024	Paraf	Jam	Hari ke 3 Sabtu, 18 Mei 2023	paraf
Gangguan Integritas kulit	09.40	Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien	08.55	Monitor Karakteristik luka (kedalaman,luka, dimensi, Kedalaman dan Tanda tanda infeksi lokal) Respon: terdapat luka Lokasi luka : Punggung kaki kanan Ukuran luka : 10-15 cm Terdapat slough 60% Granulasi 20% dan Nekrotik 10%		13.25	Monitor Karakteristik luka (kedalaman,luka, dimensi, Kedalaman dan Tanda tanda infeksi lokal) Respon: terdapat luka Lokasi luka : Punggung kaki kanan Ukuran luka : 10-15 cm Terdapat slough 60% Granulasi 10% dan Nekrotik 3 %	
	09.50	Monitor Karakteristik luka (kedalaman, luka,dimensi, Kedalaman dan Tanda tanda infeksi lokal) Respon: terdapat luka Lokasi luka : Punggung kaki kanan Ukuran luka : 10-15 cm Terdapat slough 60% Granulasi 20% dan Nekrotik 10%		Mengobservasi TTV : TD : 140/80 N:83x/menit S:36,5 RR:21x/menit SpO2 : 98% GDS :320		13.30	Mengobservasi TTV : TD: 140/90 N : 82x/menit S : 36,7 RR:21x/menit SpO2: 99% GDS :273	
	09.51	Mengidentifikasi perawatan luka yang bisa dilakukan.	09.00	Membuka dan mengganti balutan luka dengan perlahan		13.35	Membuka balutan luka dengan perlahan	
	09.54	Membuka dan mengganti balutan luka dengan perlahan	09.05	Membersihkan luka dengan sabun/NaCl sesuai kebutuhan serta mengangkat jaringan nekrotik serta		13.40	Membersihkan luka dengan NaCl serta mengangkat Jaringan nekrotik dan memberikannya salep metcovazin	

1
1

-
- | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|-----------------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| 10. Membersihkan luka dengan sabun/NaCl sesuai kebutuhan serta mengangkat jaringan nekrotik | 10. Membalut luka Sesuai jenis luka | 10. Mengobservasi TTV :
TD: 16/100
N: 90x/menit
S : 36,7
RR:21x/menit
SpO2 : 98%
GDS :343 | 10. Mengedukasi pasien untuk makan banyak makan makanan buah dan sayur | memberikan salep metcovazin | 09. Membalut luka sesuai jenis luka | 09. Mengedukasi serta mengevaluasi tentang makanan yang dikonsumsi pasien | 13. Menutup Luka dengan Dressing yg sesuai | 13. Mengevaluasi tentang makanan yang dimakan pasien. |
| 10 | 15 | 20 | 23 | | 15 | 20 | 45 | 50 |
-

1

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 4 Senin, 20 Mei 2024	Paraf
Gangguan Integritas jaringan kulit	08.20	Monitor Karakteristik luka (kedalaman, luka, dimensi, Kedalaman dan Tanda tanda infeksi lokal) Respon: terdapat luka Lokasi luka : Punggung kaki kanan Ukuran luka : 10-15 cm Muncul jaringan baru, hilangnya kemerahan dan tanda tanda infeksi	
	08.25	Mengobservasi TTV : TD:130/90 mmHg N:82x/menit S : 36,5 RR:20x/menit SpO2 : 100% GDA : 200	
	08.30	Membuka balutan luka dengan perlahan	
	08.35	Membersihkan Luka dengan NaCl dan memberikannya salep	

1

08. Menutup Luka
40 dengan
Dressing yg
sesuai

08. Mengedukasi
45 pasien tentang
makanan apa
saja yang tidak
boleh dimakan
untuk pasien
DM

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan pasien 2

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke 1 Kamis,16 Mei 2024	Paraf	Jam	Hari ke 2 Jum'at,17 Mei 2024	paraf	Jam	Hari ke 3 Sabtu,18 Mei 2024	Paraf
Gangguan Integritas kulit	11.15	Membina hubungan salnig percaya antara pasien dan keluarga pasien		09.30	Memonitor karateristik luka Terdapat Luka Lokasi : di sela sela jari tengah kaki dan jari manis		14.00	Memonitor karateristik luka Lokasi :di sela sela jari tengah kaki dan jari manis	
	11.20	Memonitor Karateristik luka Respon :Terdapat Luka Lokasi : di sela sela jari tengah kaki dan jari manis Ukuran : 5-7 cm Terdapat abses		09.35	Mengobservasi TTV : TD :140/80 MmHg N : 83x/menit S : 36,7 RR :21x/menit SpO2 : 98% GDA : 230 mg/dl GDS : 283 mg/dl		14.05	MengobservasiT TV : TD : 130/90 N : 80x/menit S : 36,9 RR:20x/menit SpO2 : 99% GDA : 170 GDS : 165	
	11.30	Mengobservasi TTV : TD : 140/90 N : 80x/menit S : 36,5 RR:30x/menit SpO2 : 99% GDS : 340 GDA : 210		09.40	Menjelaskan Tanda tanda infeksi		14.10	Mengganti balutan luka dan membersihkan luka dengan NaCl dan mengolesinya Salep sibro yang sesuai dengan resep dokter	
	11.31	Mengidentifika si perawatan luka yang dilakukan		09.45	Mengganti balutan luka Dan membersihkan Luka dengan NaCl dan mengolesinya salep sibro sesuai resep dokter		14.15	Menutup kembali luka dengan dresssing yang sesuai	

-
- | | | | | | |
|-----------|---|-----------|---|-----------|---|
| 11.
33 | Membuka balutan luka dengan perlahan | 09.
50 | Menutup kembali luka dengan dressing yang sesuai | 14.
25 | Mengevaluasi apa saja makanan yang dimakan pasien serta mengedukasi pantangan makanan untuk penyakit DM |
| 11.
35 | Membersihkan luka dengan NaCl serta menyayat luka abses agar cairan keluar dan mengolesinya Dengan salep yang diresepkan dokter | 09.
55 | Mengevaluasi tentang apasaja makanan yang dimakan pasien sebelumnya | | |
| 11.
37 | Membalut luka dengan dressing yang sesuai | | | | |
| 11.
45 | Menedukasi untuk Banyak mengkonsumsi asupan buah dan sayur | | | | |
-

1.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan pasien 1

Diagnosa Keperawatan	Hari ke 1 Kamis, 16 Mei 2024	Paraf	Hari ke 2: Jum'at, 17 Mei 2024	paraf	Hari/ ke 3 Sabtu, 18 Mei 2024	paraf
Gangguan integritas kulit	<p>S : pasien Masih mengatakan nyeri di luka nya</p> <p>O : K/U lemah</p> <p>TTV</p> <p>TD : 160/110 mmHg</p> <p>N : 90x/ menit</p> <p>S : 36,5</p> <p>RR : 21x/menit</p> <p>SpO2: 98 %</p> <p>GDS : 400</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>Tampak adanya luka di punggung kaki 60% granulasi 20% dan 10% nekrotik</p>		<p>S : Pasien mengatakan nyeri di area sekitar luka</p> <p>O : K/U : lemah</p> <p>TTV</p> <p>TD:140/80 mmHg</p> <p>N: 86x/menit</p> <p>S :36,6</p> <p>RR:21x/menit</p> <p>SpO2: 98%</p> <p>GDS : 321</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>Tampak adanya luka di punggung kaki 60% slough 20% granulasi dan 3 % nekrotik</p>		<p>S: Pasien masih mengatakan nyeri di sekitar luka</p> <p>O : K/U : baik</p> <p>TTV</p> <p>TD: 130/90 mmHg</p> <p>N: 88x/menit</p> <p>S: 36,8</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>SpO2: 99%</p> <p>GDS: 210</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>GCS :4-5-6</p> <p>Tampak muncul jaringan baru, warna merah</p>	

Warna kulit merah, kedalaman luka stage 3, bau +, warna kulit di sekitar luka hitam

A : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien
2. Memonitor karakteristik luka
3. Mengobservasi TTV
4. Monitor tanda infeksi
5. Membersihkan jaringan nekrotik
6. Bersihkan luka dengan NaCl
7. Berikan salep ke kulit /lesi jika perlu

Warna kulit merah, kedalaman luka stage 3, bau +, warna kulit di sekitar luka hitam

A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

1. Memonitor karakteristik luka
2. Mengobservasi TTV
3. Memonitor tanda infeksi
4. Membersihkan jaringan nekrotik
5. Membersihkan luka dengan NaCl
6. Berikan Salep ke kulit/lesi jika perlu
7. Menganjurkan meakan makanan tinggi protein

memudar

A : masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

1. Memonitor karakteristik luka
2. Mengobservasi TTV
3. Mem onitor tanda infeksi
4. Membersihkan luka dengan NaCl
5. Berikan salep ke kulit/lesi jika perlu
6. Menganjurkan makan makanan tinggi protein

Diagnosa Keperawatan	Hari ke 4 Senin, 20 Mei 2024	Paraf
----------------------	---------------------------------	-------

Gangguan Integritas kulit	S : Pasien mengatakan sedikit nyeri
---------------------------	--

O : K/U baik

TTV

TD : 140/80mmHg

N : 82x/ menit

S : 36,5

RR : 20x/menit

SpO2: 100 %

GDS : 170 mg/dl

Kesadaran
composmentis

GCS : 4-5-6

Muncul Jaringan baru, nekrotik -, warna kulit merah memudar

A : masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian

P : Intervensi dihentikan, pasien pulang

Discharge planning:

Memberikan edukasi kepada pasien untuk rajin membersihkan luka di tenaga medis terdekat, menjaga pola makan terutama banyak makan makanan yang

1

mengandung protein untuk kesembuhan luka. Memberikan edukasi apasaja pantangan makanan yang tidak boleh di makan. Serta rutin cek gula darah di apotik/faskes terdekat atau bisa dengan membeli alat cek gula darah sendiri.

Tabel 4.1.2 Evaluasi Pasien Ke 2

Diagnosa Keperawatan	Hari ke 1 Jum'at, 16 Mei 2024	Paraf	Hari ke 2: Sabtu, 17 Mei 2024	paraf	Hari/ ke 3 Ahad,18 Mei 2024	paraf
Gangguan Integritas kulit	<p>S : pasien mengatakan masih nyeri di area lukanya</p> <p>P : Nyeri saat berjalan</p> <p>Q : Seperti ditusuk tusuk</p> <p>R : di jari kaki tengah dan manis bagian kanan</p> <p>S: 7</p> <p>T : jika berjalan</p> <p>O : K/U lemah</p> <p>TTV</p> <p>TD : 140/80 mmHg</p> <p>N : 80x/ menit</p> <p>S : 36,5</p>		<p>S : Pasien mengatakan masih sedikit nyeri di area luka. Dikatakan skala nyeri 3</p> <p>O : K/U : baik</p> <p>TTV</p> <p>TD :130/70 mmHg</p> <p>N : 86x/menit</p> <p>S :36,6</p> <p>RR :20x/menit</p> <p>SpO2: 99%</p> <p>GDS : 200 mg/dl</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>Tampak abses hilang</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p>		<p>S : Pasien mengatakan nyeri di kakinya sudah berkurang. Dikatakan skala nyeri 2</p> <p>O : K/U : baik</p> <p>TTV</p> <p>TD: 140/80 mmHg</p> <p>N: 84x/menit</p> <p>S: 36,8</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>SpO2: 99%</p> <p>GDA :183 mg/dl</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>Luka abses mulai</p>	

RR: 21x/menit

SpO2: 100 %

GDS :320 mg/dl

Kesadaran

composmentis

GCS : 4-5-6

A : masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien
2. Memonitor karakteristik luka
3. Mengobservasi TTV
4. Mengidentifikasi perawatan luka yang bisa dilakukan
5. Mengganti dan membuka balutan luka dengan perlahan
6. Membersihkan luka dengan NaCl atau sabun sesuai kebutuhan
7. Memberikan salep jika perlu dan membalut luka dengan dressing yang

P : Intervensi dilanjutkan

1. Memonitor karakteristik luka dan menjelaskan tanda tanda infeksi
2. Mengobservasi TTV
3. Mengganti dan membuka balutan luka dengan perlahan
4. Membersihkan luka dengan NaCl atau sabun sesuai kebutuhan
5. Memberikan salep jika perlu dan membalut luka dengan dressing yang sesuai
6. Mengedukasi tentang apasaja makanan yang dimakan untuk pasien DM dengan gangreen

membalik, kemerahan -, gatal disekitar luka

A : masalah teratasi sebagian pasien rencana KRS

P : Intervensi dihentikan, pasien pulang

Dischard planning :

Memberikan edukasi kepada pasien untuk menjaga dan merawat luka nya selama dirumah dengan bantuan tenaga medis dan menstabilkan kadar gula darah serta mengedukasi tentang pantangan apa saja yang tidak boleh dimakan untuk pasien DM dengan gangreen

sesuai

8. Menganjurkan makan makanan yang mengandung protein
-

1.2 Pembahasan

1.2.1 Pengkajian

Hasil dari pengkajian ditemukan beberapa data yaitu dalam pengkajian pasien 1 Tn.G yang berusia 64 tahun , berjenis kelamin laki laki mengalami luka diabetes sejak 3 bulan yang lalu di punggung kaki bagian kanan dengan karakteristik luka terdapat slough 60%, granulasi 20 % nekrotik 10%. Kulit tampak kemerahan di sekitar area luka, tekstur luka lembab. lebar luka sekitar 10-15 cm , suhu kulit di sekitar luka hangat. Sedangkan pasien 2 yaitu Ny.L yang berusia 60 tahun, berjenis kelamin perempuan yang mengalami luka di sela jari tengah kaki sejak 1 minggu yang lalu dengan karakteristik luka terdapat abses, tepi luka tidak rata, area sekitar luka hangat, ukuran luka 5-7 cm. Tekstur pusat lunak pinggir keras.

Pasien 1 dan pasien 2 mengalami masalah keperawatan yang sama yaitu gangguan integritas jaringan kulit. Peneliti menemukan perbedaan pada pasien 1 dan pasien 2 dimana pasien 1 mengalami luka sejak 3 bulan yang lalu sedangkan pada pasien 2 baru mengalami luka sejak 1 minggu yang lalu.

Salah satu faktor yang dapat menyebabkan gangguan integritas kulit adalah kerusakan pada pembuluh darah diseluruh tubuh yang disebut juga deng angiopati diabetik. Penyakit ini bisa menjadi kronis dan dibagi menjadi gangguan pembuluh darah besar (makrovaskuler) disebut dengan makroangiopati. dan pada pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) disebut dengan mikroangiopati. yang berefek terhadap saraf perifer dan suplay vaskuler gangguan pada pembuluh darah kecil dapat mengakibatkan neuropati, dan terhambatnya suplai oksigen dan sari-sari makanan ke jaringan, sehingga bisa mengakibatkan timbulnya ulkus diabetikum, neuropati sensori perifer memungkinkan terjadinya trauma sehingga mengakibatkan terjadinya Gangguan integritas jaringan dibawah area kalus (Potter & Perry, 2020).

Hasil pemeriksaan fisik secara umum pada pasien 1 dan 2 keluhan pasien sesuai dengan teori pemeriksaan fisik gangguan integritas jaringan kulit. Menurut peneliti gangguan integritas kulit yang berhubungan dengan neuropati perifer merupakan tantangan klinis yang kompleks dan sering kali diabaikan. Neuropati perifer, terutama yang disebabkan oleh diabetes mellitus, secara signifikan meningkatkan risiko kerusakan kulit dan komplikasi yang menyertainya. Beberapa pandangan kunci penulis terkait dengan masalah ini meliputi kebutuhan penekanan dan pencegahan, pentingnya kontrol gula darah. Pentingnya pemantauan rutin dan penilaian, pendekatan yang berorientasi terhadap pasien serta pendekatan multidisiplin untuk manajemen.

1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil data dari kasus pasien 1 dan pasien 2, peneliti dapat menemukan diagnosis utama Gangguan integritas Jaringan Kulit. Hal ini didukung oleh data pada pasien 1 terdapat luka di punggung kaki sebelah kanan dengan ukuran luka 10-15 cm. terdapat 60% slough, 20% granulasi, 10% nekrotik, Kulit tampak kemerahan di sekitar area luka, tekstur luka lembab. Lebar luka sekitar 10-15 cm, suhu kulit di sekitar luka hangat. Sedangkan pasien 2 yaitu Ny.L yang berusia 60 tahun, berjenis kelamin perempuan yang mengalami luka di sela jari tengah kaki sejak 1 minggu yang lalu dengan karakteristik luka terdapat abses, tepi luka tidak rata, area sekitar luka hangat, ukuran luka 5-7 cm. Tekstur pusat lunak pinggir keras.

Berdasarkan SDKI (2018), Gangguan Integritas Kulit adalah kerusakan kulit (dermis/epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).

Peneliti fokus pada penentuan diagnosa Gangguan Integritas Jaringan kulit yang berhubungan dengan neuropati perifer yang ditandai dengan kulit kemerahan, terdapat jaringan nekrotik serta munculnya abses serta menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Dengan demikian hasil penelitian sesuai dengan teori atau tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

1.2.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien 1 dan 2 adalah monitor karakteristik luka serta lakukan identifikasi penyebab gangguan integritas jaringan kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan, dan penurunan mobilisasi). Lepas balutan plester dengan perlahan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep ke kulit/lesi jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, bersihkan luka dengan NaCl atau pembersih nontoksik, pertahankan teknik steril, jelaskan tanda-tanda infeksi serta edukasi pasien untuk makan makanan buah dan sayur.

SIKI (2018) Intervensi Keperawatan pada klien DM dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit melibatkan pemantauan kondisi luka pasien untuk memastikan kondisi pasien tetap terkendali dan mengidentifikasi perubahan yang mungkin terjadi. Beberapa tindakan yang bisa dilakukan yaitu memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi. Membersihkan jaringan nekrotik, berikan salep sesuai anjuran dokter jika perlu ke luka/lesi, memasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril serta anjurkan banyak makan makanan buah dan sayur.

Hasil data dan teori tersebut intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien 1 dan 2 sudah sesuai dengan teori yaitu memonitor karakteristik luka yang meliputi perubahan sirkulasi, penurunan kelembaban, suhu, lingkungan, serta mobilisasi.

1.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien 1 dan 2 dari sudah sesuai dengan apa yang ada pada intervensi yaitu SIKI : Memonitor karakteristik luka serta membersihkan luka dengan NaCl , membersihkan jaringan nekrotik, mengolesi salep yang dianjurkan dokter, Rutin membersihkan luka dan mengganti balutan luka dengan dressing yang sesuai serta menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan buah dan sayur

Lisaziee Pujiastuti (2021) selama tahap implementasi, perawat bertanggung jawab untuk melaksanakan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Instruksi dan intervensi keperawatan yang tercantum dalam rencana akan diimplementasikan untuk membantu klien dalam mencapai tujuan keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi rencana asuhan keperawatan melibatkan berbagai tindakan oleh perawat, baik mandiri atau berkolaborasi dengan tim medis lainnya.

Implementasi yang di laksanakan penulis pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua pasien dapat bekerja sama dengan baik, kooperatif, dan mengerti apa yang di sampaikan penulis. Keluarga pasien pada kedua kasus juga dapat bekerja sama dan mendukung implementasi dengan baik.

1.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan pada pasien 1 selama 4 hari menunjukkan adanya perbaikan kondisi kesehatan ditandai skala nyeri berkurang, terdapat tanda tanda inflamasi hilang yang ditandai dengan kulit sudah tidak tampak memerah serta rasa gatal di sekitar area luka.

Menurut Oktaviani (2022), evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang dilakukan untuk menentukan peincapaian tujuan. Evaluasi proses dilakukan untuk menilai keberhasilan tindakan yang dilakukan perawat, dan evaluasi hasil adalah catatan kemajuan umum dan tindakan yang diambil dalam perencanaan asuhan keperawatan.

Hasil Data dari pasien 1 dan 2 mengalami kemajuan yang signifikan selama perawatan. Pasien 1 menunjukkan tanda tanda inflamasi n henghilang yang ditandai dengan luka sudah tidak memerah dan gatal di sekitar area luka selama 4 hari perawatan. Sedangkan pada pasien 2 mengalami menunjukkan bahwa luka

abses menghilang setelah 3 hari perawatan. Discharge planning yang diberikan kepada pasien 1 dan pasien 2 yaitu memberikan edukasi kepada pasien untuk tetap merawat luka dirumah dengan bantuan medis terdekat dan mengedukasi untuk banyak asupan buah dan sayur.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

1.1 Kesimpulan

Berdasarkan studi penelitian dan pembahasan masalah Gangguan Integritas Kulit pada pasien 1 dan pasien 2 dengan Penyakit *Diabetes Mellitus* di Ruang Bougenvile Rumah Sakit Daerah Umum Pare Kabupaten Kediri, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan pengkajian pada tanggal 16 Mei 2024 didapatkan pasien 1 dan pasien 2 sama sama memiliki riwayat DM
2. Prioritas diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 adalah Gangguan Integritas Kulit yang berhubungan dengan mengendapnya kadar glukosa dalam darah
3. Intervensi keperawatan untuk kedua pasien adalah berfokus untuk penyembuhan luka dengan cara merawat luka dengan rutin membersihkan luka dengan NaCl serta menggunakan salep yang sesuai dengan resep dokter serta mengganti dressing yang sesuai. Disamping itu juga memantau gula darah sewaktu pasien serta mengedukasi pasien untuk banyak mengkonsumsi makanan makanan yang mengandung protein tinggi dan kalori.
4. Implementasi keperawatan pada kedua pasien yaitu berfokus untuk perawatan luka dengan cara merawat luka dengan rutin, Membersihkan luka dengan NaCl serta salep yang dianjurkan dokter dan mengganti dressing yang sesuai. Menganjurkan pasien untuk banyak mengkonsumsi

5. makanan makanan tinggi kalori dan protein untuk penyembuhan luka serta memantau gula darah sewaktu.
6. Evaluasi keperawatan pada hari kesatu, keluhan kedua pasien belum teratasi, pada hari kedua keluhan kedua pasien sudah mulai membaik, pada hari ketiga pasien 1 tanda tanda inflamasi suda mulai menghilang yang ditandai dengan kulit tampak sudah tidak kemerahan serta gatal di sekitar area luka. sedangkan pasien 2 di hari kedua tampak luka abses hilang dan di hari ketiga sudah teratasi dan pasien pulang. Pada hari ke empat, keluhan pasien 1 sudah teratasi dan pasien pulang

1.2 Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Pada pasien 1 dan 2 klien harus menjalani gaya hidup yang sehat dengan cara menjaga pola makan dan diet yang tepat, mengikuti anjuran dokter, rutin merawat luka dirumah, serta menerapkan beberapa metode dalam mencegah gangguan integritas Jringen kulit serta melibatkan keluarga dalam memberi dukungan emosional untuk membantu mengatasi permasalahan yang dialami pasie

2. Bagi Perawat

Perawat yang merawat pasien DM berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan harapan terus berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya seperti dokter, ahli gizi, laboratorium, radiologi untuk mencapai hasil perawatan yang diinginkan

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian terkait gangguan integrias kulit pada pasien *diabetes mellitus* dan faktor lainya yang berpengaruh dalam gangguan integritas kulit pasien *diabetes mellitus*.

DAFTAR PUSTAKA

- Zikri&Purwanto.(2023). Hubungan Antara Kepatuhan Mengikuti Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Bpjs Dengan Stabilitas Gula Darah Pada Penderita Diabetes Melitus Di Departemen Keperawatan. *Keperawatan*, 1– 8.
- Alfonso, p. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Dengan Masalah Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang. *Karya Tulis Ilmiah*, 1–13.
- Devi, R. et al. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Yang Mengalami Masalah Kerusakan Integritas Kulit Dengan Penerapan Keperawatan Luka Modern Dressing Di Ruang Kenari Rsu Anutapura Palu 2018. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 6(2), 58–70.
- Fitri, N. (2022). Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Klien Ny. M Dan Tn.K Dengan Depresi Yang Mengalami Masalah Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Di Upt Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jember. *Karya Tulis Ilmiah*.
- Janitra, F. E., & Sandika, D. (2021). Hubungan Kontrol Glukosa Darah Dengan Penurunan Vaskularisasi Perifer Pada Pasien Diabetes Mellitus. *Jurnal Keperawatan Dan Pemikiran Ilmiah*, 4(3), 18–22. Retrieved from jurnal.unissula.ac.id
- Lopes, H. . (2020). Penerapan Senam Diabetes Mellitus Untuk Menurunkan Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus Di Wilayah Puskesmas Gombang 2 Kecamatan Gombang Kabupaten Kebumen. *Karya Tulis Ilmiah*.
- Miftachul, E. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Resiko Integritas Kulit Program Studi Diploma Iii Keperawatan.
- Rohma, F. . (2020). Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Pada Tn. S Dan Tn. N Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Kulit Di Ruang Melati Rsud Dr. Haryoto Lumajang.
- Theresia, M., & Lilyana, A. (2017). Jurnal Ners Lentera. Studi Kasus: Asyhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Tb Kutis, 5(1), 69–76.

Wijaya, A. . dan P. Y. . (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Yulianawati, R. (2021). Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Diabetes Melitus Dengan Kerusakan Integritas Jaringan Di Ruang Cempaka Rsud Dr.Soedirman Kebumen. *Karya Tulis Ilmiah*.

Nursalam. (2020). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik (Edisi 3)*. Jakarta: Salemba Medika.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2018), *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1*, Jakarta, Peirsatuan Peirawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Inteirveinsi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1*, Jakarta, Peirsatuan Peirawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1*, Jakarta, Peirsatuan Peirawat Indonesia