

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**

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

(Studi Di Ruang Bougenvile Rumah Sakit Umum Daerah Pare)

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) Pada Program Studi Diploma III Keperawatan Institut Teknologi
Sains Dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang



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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang Bertanda Tangan Di Bawah Ini :

Nama : Rahmania Eka Azzahro

NIM : 211210105

Jenjang : Diploma

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus

Dengan Gangguan Integritas Jaringan Kulit Di Rumah

Sakit Umum Daerah Pare Kabupaten Kediri.

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ummah secara keseluruhan benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

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

Jombang, 10 September 2024



METERAI
TEMPEL
94CFDAX404099145
Rahmania Eka Azzahro

211210015

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang Bertanda Tangan Dibawah Ini :

Nama : Rahmania Eka Azzahro

NIM : 211210015

Jenjang : Diploma

Prodi : D3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2

Dengan Gangguan Integritas Jaringan Kulit di Rumah Sakit

Umum Daerah Pare Kabupaten Kediri.

Merupakan Karya Tulis Ilmiah yang secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. Apabila di kemudian hari terbukti melakukan proses plagiasi, maka saya siap di proses sesuai dengan hukum dan undang-undang yang berlaku.

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

Jombang 19 September 2024



Rahmania Eka Azzahro

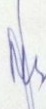
211210015

PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe 2
Dengan Gangguan Integritas Jaringan Kulit Di Rumah Sakit
Umum Daerah Pare Kabupaten Kediri
Nama Mahasiswa : Rahmania Eka Azzahro
Nim : 211210015

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING
PADA TANGGAL 22 JULI 2024

Pembimbing ketua



Maharani Tri Puspitasari, S.Kep.,Ns.,M.M
NIDN.0721117901


Pembimbing Anggota



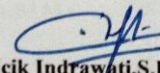
Tri Purwanti, S.SiT., M.Kes
NIDN.0711048304

Mengetahui

Dekan Fakultas Vokasi


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

Ketua Prodi D III Keperawatan


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

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Judul. : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Tipe 2
Dengan Gangguan Integritas Jaringan Kulit Di Ruang Bougenvile
RSUD Pare Kabupaten Kediri

Nama : Rahmania Eka Azzahro

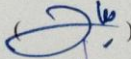
NIM. 211210015

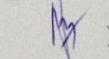
Telah Di Seminarkan Dalam Ujian Karya Tulis Ilmiah


Pada Tanggal 24 Juli 2024

Menyetujui,

Dewan Penguji

Penguji Utama : Inayatur R.S.Kep.,Ns.,M.Kep ()

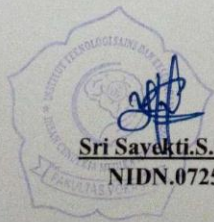
Pembimbing 1 : Maharani Tri P.S.Kep.,Ns.,M.M ()

Pembimbing 2. : Tri Purwanti S.SiT.,M.Kes ()

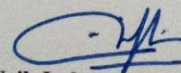
Mengetahui

Dekan Fakultas Vokasi

Ketua Prodi D III Keperawatan



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



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

MOTTO

“Tidak ada mimpi yang terlalu tinggi. Tidak ada mimpi yang patut untuk diremehkan. Lambungkan setinggi yang kau inginkan dan gapailah dengan selayaknya yang kau harapkan (Maudi Ayunda)”

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, puji syukur kepada Allah SWT yang atas segala nikmat dan karunia yang begitu istimewa, memberi saya kekuatan serta kemudahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini. Shalawat serta salam senantiasa dilimpahkan kepada baginda Rasulullah Muhammad SAW.

Segala perjuangan saya hingga titik ini, saya persembahkan untuk orang-orang yang berperan hebat dalam hidup saya yang selalu menjadi penyemangat menjadi alasan aku kuat sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

1. Kedua orangtua (Sutikno dan Amaniah) yang tidak henti-hentinya memberi saya cinta, kasih sayang, motivasi, semangat untuk mewujudkan cita-cita saya. Terimakasih atas kerja keras, do'a dan dukungan yang selalu diberikan kepada saya hingga saya dapat mempersembahkan Karya Tulis Ilmiah ini kepada kedua orang terhebat dalam hidup saya.
2. Ibu Maharani Tri Puspitasari, S.Kep.,Ns.,M.M dan Ibu Tri Purwanti S.iT.,M.Kes selaku dosen pembimbing, terimakasih atas bimbingan, kritik, dan saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih atas kesabaran yang begitu luas dan waktu yang telah diluangkan disela kesibukan. Menjadi salah satu anak pembimbingmu merupakan nikmat yang selalu saya syukuri.

3. Teruntuk seluruh dosen D3 Keperawatan yang telah memberikan ilmunya selama 3 tahun ini, serta teman-teman dan sahabat yang telah memberikan motivasi dan semangat dalam penyusunan Karya Tulis ini
4. *Last but no least*, untuk diri saya sendiri, terimakasih sudah mampu berjuang sejauh ini, bertahan melawan ego serta mood yang tidak tentu selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Terimakasih telah kuat sampai saat ini sehingga saya mampu berada di titik ini

KATA PENGANTAR

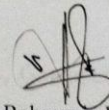
Segala puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Gangguan Integritas Jaringan Kulit Di RSUD Pare Kabupaten Kediri” tepat pada waktunya. Tugas akhir ini disusun dengan tujuan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Ibu Ucik Indrawati, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan. Ibu Maharani Tri Puspitasari, S.Kep.,Ns.M.M selaku pembimbing utama dan Ibu Tri Purwanti S.SiT.,M.Kes selaku pembimbing anggota atas motivasi dan bimbingannya dalam penyusunan tugas akhir. Ucapkan terimakasih juga saya sampaikan kepada orang tua dan keluarga atas do'a dan dukungannya, serta teman-teman DIII Keperawatan.

Besar harapan saya, semoga tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi saya khususnya, dan bagi pembaca pada umumnya. Saya menyadari bahwa dalam tugas akhir ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran dari semua pihak sangat saya harapkan untuk kesempurnaan tugas akhir ini.

Jombang, 11 Mei 2024

Penulis



Rahmania Eka A.

NIM. 211210015

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TIPE 2 DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS JARINGAN KULIT DI RSUD PARE KABUPATEN KEDIRI

Oleh :

Rahmania Eka Azzahro

Dalam dunia keperawatan, menjaga dan mempertahankan keutuhan serta kesehatan kulit adalah salah satu aspek penting yang harus diperhatikan. Kerusakan integritas kulit dapat disebabkan oleh riwayat penyakit *diabetes mellitus* dimana ketika kadar gula darah tidak terkontrol dengan baik menyebabkan rusaknya pembuluh darah dan syaraf yang menyebabkan ulkus diabetikum. Tujuan penelitian untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien *diabetes mellitus* dengan gangguan integritas jaringan kulit di Rumah Sakit Daerah Pare.

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus dengan 2 pasien *diabetes mellitus* sebagai subjek penelitian dengan masalah gangguan integritas jaringan kulit, dan kooperatif. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara, observasi, dan dokumentasi.

Hasil pengkajian pada pasien 1 yaitu adanya luka ulkus dan mempunyai riwayat *diabetes mellitus* sejak 10 tahun. Hasil pemeriksaan gula darah 504 mg/dl. Terdapat luka ulkus di kanan bawah Pada pasien 2 yaitu mempunyai riwayat penyakit *diabetes mellitus* sejak 2 tahun dan terdapat luka di jari ekstremitas kaki bagian kanan terasa panas, terdapat abses, Hasil pemeriksaan fisik gula darah 440 mg/dl

Kesimpulan berdasarkan evaluasi keperawatan pada pasien 1 dan 2 teratasi. Saran yang diberikan diharapkan pasien harus menjalani gaya hidup sehat, rutin merawat luka dirumah, serta mengikuti anjuran dokter, dan melibatkan keluarga dalam memberi dukungan emosional untuk membantu mengatasi permasalahan yang dialami pasien

Kata Kunci : Askep, *diabetes mellitus*, Gangguan Integritas Kulit

ABSTRACT

NURSING CARE FOR TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS WITH DISORDERS OF SKIN TISSUE INTEGRITY AT PARE HOSPITAL, KEDIRI DISTRICT

By :

Rahmania Eka Azzahro

In the world of care, maintaining and maintaining the integrity and health of the skin is an important aspect that must be considered. The quality of the service provided is very important. Damage to skin integrity can be caused by wounds due to trauma and disorders, as well as a history of diabetes mellitus where when blood sugar levels are not controlled properly it causes damage to blood vessels and nerves which causes diabetic ulcers. This study aims to provide treatment for diabetes mellitus patients with impaired skin tissue integrity at the Pare Regional Hospital

The research method used in this research is a case study with 2 diabetes mellitus patients as research subjects with problems of impaired skin tissue integrity, and cooperative. The data collection techniques used in this research are interviews, observation and documentation.

The results of the assessment on patient 1 were that he had an ulcer and had a history of diabetes mellitus for 10 years. The results of the blood sugar examination were 504 mg/dl. There is an ulcer on the lower right. In patient 2, he has a history of diabetes mellitus for 2 years and there is a wound on the toe of the right extremity, it feels hot, there is an abscess, the results of the physical examination, blood sugar is 440 mg/dl

Conclusions based on nursing evaluation in patients 1 and 2 resolved. The advice given is that patients should live a healthy lifestyle, regularly care for wounds at home, follow the doctor's recommendations, and involve the family in providing emotional support to help overcome the problems experienced by the patient.

Keywords : Nursing Care, Diabetes Mellitus, Skin Integrity Disorders

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL LUAR	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	Error! Bookmark not defined.
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN	Error! Bookmark not defined.
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH.....	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH	Error! Bookmark not defined.
RIWAYAT HIDUP.....	iii
MOTTO	iv
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat.....	4
BAB II.....	6
TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Dasar Penyakit Diabetes Mellitus	6
2.2 Konsep Gangguan Integritas Kulit	Error! Bookmark not defined.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
BAB III METODE PENELITIAN.....	25
3.1 Desain Penelitian	25
3.2 Batasan Istilah	25
3.3 Partisipan	26
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	27
3.5 Pengumpulan Data	27
3.6 Uji Keabsahan Data.....	28
3.7 Analisis Data	28
3.8 Etika Penelitian.....	30
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
4.1 Hasil Penelitian.....	31
4.2 Pembahasan	Error! Bookmark not defined.
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	Error! Bookmark not defined.
5.1 Kesimpulan.....	Error! Bookmark not defined.
5.2 Saran.....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR GAMBAR

Gambar Pathway Penyakit DM.....	10
---------------------------------	----

DAFTAR TABEL

2.4 Tabel Intervensi keperawatan	23
4.1 Identitas Pasien	33
4.2 Riwayat Penyakit	33
4.3 Perubahan Pola Kesehatan	34
4.4 Pemeriksaan Fisik	36
4.5 Pemeriksaan Penunjang	38
4.6 Terapi Medik.....	39
4.7 Analisa Data Pasien 1 dan Pasien 2	39
4.8 Intervensi Keperawatan.....	40
4.9 Implementasi Keperawatan Pasien 1	40
4.10 Implementasi Keperawatan Pasien 2	43
4.11 Evaluasi Keperawatan Pasien 1	44
4.12 Evaluasi Keperawatan Pasien 2	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Format Pengkajian

Lampiran 2 Jadwal Penyusunan Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 3 Lembar Persetujuan Responden 1

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden 2

Lampiran 5 Lembar Konsultasi Pembimbing 1

Lampiran 6 Lembar Konsultasi Pembimbing 2

Lampiran 7 Lembar Studi Pendahuluan Penelitian

Lampiran 8 Lembar Sertifikat Komite Etik Penelitian Kesehatan

Lampiran 9 Lembar Surat Lolos Plagiasi

Lampiran 10 Lembar Hasil Turnitin

DAFTAR SINGKATAN

Lambang :

1. % : Persen
2. ± : Kurang lebih

Singkatan

1. DM : *Diabetes Mellitus*
2. C-AMP : *Cylcyc Adenosina Monophosite*
3. ITSkes : Institut Teknologi Sains dan Kesehatan
4. ICMe : Insan Cendekia Medika
5. MRS : Masuk Rumah Sakit
6. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
7. IGD : Instalasi Gawat Darurat
8. No. RM : Nomor Rekam Medik
9. SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
10. SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia
11. SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
12. MRS : Masuk Rumah Sakit
13. BAK : Buang Air Kecil
14. BAB : Buang Air Besar
15. S : Subjektif
16. O : Objektif
17. A : Assesment
18. P : Planning
19. TTV : Tanda – tanda vital

20. TD : Tekanan Darah
21. RR : *Respiratory Rate*
22. S : Suhu
23. N : Nadi
24. SpO2 : *Saturation of Peripheral Oxygen*
25. CRT : *Capillary Refill Time*
26. GCS : *Glasglow Coma Scala*
27. WHO : *World Health Organization*
28. O2 : Oksigen
29. pCO2 : Tekanan parsial karbon dioksida
30. mmHg : Milimeter air raksa
31. SGPT : *Serum Glutamic Pyruvate Transaminase*
32. SGOT : *Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase*
33. FEV1 : *Forced Expiratory Volume 1*
34. FCV : *Forced Capacity Vital*
35. Lpm : liter per menit
36. Tpm : tetes per menit

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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 mengalami 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 at el,. 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 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 Bougenvile RSUD Pare Kediri”

1.2 Rumusan Masalah

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

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

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

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan Integritas Kulit Pada Pasien DM di ruang Bougenville RSUD Pare Kediri.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan Integritas Kulit Pada Pasien DM di ruang Bougenville RSUD Pare Kediri
3. Menyusun perencanaan keperawatan Integritas Kulit Pada Pasien DM di ruang Bougenville RSUD Pare Kediri
4. Melaksanakan Implementasi keperawatan Integritas Kulit Pada Pasien DM di ruang Bougenville RSUD Pare Kediri
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 II

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.

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.
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 :

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

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

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

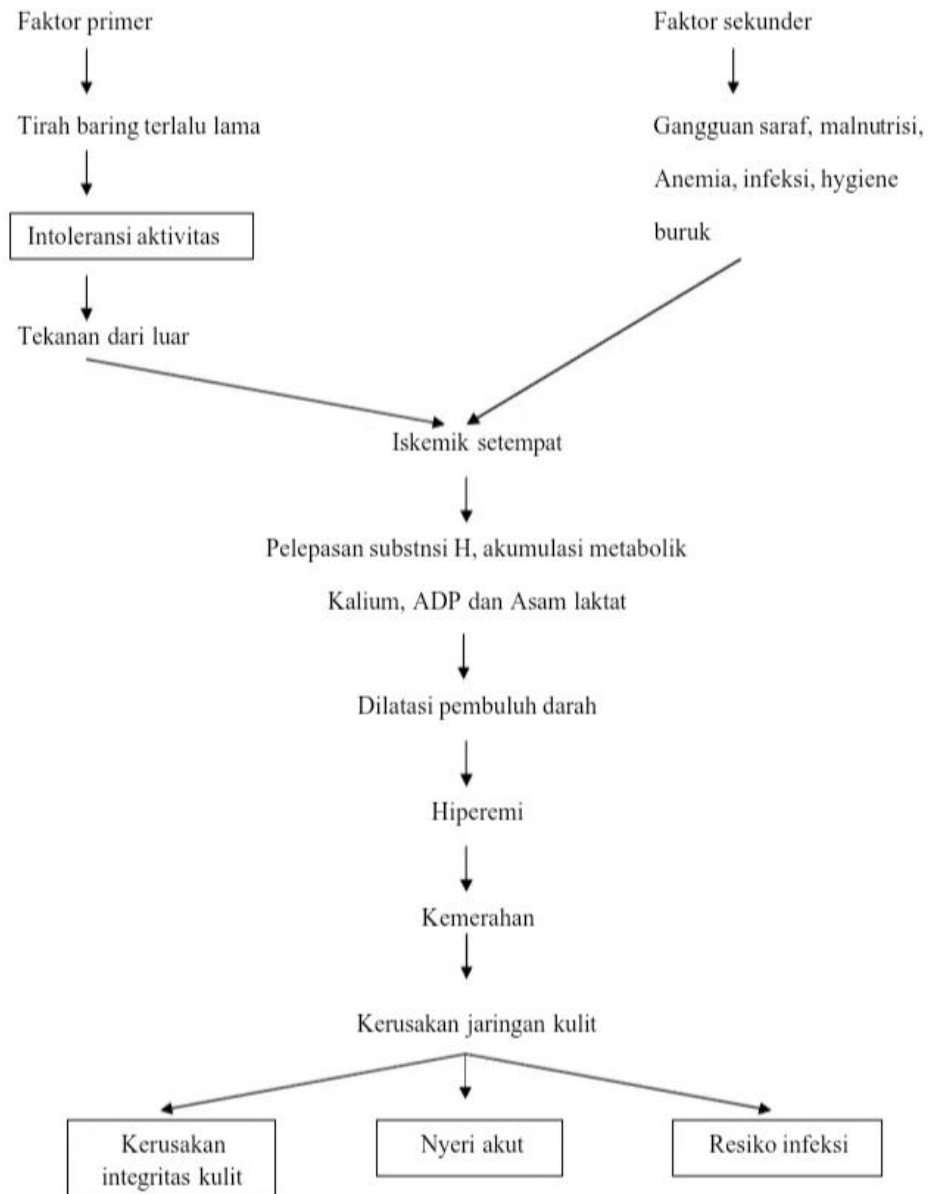
- a. Banyak kencing (*poliuria*) sering terjadi pada malam hari dikarenakan kadar glukosa darah yang tinggi sehingga menyebabkan kencing dalam jumlah yang banyak.
- b. Banyak makan (*polyfgia*) Pada penderita DM sering mengalami peningkatan rasa lapar karena keseimbangan kalori yang tidak seimbang dalam 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 memicu sel beta di pankreas agar menghasilkan lebih banyak insulin, yang membantu mengurangi kadar glukosa dalam darah dengan mengangkutnya ke dalam sel-sel.
- 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. *Alpha-Glucosidase Inhibitor*

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 Eksogen 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 / Lainnya

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 lainnya, 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 atrofi dan hipertrofi,

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 petroleum 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

2.	<p>Resiko Infeksi berhubungan dengan luka insisi tak terawat penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1..luka insisi yang tidak terawat 2.bakteri 3.jamur 4.parasit 	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan glukosa derajat infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.kemerahan (5) 2.nyeri (5) 3.Bengkak (5) 	<p>Pencegahan Infeksi (L.14539)</p> <p>Observasi 1.Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapiutik : 1.Batasi jumlah pengujung 2.Berikan perawatan kulit di bagian edema 3.cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien atau lingkungan pasien 4. Pertahankan aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Edukasi : 1.Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2.Ajarkan cara memeriksa luka 3.Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>
3.	<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> <ol style="list-style-type: none"> 1.frekuensi nadi (5) 2.keluhan nyeri (5) 3..meringis (5) 4.gelisah (5) 5.pola nafas (5) 	<p>Manajemen nyeri (L.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.identifikasi,lokasi,durasi,frekuensi 2.Identifikasi skala nyeri 3.Identifikasi respon nyeri nonverbal 4.Monitor efek samping penggunaan analgetik 5.Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Berikan Teknik nonfarmakologis

			<p>untuk mengurangi nyeri</p> <ol style="list-style-type: none">2.Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri3.fasilitasi istirahat dan tidur4.pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1.Jelaskan periode,penyebab dan pemicu nyeri2.jelaskan strategi meredakan nyeri3.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 III

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 dengan komplikasi penyakit jan

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 berdasarkan 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 memberikan informasi tambahan pemahaman dan korelasi spekulasi yang ada sebagai alasan untuk membuat saran untuk intervensi ini. Susunan analisa data adalah sebagai berikut :

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 penulis 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 IV

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 Bougenville 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

Sumber : Data Primer 2024

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 IGD pukul 20.30 WIB	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.
	dengan keluhan badan lemas, 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	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

Sumber : Data Primer 2024

Table 4.3 Perubahan Pola Kesehatan

Pola Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Pola Manajemen Kesehatan	<p>Di rumah :</p> <p>Pasien saat sakit memilih pergi ke layanan kesehatan untuk memeriksakan keadaanya</p> <p>Di RS :</p> <p>Pasien minum obat seperti yang diarahkan oleh dokter, perawat serta serta petugas kesehatan lainnya</p>	<p>Di rumah :</p> <p>Pasien saat sakit memilih pergi ke layanan kesehatan terdekat untuk mendapatkan pengobatan</p> <p>Di RS :</p> <p>Pasien minum obat seperti yang diarahkan oleh dokter, perawat serta petugas kesehatan lainnya</p>

Pola Nutrisi	<p>Di rumah :</p> <p>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 rumah :</p> <p>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 :</p> <p>Pasien mengatakan tidak doyan makan makanan RS dan mengatakan mual saat melihat makanan</p>	<p>Di RS :</p> <p>Pasien mengatakan makan 3 kali setiap hari menghabiskan 1 porsi makanan dari RS dengan diet rendah karbohidrat dan rendah gula. Diet DM 1700 kkal/hari</p>
Pola Eliminasi	<p>Di rumah :</p> <p>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>Pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, berwarna kecokelatan dan bau feses yang khas. Pasien tidak ada keluhan saat BAB</p>	<p>Di rumah :</p> <p>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 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 :</p> <p>Pasien mengatakan belum BAB sejak MRS</p> <p>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 :</p> <p>Pasien mengatakan belum BAB selama MRS</p> <p>Pasien BAK 5-6 kali setiap hari, warna kuning jernih, memiliki bau urine yang khas, dan tidak ada keluhan saat BAK</p>
Pola Istirahat Tidur	<p>Di rumah ;</p> <p>Pasien mengatakan tidur siang selama 1-2 jam per hari dan tidur malam selama 7-8 jam per hari</p>	<p>Di rumah :</p> <p>Pasien mengatakan tidur siang selama 2 jam per hari dan tidur malam selama 7-8 jam per hari</p>

Pola Aktivitas	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	Di RS : Pasien mengatakan saat MRS hari pertama mengalami kesulitan tidur dan hanya tidur 2-3 jam pada malam hari karena sering terbangun
	Di rumah : Pasien mengatakan sebelum sakit ia bekerja sebagai penjual sayur. Pasien mampu melakukan aktivitas secara mandiri	Di rumah : Pasien mengatakan sebelum sakit ia melakukan kegiatan sehari-harinya sebagai ibu rumah tangga
	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	Di RS : Pasien mengatakan selama di RS ia hanya berbaring di tempat tidur dan aktivitas dibantu oleh keluarga
Pola Reproduksi	Pasien mengatakan sudah berusia 64 tahun, memiliki 5 anak dan 2 cucu	Pasien mengatakan sudah berusia 60 tahun dan memiliki 4 anak dan 3 cucu
Pola Manajemen Stress	Pasien merasa sedih dan kasihan kepada istrinya karena setiap hari menemani tidur di RS	Pasien merasa kasihan kepada anaknya yang rela libur bekerja untuk merawat ibunya

Tabel 4.4 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
Kedaaan Umum	Lemah	Lemah
Pemeriksaan Fisik (Persistem)		

B1 (<i>Breathing</i>)	<p>Inspeksi : bentuk dada simetris, irama nafas teratur, frekuensi nafas 21x/menit,tampak pernafasan dada, tidak ada otot bantu nafas, RR 21x/menit</p> <p>Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada dada</p> <p>Perkusi : bunyi sonor pada kedua sisi dada (paru dada normal kanan dan kiri)</p> <p>Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak terdengar suara nafas tambahan</p>	<p>Inspeksi : bentuk dada simetris, irama nafas teratur, frekuensi nafas 21x/menit tampak pernafasan dada, tidak ada otot bantu nafas, RR 21x/menit.</p> <p>Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada dada</p> <p>Perkusi : bunyi sonor pada kedua sisi dada (paru dada normal kanan dan kiri)</p> <p>Auskultasi : tidak terdengar suara nafas tambahan</p>
B2 (<i>Bleeding</i>)	<p>Inspeksi : konjungtiva anemis , sklera tampak berwarna putih</p> <p>Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri tekan pada area yang diperiksa, CRT < 2 detik</p> <p>Perkusi : tidak terdengar suara pekak</p> <p>Auskultasi : suara jantung reguler (S1 S2 normal), TD 160/110 mmHg, N : 88x/menit</p>	<p>Inspeksi : konjungtiva tidak anemis , sklera tampak berwarna putih</p> <p>Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri tekan pada area yang diperiksa, CRT < 2 detik</p> <p>Perkusi : tidak terdengar suara pekak</p> <p>Auskultasi : suara jantung reguler (S1 S2 normal), TD 140/90 mmHg, N : 100x/menit</p>
B3 (<i>Brain</i>)	<p>Inspeksi : tingkat kesadaran composmentis, GCS 4-5-6</p> <p>Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri saat diperiksa</p>	<p>Inspeksi : tingkat kesadaran composmentis, GCS 4-5-6</p> <p>Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri saat diperiksa</p>
B4 (<i>Bladder</i>)	<p>Inspeksi : pasien tampak menggunakan pempers</p> <p>Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri pada kandung kemih saat diperiksa</p>	<p>Inspeksi : pasien tampak menggunakan pempers</p> <p>Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri pada kandung kemih saat diperiksa</p>
B5 (<i>Bowel</i>)	<p>Inspeksi : mukosa bibir terlihat lembab, ada gejala mual muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak terpasang NGT, bentuk abdomen terlihat simetris</p>	<p>Inspeksi : mukosa bibir terlihat kering, tidak ada gejala mual muntah, tidak ada kesulitan menelan, tidak terpasang NGT, bentuk abdomen terlihat</p>

	<p>Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran hepar</p> <p>Perkusi : terdengar suara timpani</p> <p>Auskultasi : terdengar bising usus 10x/menit</p>	<p>simetris</p> <p>Palpasi : pasien tidak merasakan nyeri tekan, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran hepar</p> <p>Perkusi : terdengar suara timpani</p> <p>Auskultasi : terdengar bising usus 12x/menit</p>								
B6 (<i>Bone</i>)	<p>Inspeksi : pasien terlihat letih, warna kulit sawo matang, terpasang infus NaCl 500ml/24 jam, kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>Palpasi : akral teraba hangat, turgor normal, adanya ulkus di kaki bagian kanan.</p>	5	5	5	5	<p>Inspeksi : pasien terlihat letih, warna kulit sawo matang, terpasang infus NaCl 20tpm/menit, kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>Palpasi : akral teraba hangat, turgor normal, adanya luka di Jari kaki bagian kanan</p>	5	5	5	5
5	5									
5	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, pasien tidak menggunakan alat bantu melihat, pendengaran 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</p> <p>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</p> <p>Palpasi: akral hangat, tidak ada edema di jaritengah kaki kanan</p>								

Table 4.5 Pemeriksaan Penunjang

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
Leukosit	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
Trombosit	235 10 ³ /ul	191 10 ³ /ul	150-440
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 (NRBC)	0,00 %	0,00 %	
I/T ratio	0,01	0,00	<0,2
KIMIA DARAH			
Glukosa darah sewaktu	504 mg/dl	440 mgdl	<200
Kreatinin	0,954 mg/dl	0,70 mg/dl	0,6-1,1
Urea	22,2 mg/dl	25,1 mg/dl	13-43
SGOT	21,0 U/l	-	< 31
SGPT	19,28 U/l	-	< 39
Natrium	133,30 mEq/l	131 mEq/l	
Kalium	4,05 mEq/l	3,55 mEq/l	135-147
Klorida	102,40 mEq/l	111 mEq/l	3,5-5
LAIN-LAIN	102,40		95-105
Antigen SARS CoV-2	Negatif	Negatif	

Sumber : Laboratorium RSUD Pare Kediri, 2024

Table 4.6 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 4.7 Analisa data pasien 1 dan pasien 2

Data pasien 1	Etiologi	Masalah
Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki kanan	Mengendapnya Glukosa di dalam Pembuluh Darah	Gangguan Integritas Kulit
Data Objektif :	↓	
1. TTV	Suplai Oksigen dan Nutrisi Ke Jaringan Terhambat	
TD : 160/110 mmHg	↓	
N : 90 x/menit	Nekrotik Jaringan	
S : 36,7	↓	
RR : 21x/menit	Gangreen	
2. SpO2 : 99 %	↓	
3. Keadaan umum : lemah	Gangguan Integritas kulit	
4. Kesadaran composmentis		
5. GCS : 4-5-6		
6. Terdapat luka di ekstermitas kanan bawah, tampak kemerahan pada luka, slough 60% Granulasi 20% Nekrotik 10%		
7. P = Nyeri Bertambah Saat di gerakkan		
Q = Nyeri seperti di tusuk tusuk		
R = Punggung kaki kanan		
S = Skala 7		
T = Jika digerakkan		
...		
..		

Data pasien 2	Etiologi	Masalah
Data Subjektif : Pasien mengatakan gatal, panas dan nyeri di bagian jari kaki kanan Data Objektif : 1. TTV TD : 140/90 mmHg N : 100x/menit S : 36,3 RR : 21x/menit 2. SpO ₂ : 98 % 3. Keadaan umum : lemah 4. Kesadaran composmentis 5. GCS : 4-5-6 6. Terdapat luka stage 2 di Sela Jari tengah kaki kanan 7. P = nyeri ketika beraktifitas terutama berjalan Q = seperti ditusuk tusuk R = sela sela jari kanan S = skala 5 T = ketika berjalan	Mengendapnya glukosa Dalam Pembuluh Darah ↓ Suplai O ² dan Nutrisi ke Jaringan Terhambat ↓ Nekrotik Jaringan ↓ Gangreen ↓ Gangguan Integritas Kulit	Gangguan Integritas Kuli

1.1.3 Diagnosa Keperawatan

Pasien 1 dan 2 : Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Mengendapnya glukosa di dalam pembuluh darah.

1.1.4 Intervensi Keperawatan

Table 4.8 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Gangguan Integritas Kulit Berhubungan dengan Mengendapnya glukosa Dalam pembuluh darah	<p>Gangguan Integritas 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>Terapeutik :</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 tinggi kalori dan protein 2. Jelaskan tanda infeksi 3. Kolaborasi dengan dokter untuk terapi farmakologi

-
- | | | | | | |
|-----|----------------|-----|----------------|-----|----------------|
| 10. | TTV : | | | | |
| 20 | TD: 16/100 | 09. | Mengedukasi | 13. | Anjurkan |
| | N: 90x/menit | 26 | pasien agar | 50 | Makan |
| | S : 36,7 | | makan | | makanan |
| | RR:21x/menit | | makanan | | tinggi protein |
| | SpO2 : 98% | | tinggi protein | | |
| | GDS :343 | | | | |
| | | | | | |
| 10. | Mengedukasi | | | | |
| 23 | pasien untuk | | | | |
| | makan banyak | | | | |
| | makan makanan | | | | |
| | tinggi protein | | | | |
| | dan kalori | | | | |
-

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	
	08.40	Menutup Luka dengan Dressing yg sesuai	
	08.45	Mengedukasi pasien untuk Makan makanan tinggi protein	

Tabel 4.10 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 salig percaya antara pasien dan keluarga pasien		09.30	Memonitor karakteristik luka Terdapat Luka Lokasi : di sela sela jari tengah kaki dan jari manis		14.00	Memonitor karakteristik luka Lokasi :di sela sela jari tengah kaki dan jari manis	
	11.20	Memonitor Karakteristik 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		14.05	Mengobservasi TTV : TD : 130/90 N : 80x/menit S : 36,9 RR:20x/menit SpO2 : 99% GDA : 170	
	11.30	Mengobservasi TTV : TD : 140/90 N : 80x/menit S : 36,5 RR:30x/menit SpO2 : 99% GDA : 340		09.40	Menjelaskan Tanda tanda infeksi		14.10	Mengganti balutan luka dan membersihkan luka dengan NaCl dan mengolesinya Salep yang sesuai dengan resep dokter	
	11.31	Mengidentifikasi perawatan luka yang dilakukan		09.45	Mengganti balutan luka Dan membersihkan Luka dengan NaCl dan mengolesinya salep sesuai resep dokter		14.15	Menutup kembali luka dengan dresssing yang sesuai	
	11.11	Membuka balutan luka		09.	Menutup		14.25	Mengedukasi pasien untuk banyak makan makanan yang	

33	dengan perlahan	50	kembali luka dengan dressing yang sesuai	tinggi protein
11. 35	Membersihkan luka dengan NaCl dan salep yang diresepkan dokter	09. 55	Memberikan edukasi untuk pasien agar banyak makan makanan tinggi protein	
11. 37	Membalut luka dengan dressing yang sesuai			
11. 45	Mengedukasi untuk Banyak mengkonsumsi makanan tinggi protein			

1.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan pasien 1

Diagnosa Keperawatan	Hari ke 1 Paraf	Hari ke 2: paraf	Hari/ ke 3 paraf
Gangguan Integritas Kulit	Kamis, 16 Mei 2024	Jum'at, 17 Mei 2024	Sabtu, 18 Mei 2024
	<p>S : Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki kanan</p> <p>P : Nyeri saat digerakkan Q : Seperti di tusuk tusuk R: punggung kaki bagian kanan S: 7 T: Jika digerakkan</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</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih sedikit nyeri pada kaki kananya</p> <p>P : Nyeri Saat di gerakkan Q: Seperti di tusuk tusuk R : Di punggung kaki kanan S: 5 T : Jika di gerakkan</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>S: Pasien mengatakan nyeri di luka berkurang dan gatal di sekitar luka</p> <p>P : Sedikit nyeri saat di gerakkan Q : Seperti di tusuk tusuk R : punggung kaki kanan S : 3 T : Jika di gerakkan</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>

composmentis	GCS : 4-5-6	GCS :4-5-6
GCS : 4-5-6	Tampak adanya luka di punggung kaki 60% slough 20% granulasi dan 3 % nekrotik	Tampak muncul jaringan baru,warna merah memudar
Tampak adanya luka di punggung kaki 60% granulasi 20% dan 10% nekrotik	Warna kulit merah,kedalaman luka stage 3,bau +,warna kulit di sekitar luka hitam	A : masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian
Warna kulit merah,kedalaman luka stage 3,bau +,warna kulit di sekitar luka hitam	A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian	P : Intervensi dilanjutkan
A : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi	P : Intervensi dilanjutkan	1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien
P : Intervensi dilanjutkan	1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien	2. Memonitor karateristik luka
1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien	2. Memonitor karateristik luka	3. Mengobservasi TTV
2. Memonitor karateristik luka	3. Mengobservasi TTV	4. Memonitor tanda infeksi
3. Mengobservasi TTV	4. Memonitor tanda infeksi	5. Membersihkan luka dengan NaCl
4. Monitor tanda infeksi	5. Membersihkan jaringan nekrotik	6. Berikan salep ke kulit/lesi jika perlu
5. Membersihkan jaringan nekrotik	6. Membersihkan luka dengan NaCl	7. Menganjurkan makan makanan tinggi protein
6. Bersihkan luka dengan NaCl	7. Berikan Salep ke kulit/lesi jika perlu	
7. Berikan salep ke kulit /lesi jika perlu	8. Menganjurkan meakan makanan tinggi	

 protein

Diagnosa Keperawatan	Hari ke 4 Senin, 20 Mei 2024	Paraf
Gangguan Integritas kulit	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri</p> <p>O : K/U baik</p> <p>TTV</p> <p>TD: 140/80mmHg</p> <p>N: 82x/ menit</p> <p>S: 36,5</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>SpO2: 100 %</p> <p>GDS : 170</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>Muncul Jaringan baru, nekrotik - , warna kulit merah memudar</p> <p>A : masalah gangguan integritas kulit teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pulang</p>	
<i>Dischard</i>		

planning:

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

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 luka nya</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: skala 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>RR: 21x/menit</p> <p>SpO2: 100 %</p> <p>GDS :320</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien 2. Memonitor karakteristik luka 3. Mengobservasi 		<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</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>Tampak abses hilang</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien 2. Memonitor karakteristik luka dan menjelaskan tanda tanda infeksi 3. Mengobservasi TTV 4. Mengganti dan membuka balutan luka dengan perlahan 		<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</p> <p>Kesadaran composmentis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>Luka abses mulai membaik, kemerahan -, gatal disekitar luka</p> <p>A : masalah teratasi, pasien rencara KRS</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien pulang</p> <p><i>Dischard planning :</i></p> <p>Memberikan edukasi kepada pasien untuk menjaga dan merawat luka nya selama dirumah dengan bantuan</p>	

TTV

- | | | |
|--|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">4. Mengidentifikasi perawatan luka yang bisa dilakukan5. Mengganti dan membuka balutan luka dengan perlahan6. Membersihkan luka dengan NaCl atau sabun sesuai kebutuhan7. Memberikan salep jika perlu dan membalut luka dengan dressing yang sesuai8. Menganjurkan makan makanan yang mengandung protein | <ol style="list-style-type: none">5. Membersihkan luka dengan NaCl atau sabun sesuai kebutuhan6. Memberikan salep jika perlu dan membalut luka dengan dressing yang sesuai7. Menganjurkan makan makanan yang mengandung protein | <p>tenaga medis dan menstabilkan kadar gula darah.</p> |
|--|---|--|

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 dilaksanakan 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.

Berdasarkan pendapat Oktaviani (2022), evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan yang dilakukan untuk menentukan pencapaian 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.

Menurut peneliti, pasien 1 dan 2 mengalami kemajuan yang signifikan selama perawatan. Pasien 1 menunjukkan tanda-tanda inflamasi menghilang yang ditandai dengan luka sudah tidak memerah dan gatal di sekitar area luka selama 4 hari perawatan. Sedangkan pada pasien 2 mengalami kemajuan 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 di rumah dengan bantuan medis terdekat dan mengedukasi untuk banyak

makan makanan tinggi kalori dan protein untuk mempercepat penyembuhan luka.

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 RSUD 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

makanan makanan tinggi kalori dan protein untuk penyembuhan luka serta memantau gula darah sewaktu.

5. 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

Pasien harus menjalani gaya hidup yang sehat dengan cara menjaga pola makan dan diet yang tepat, mengikuti anjuran dokter, rutin merawat luka dirumah serta melibatkan keluarga dalam memberi dukungan emosional untuk membantu mengatasi permasalahan yang dialami pasien

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 Lainnya

Bagi peneliti yang tertarik untuk memperluas topik asuhan keperawatan pada pasien DM dengan masalah keperawatan gangguan integritas jaringan kulit diharapkan dapat menambahkan referensi yang relevan untuk memperluas wawasan

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 Gombong 2 Kecamatan Gombong 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 Indoneisia (SDKI), Eidisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indoneisia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intirveinsi Keperawatan Indoneisia (SIKI), Eidisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indoneisia (SLKI), Eidisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN UNGGAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rahmania Eka Azzahro

NIM : 211210015

Program Studi : D3 Keperawatan

Demi Pengembangan Ilmu Pengetahuan Menyetujui Untuk Memberikan Kepada ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang Hak Bebas Royaltas Non Eklusif (Non Eklusive Royalty Free Right) Atas "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Gangguan Integritas Jaringan Kulit Di RSUD Pare Kabupaten Kediri"

Hak Bebas Royaltas Non Eklusif Ini ITSKEs Insan Cendekia Medika Jombang Bertuk Menyimpan Alih KTI/SKRIPSI/MEDIA/FORMAL, Mongolah Dalam Bentuk Pangkalan Data (Database). Merawat KTI. Dan Mempublikasikan Tugas Akhir Saya Selama Tetap Mencantumkan Nama Saya Sebagai Penulis/Pencipta Dan Pemilik Hak Cipta.

Demikian Pernyataan Ini Saya Buat Untu Dapat Digunakan Sebagai Mestinya.

Jombang, 19 September 2024

Yang Menyatakan


METERAI
TEMPEL
6FEBAALX404099140

Rahmania Eka Azzahro

211210015

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Nama : Rahmania Eka Azzahro
NIM : 211210015
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Gangguan Integritas Kulit Jaringan Di Rumah Sakit Umum Daerah Pare Kabupaten Kediri

Bahwa saya meminta bapa/ibu/saudara untuk berperan serta dalam penyusunan studi kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan, apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

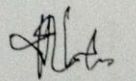
Kediri, 07 April 2024

Penulis



(Rahmania Eka Azzahro).

Responden



(RAEMAH...)

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Nama : Rahmania Eka Azzahro
NIM : 211210015
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Gangguan Integritas Kulit Jaringan Di Rumah Sakit Umum Daerah Pare Kabupaten Kediri

Bahwa saya meminta bapa/ibu/saudara untuk berperan serta dalam penyusunan studi kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan, apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

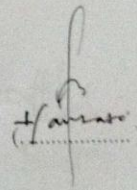
Kediri, 07 April 2024

Penulis



(Rahmania Eka Azzahro).

Responden





**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. 163/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 Pasien Diabetes Mellitus tipe 2 dengan
masalah gangguan integritas jaringan kulit di RSUD Pare Kabupaten
Kediri**

Peneliti Utama : **Rahmania Eka Azzahro**
Principal Investigator

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

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : **RSUD Pare Kediri**
Setting of Research

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



Jombang, 19 Juli 2024
Ketua,

Dhita Yuniar Kristianingrum S.ST.,Bd.,M.Kes
NIK. 05110.371



ITSKes Insan Cendekia Medika
FAKULTAS VOKASI
Program Studi Diploma III Keperawatan
Jl Kemuning No. 57 A Candimulyo Jombang Jawa Timur Indonesia

SK. Kemendikbud Ristek No. 69/KY/2022

No. : 016/DIII-Kep/ITSK.ICME/III/2024

Lamp. : -

Perihal : Studi Pendahuluan Dan Ijin Penelitian

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Pare Kabupaten Kediri

di

Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan Studi di Program Studi **Diploma III Keperawatan** ITSkes Insan Cendekia Medika Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan Ijin Penelitian kepada Mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : Rahmanika Eka Azzahra

NIM : 211210015

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus Dengan Gangguan Integritas Kulit Di RSUD Pare Kediri.

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagaimana tersebut di atas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Jombang, 07 Maret 2024

Ketua Program Studi,



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

Tembusan : 1. Bakordiklat



PEMERINTAH KABUPATEN KEDIRI
DINAS KESEHATAN
RSUD KABUPATEN KEDIRI

Jalan Pahlawan Kusuma Bangsa No 1, Pare – Kabupaten Kediri 64213
Telepon. (0354) 391718, 394956, 391169 Faks. 391833
Pos-el: rsud_pare@kedirikab.go.id - rsud.kabupatenkediri@gmail.com
Laman: rsud.kedirikab.go.id

Kediri, 18 April 2024

Nomor : 000.9/ 8056 /418.100/2024
Sifat : Penting
Lampiran: -
Hal : Ijin Studi Pendahuluan a.n. Rahmania Eka Azzahra

Yth. Sdr. Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan
ITSKes Insan Cendekia Medika Jombang
di
JOMBANG

Merujuk surat saudara Nomor: 016/DIII-Kep/ITSK.ICME/III/2024 tanggal 07 Maret 2024 Perihal Studi Pendahuluan dan Ijin Penelitian. Dengan ini diberitahukan bahwa RSUD Kabupaten Kediri pada prinsipnya tidak keberatan memberi ijin untuk melaksanakan studi pendahuluan, yang akan dilaksanakan oleh:

Nama : Rahmania Eka Azzahra
NIM : 211210015
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Mellitus dengan Gangguan Integritas Kulit di RSUD Kabupaten Kediri
Pembimbing : Topo Rohadi, S.Kep.Ns

Adapun hal-hai yang perlu disampaikan sebagai berikut:

1. Peneliti wajib mematuhi peraturan di RSUD Kabupaten Kediri;
2. Penelitian dilaksanakan sesuai jadwal;
3. Biaya Penelitian D1-D3 sebesar Rp 70.000,- per minggu;
4. Mengumpulkan fotokopi Sertifikat Vaksin (minimal vaksin 2).

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatian serta kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Kediri

dr. RADEN GATUT RAHARDJO, Sp.An

Tembusan :
Yth. 1. Kabid Keperawatan RSUD Kab. Kediri
2. Ka. Inst. Rekam Medik RSUD Kab. Kediri



**PRAKTIK KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI ITS Kes INSAN CENDEKIA
MEDIKA JOMBANG**

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

**Asuhan Keperawatan pada pasien Tn
Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus
di Ruang Bougenville**

I. PENGKAJIAN

- A. Tanggal Masuk :15 Mei 2024
B. Jam masuk :20.30
C. Tanggal Pengkajian :16 Mei 2024
D. Jam Pengkajian :20.30
E. No.RM :54xxxx

F. Identitas

1. Identitas pasien

- a. Nama :Tn.G
b. Umur :64 tahun
c. Jenis kelamin : Perempuan
d. Agama : Islam
e. Pendidikan : SMA
f. Pekerjaan : Wiraswasta
g. Alamat : Dsn.Surowono
h. Status Pernikahan : Menikah

2. Penanggung Jawab Pasien

- a. Nama : Ny.P
b. Umur : 51 Tahun
c. Jenis kelamin : Perempuan
d. Agama : Islam
e. Pendidikan : SMA
f. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
g. Alamat : Dsn.Surowono
h. Hub. Dengan PX : Istri

G. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien Mengatakan Nyeri Di sebelah kaki kanan

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 15 Mei 2024 dibawa ke IGD pukul 20.30 wib dengan keluhan badan menggigil ,lemas,mual dan terdapat luka di kaki sebelah kanan.dokter menyarankan untuk rawat inap dan pasien dipindahkan ke ruang Bougenville pada pukul 22.10.pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan telah menderita diabetes sejak 10 tahun yang lalu dan juga telah menderita penyakit hipertensi selama 5 tahun.
2. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien Mengatakan bahwa ibunya dan kakaknya juga mempunyai riwayat penyakit DM.
- i. 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 :1 Jenis:Insulin Ketergantungan:Ya
 - d. Alergi : Tidak
 - e. Harapan dirawat di RS : Pasien Ingin Segera Sembuh
 - f. Pengetahuan tentang penyakit : pasien tahu akan penyakit yang dideritanya
 2. Nutrisi dan Metabolik
 - a. Jenis diet : diet rendah garam rendah gula
 - b. Diet/Pantangan : tidak terkaji
 - c. Jumlah porsi :
 - d. Nafsu makan : baik
 - e. Kesulitan menelan : tidak ada
 - f. Jumlah cairan/minum : ++1000 cc
 - g. Jenis cairan : air minum/infus
 - h. Data lain : Tidak Ada
 3. Aktivitas dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum					
Mandi					
Toileting					
Berpakaian					
Berpindah					
Mobilisasi di tempat tidur & ambulasi ROM					

0: Mandiri 2: Dibantu orang 4: Tergantung total
 1: Menggunakan alat bantu 3: Dibantu orang lain dan alat

 - a. Alat bantu : Tidak ada
 - b. Data lain : Tidak Ada
 4. Tidur dan Istirahat
 - a. Kebiasaan tidur : pasien ketika dirumah tidur kurang lebih 7 jam sehari

- b. Lama tidur: 5-6 jam sehari
 - c. Masalah tidur : tidak ada kesulitan tidur
 - d. Data lain : Tidak Ada
5. Eliminasi
- a. Kebiasaan defekasi : Dirumah BAB 3 kali sehari
 - b. Pola defekasi : di RS bab 1 kali
 - c. Warna feses :kuning
 - d. Kolostomi :Tidak Ada
 - e. Kebiasaan miksi :dirumah 5x dalam sehari
 - f. Pola miksi : saat sakit 5-6 sehari
 - g. Warna urine :kuning
 - h. Jumlah urine :2000ml/24 jam
 - i. Data lain :tidak ada
6. Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)
- a. Harga diri : baik
 - b. Peran :sebagai kepala rumah tangga
 - c. Identitas diri : sebagai ayah
 - d. Ideal diri :ingin cepat sembuh
 - e. Penampilan :baik
 - f. Koping :tidak terkaji
 - g. Data lain :tidak ada
7. Peran dan Hubungan Sosial
- a. Peran saat ini : sebagai pasien di RSUD Pare kabupaten Kediri
 - b. Penampilan peran : baik
 - c. Sistem pendukung : keluarga dan nakes
 - d. Interaksi dengan orang lain : baik
 - e. Data lain : tidak ada
8. Seksual dan Reproduksi
- a. Frekuensi hubungan seksual : tidak terkaji
 - b. Hambatan hubungan seksual : tidak terkaji
 - c. Periode menstruasi : tidak terkaji
 - d. Masalah menstruasi : tidak terkaji
 - e. Data lain : tidak ada
9. Kognitif Perseptual
- a. Keadaan mental : baik
 - b. Berbicara : lancar
 - c. Kemampuan memahami : baik
 - d. Ansietas : tidak ada
 - e. Pendengaran : baik
 - f. Penglihatan : baik

- g. Nyeri : tidak ada nyeri
 - h. Data lain : tidak ada
10. Nilai dan Keyakinan
- a. Agama yang dianut : uslam
 - b. Nilai/keyakinan terhadap penyakit : px menanggapi penyakitnya sebagai ujian
 - c. Data lain : tidak ada

j. Pengkajian

a. Vital Sign

Tekanan Darah : 160/110 mmhg Nadi : 91x/menit
Suhu : 36,7° RR : 21x /menit

b. Kesadaran : composmentis

GCS : 456

c. Keadaan Umum

a. Status gizi : Gemuk Normal Kurus

Berat badan : 64 kg Tinggi Badan : 170cm

Sikap : Tenang Gelisah Menahan nyeri

d. Pemeriksaan Fisik

1) Breathing (B1)

- a. Bentuk dada: simetris
- b. Frekuensi nafas : 24x /menit
- c. Kedalaman nafas : tidak terkaji
- d. Jenis pernafasan : pernafasan perut
- e. Pola nafas : Tidka terkaji
- f. Retraksi otot bantu : tidak ad

2) Blood (B2)

- a. Ictus cordis : tidak terkaji
- b. Nyeri : tidak ada
- c. Batas jantung : tidak terkaji
- d. Bunyi jantung : tidak terkaji
- e. Suara tambahan : tidak ada
- f. Pemeriksaan penunjang : tidak ada
- g. Data lain : tidak ada

3) Brain (B3)

- a. Kesadaran : composmentis
- b. GCS : 456
- c. Reflek fisiologis : normal
- d. Reflek patologis : normal
- e. Pemeriksaan penunjang : tidak ada
- f. Data lain : tidak ada

II. ANALISA DATA

NO.	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	<p>Data Subjektif :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki kanan</p> <p>Data Objektif :</p> <p>1. TTV</p> <p>TD: 160/110 mmHg</p> <p>N : 90 x/menit S: 36,7</p> <p>RR: 21x/menit</p> <p>GDA: 200Mg/dl</p> <p>GDS: 530 Mg/dl</p> <p>. SpO2:99%</p> <p>3. Keadaan umum : lemah</p> <p>4. Kesadaran composmen tis</p> <p>5. GCS: 4-5-6</p> <p>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.</p>	<p>Mengendapnya glukosa Dalam Pembuluh Darah</p> <p>Suplai O2 dan Nutrisi keJaringan Terhambat</p> <p>Neuropati Perifer</p> <p>Nekrotik Jaringan</p> <p>Gangreen</p> <p>Gangguan Integritas Kulit</p>	<p>Gangguan Integritas Jaringan Kulit</p>

IV. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NO.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
	<p>Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer</p>	<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. L.1353</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda infeksi Terapeutik: <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 <input type="checkbox"/> steril Edukasi dan Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan makan makanan Buah dan sayur 2. Jelaskan tanda infeksi 3. Kolaborasi dengan dokter untuk terapi farmakologi

V. IMPLEMENTASI

NO. DX	HARI/ TGL	JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
1	16 Mei 2024	09.40	1.Membina hubungan saling percaya 2.Monitor karakteristik luka (ukuran luka 10-15 cm, granulasi 20%,Slough 60% nekrotik 10 % 3.Mengidentifikasi perawatan yang dilakukan 4.Membuka dan mengganti balutan luka dengan perlahan.	
	17 Mei 2024	08.55	1.Monitor karakteristik luka (ukuran luka 10-15 cm,terdapat Slough 60%,granulasi 20%,nekrotik 5%) 2.Mengobservasi TTV TD : 140/80mmhg GDS : 320mg/dl 3.Membersihkan luka dengan NaCl serta mengangkat jaringan nekrotik 4.Mengedukasi pasien untuk banyak makan makanan buah dan sayur serta banyak protein	
	18 Mei 2024	13.25	1.Monitor karakteristik luka (ukuran luka 10-15 cm,terdapat Slough 60%,Nekrotik 3% granulasi 10% 2.Mengobservasi TTV TD :140/80 mmhg GDA : 273 mg/dl 3.Membuka balutan luka dengan perlahan,membersihkan luka dengan NaCl serta memberikan salep yang direkomendasikan dokter 4.Mengevaluasi tentang makan makanan yang dimakan pasien	
	19 Mei 2024	08.20	1. Monitor Karakteristik luka (ukuran luka 10-15 cm,muncul jaringan baru hilangnya tanda kemerahan serta tanda tanda infeksi 2. Mengobservasi TTV TD : 130/80 GDS : 200 mg/dl	

			3.Membuka balutan luka dengan perlahan 4.Mengganti balutan luka dan membersihkan dengan NaCl serta edukasi apasaja makanan yg dihindari.	
--	--	--	---	--

VI. EVALUASI

NO.	NO. DX	HARI/ TGL	JAM	EVALUASI	PARAF
1	1	16 Mei 2024	12.30	S : Pasien masih mengeluh nyeri di luka nya O : K/U lemah TD: 160/110 mmhg GDS 400 mg/dl Tampak adanya lukadi punggung kaki 60% granulasi 20% dan 10% nekrotik Warna kulit Merah, kedalam anluka stage 3,bau +, warna kulit di sekitar luka hitam A : Masalah Gangguan Integritas Jaringan Kulit belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1.Monitor karateristik luka 2.Memberikan salep sesuai anjuran dokter 3.Membersikan jaringan nekrotik	
		17 Mei 2024	11.09	S: pasien masih mengeluh nyeri di luka nya O : K/U lemah TD: 150/110 mmhg GDS 321 mg/dl Tampak adanya lukadi punggung kaki 60% granulasi 20% dan 5% nekrotik Warna kulit Merah, kedalam anluka stage 3,bau +, warna kulit di sekitar luka hitam A : Masalah Gangguan Integritas Jaringan Kulit belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1.Monitor karateristik luka 2.Memberikan salep sesuai anjuran dokter 3.Membersikan jaringan nekrotik	
			18.17	S :Pasien masih mengeluh nyeri di luka nya	

		18.Mei 2024	<p>O : K/U lemah</p> <p>TD: 150/110 mmhg GDS 321 mg/dl</p> <p>Tampak adanya lukadi punggung kaki .tampak muncul jaringan baru,</p> <p>A : Masalah Gangguan Integritas Jaringan Kulit belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Monitor karateristik luka 2.Memberikan salep sesuai anjuran dokter 3.Membersikan jaringan nekrotik 	
		16.15 19.Mei 2024	<p>S: pasien masih mengeluh nyeri di luka nya</p> <p>O : K/U baik</p> <p>TD: 140/110 mmhg GDS 230 mg/dl</p> <p>Muncul jaringan baru,nekrotik-warna kulit memudar merah</p> <p>A : Masalah Gangguan Integritas Jaringan Kulit belum teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>Dischart planning</p> <p>Memberikan edukasi kepada pasien untuk rajin membersihkan luka di tenaga medis terdekat, menjaga polamakanTerutama banyak makanan makan yang mengandung vitamin contoh buah dan sayur</p>	



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 : Rahmania Eka Azzahro

NIM : 211210015

Prodi : D3 Keperawatan

Tempat/Tanggal Lahir: Kediri, 09 Januari 2003

Jenis Kelamin : Wanita

Alamat : Dsn.Surowono.Ds.Canggu Kec.Badas Kab.Kediri

No.Tlp/HP : 085853142490

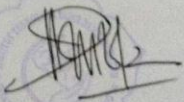
email : rahmaniaazzahra594@gmail.com

Judul Penelitian : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Gangguan Integritas Jaringan Kulit Di RSUD Pare Kediri**

Menyatakan bahwa judul KTI/Karya Tulis Ilmiah diatas telah dilakukan pengecekan, dan judul tersebut layak untuk di ajukan sebagai judul Karya Tulis Ilmiah/KTI. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan sebagai referensi kepada dosen pembimbing dalam mengajukan judul KTI/Karya Tulis Ilmiah.

Jombang, 14 Mei 2024

Mengetahui,
Kepala Perpustakaan


Dwi Nuriana, M.IP
NIK.01.08.112

PERPUSTAKAAN

**LEMBAR BIMBINGAN KTI
PRODI DIII KEPERAWATAN**

Nama : Rahmania Eka Azzahro
 NIM : 211210015
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus
 Dengan Gangguan Integritas Kulit Jaringan Di RSUD Pare Kediri
 Pembimbing I : Maharani Tri P.S.Kep.,Ns.M.M

Kegiatan Bimbingan

No.	Tanggal	Materi	Tanda Tangan
1	27/02/24	Pengantar judul	
	11/3/24	Judul Acc	
	18/03/24	Bab 1 Keirisi	
	21/03/24	Bab 1 - Penambahan skala - Solusi - Lanjut Bab 2-3	
	06/04/24	Bab 2-3 Acc Masih sedang	


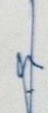
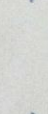

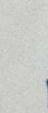
Pembimbing I

Maharani Tri P.S.Kep.,Ns.,M.Kep

LEMBAR BIMBINGAN KTI
PRODI DIII KEPERAWATAN

Nama : Rahmania Eka Azzahro
NIM : 211210015
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus
Dengan Gangguan Integritas Kulit Jaringan Di RSUD Pare
Kediri
Pembimbing I : Maharani Tri P.S.Kep.,Ns.M.M

Kegiatan Bimbingan

No.	Tanggal	Materi	Tanda Tangan
	2 Juli 2024	Revisi bab 5 - Abstrak Purbank	
	3 Juli 24	Revisi bab 5	
	10 Juli 24	ACC Bab 5	
	11 Juli	Purbanki bab 6	
	15. Juli	ACC bab 5-6 Masi sudah.	

Pembimbing I

Maharani Tri P.S.Kep.,Ns.,M.Kep

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

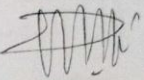

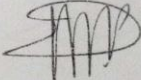

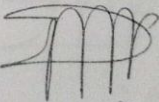
Nama. : Rahmania Eka Azzahro

NIM. : 211210015

Judul. : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus dengan gangguan Integritas Jaringan Kulit di RSUD Pare Kediri

Program Study : D3 Keperawatan

Pembimbing 2 : Tri Purwanti S.SIT.,M.Kes

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
27/02/2024 27/02/2024	Hasil Judul	
11/13/2024	Tambah urgensi masalah	
18/03/2024	Perbaiki data	
21/03/2024	Tambahkan solusi	
06/09/2024.	Perbaiki Mau sedang	

Pembimbing 2

(Tri Purwanti S.SIT.,M.Kes)

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

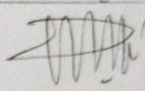

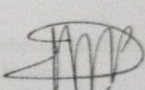
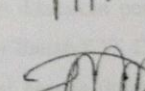
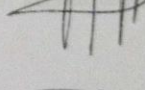
Nama : Rahmania Eka Azzahro

NIM. : 211210015

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Mellitus dengan gangguan Integritas Jaringan Kulit di RSUD Pare Kediri

Program Study : D3 Keperawatan

Pembimbing 2 : Tri Purwanti S.SIT.,M.Kes

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
Selasa 2 Juli 2024	- Revisi Bab 5	
3 Juli 2024	- Perbaiki Rumus	
8 Juli 2024	Perbaiki bab 5	
11 Juli 2024	Acc bab 5	
19 Juli 2024	Acc bab 5 dan 6 argu fidensi.	

Pembimbing 2

(Tri Purwanti S.SIT.,M.Kes)



KETERANGAN BEBAS PLAGIASI

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

Menerangkan bahwa:

Nama : Rahmania Eka Azzahro
NIM : 211210015
Program Studi : D3 Keperawatan
Fakultas : Vokasi
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Gangguan Integritas Jaringan Kulit Di RSUD Pare Kediri

Telah melalui proses Check Plagiasi dan dinyatakan **BEBAS PLAGIASI**, dengan persentase kemiripan sebesar **9%**. Demikian keterangan ini dibuat dan diharapkan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 8 September
2024

Wakil Rektor I

Dr. Lusiana Meinawati, SST., M.Kes
NIDN. 0718058503

Top Sources

- 0% Internet sources
- 7% Publications
- 8% 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%



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: Rahmania Eka Azzahro
Assignment title: Quick Submit
Submission title: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELLITUS TI...
File name: KTI_zahra_turnit_fiks_-_Rahmania_Azzahra.docx
File size: 792.52K
Page count: 68
Word count: 10,300
Character count: 70,644
Submission date: 13-Sep-2024 08:33AM (UTC+0430)
Submission ID: 2452681020

