

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS DENGAN GANGREN PEDIS (di Ruang Bima RSUD Jombang) *by ITSKes ICMes Jombang*

Submission date: 16-Sep-2025 12:04PM (UTC+0900)

Submission ID: 2718800772

File name: PUTRI_WULAN_NDARI.docx (705.71K)

Word count: 10793

Character count: 77021

²¹
KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES
MELITUS DENGAN GANGREN PEDIS**

(di Ruang Bima RSUD Jombang)



**DISUSUN OLEH
PUTRI WULAN NDARI
246410039**

²
PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

JOMBANG

2025

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus merupakan keadaan *hiperglikemia* kronik disertai berbagai kelainan metabolisme akibat gangguan hormonal yang menimbulkan komplikasi pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (Nugroho, 2021). Adanya penyakit diabetes ini pada awalnya sering kali tidak dirasakan dan tidak disadari oleh penderita, beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian seperti banyak kencing (*poliuria*), banyak minum (*polidipsia*), banyak makan (*polifagia*) dan penurunan berat badan jika tidak segera di tangani akan menyebabkan masalah keperawatan berupa Gangren pedis, hambatan mobilitas fisik, kurang pengetahuan, dan ketidak seimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral, hipermetabolisme (maulini e.l, 2022)

International Diabetes Federation pada tahun 2022 melaporkan bahwa 537 juta orang dewasa (20-79 tahun) hidup dengan diabetes di seluruh dunia. Jumlah diperkirakan akan meningkat menjadi 643 juta (1 dari 9 orang dewasa) pada tahun 2030 dan 784 juta (1 dari 8 orang dewasa) pada tahun 2045. Diabetes mellitus menyebabkan 6,7 juta kematian pada tahun 2021. Diperkirakan 44% orang dewasa yang hidup dengan diabetes (240 juta orang) tidak terdiagnosis. 541 juta orang dewasa di seluruh dunia, atau 1 dari 10, mengalami gangguan toleransi glukosa, menempatkan mereka pada risiko tinggi terkena diabetes tipe 2 (IDF, 2021) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melaporkan jumlah penderita diabetes mellitus pada tahun 2021 sebanyak 19,47 juta jiwa (Kemenkes RI, 2022).

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melaporkan jumlah penderita diabetes mellitus di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2021 mencapai 929.535 kasus. Dari jumlah tersebut diestimasikan sebanyak 867.257 penderita (93,3%) yang telah terdiagnosis dan mendapatkan pelayanan kesehatan (Dinkes Jatim, 2022). Berdasarkan data dari ruang Bima RSUD Jombang pada bulan Maret – Mei 2025 berjumlah 72 pasien Diabetes Melitus. (Anastasya Montororing et al., 2024)

Penyakit diabetes melitus disebabkan karena gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk penyakit yang kompleks yang melibatkan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak dan berkembangnya komplikasi makrovaskuler, mikrovaskuler akibat kekurangan insulin maka glukosa tidak dapat diubah menjadi glikogen sehingga kadar glukosa darah meningkat dan terjadi hiperglikemi. Pasien yang menderita DM biasanya mengalami masalah *polyuria* (sering buang air kecil), *polydipsia* (sering haus), dan *polifagia* (banyak makan/mudah lapar). Selain itu sering pula muncul keluhan penglihatan kabur, koordinasi gerak tubuh terganggu, kesemutan pada tangan atau kaki timbul gatal gatal yang seringkali sangat mengganggu (*pruritus*), berat badan menurun tanpa sebab (Kemenkes RI, 2022). Dampak dari penyakit diabetes melitus meliputi peningkatan resiko untuk komplikasi kronis. Komplikasi tersebut terdiri dari komplikasi makrovaskuler yaitu penyakit arteri coroner, penyakit serebrovaskuler, hipertensi, penyakit pembuluh darah, infeksi. Kemudian komplikasi mikrovaskuler yaitu retinopati, nefropati, ulkus tungkai dan kaki, *neuropati autonomy* yaitu pupil, jantung, gastrointestinal, urogenital. Komplikasi kronis adalah penyebab utama kesakitan dan kematian pada penderita Diabetes melitus (Maria, 2021).

⁴ Komplikasi yang terjadi akibat penyakit DM dapat berupa gangguan pada pembuluh darah baik makrovaskular maupun mikrovaskular, gangguan pada sistem saraf atau neuropati, penurunan asupan nutrisi dan oksigen di pembuluh, polineuropati gangren hingga debridemen sampai amputasi. Komplikasi makrovaskular umumnya mengenai organ jantung, otak dan pembuluh darah, sedangkan gangguan mikrovaskular dapat terjadi pada mata dan ginjal. Keluhan neuropati juga umum dialami oleh pasien DM, baik neuropati motorik, sensorik ataupun neuropati otonom (PERKENI, 2021). Kondisi ini akan memunculkan beberapa masalah keperawatan antara lain ketidakstabilan glukosa darah ditandai dengan hiperglikemia dan hipoglikemia, sering lapar, sering haus, dan sering kencing terutama di malam hari. Penderita akan mengalami perfusi jaringan tidak efektif karena hiperglikemia mengakibatkan transport O₂ ke jaringan kapiler tidak terpenuhi dengan maksimal ditandai dengan CRT > 3 detik, akral teraba dingin, suhu tubuh turun (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

¹ Penanganan diabetes melitus dapat dikelompokkan dalam 5 pilar Diabetes melitus yang pertama edukasi tentang diabetes, yang kedua perencanaan makanan dan diet DM, yang ketiga latihan jasmani seperti jalan sehat, yang keempat pemberian farmakologis seperti pemberian obat dan pemberian insulin, yang kelima pemeriksaan kadar gula darah atau memonitor kadar gula darah (Sulistijo, 2021). Peran perawat sangat diperlukan dalam menangani klien dengan DM. Selain memberikan asuhan keperawatan perawat juga berperan memberikan edukasi berupa pola hidup sehat, memberikan terapi nutrisi seperti penjadwalan makan, jenis dan jumlah kandungan kalori terutama pasien yang menggunakan obat untuk meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin. Memberikan latihan fisik secara

teratur dilakukan untuk meningkatkan kontrol glukosa darah menurunkan berat badan dan meningkatkan kesehatan secara umum. Peran dalam melakukan pemberian obat sangat penting untuk mencapai target glukosa darah dan membantu mengontrol kadar gula dalam darah (Maulini e.l, 2022)

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran ¹² asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan Gangren pedis di Ruang Bima RSUD Jombang?

¹¹ 1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengambarkan asuhan keperawatan pada klien dengan mengalami Diabetes Melitus dengan Gangren pedis di Ruang Bima RSUD Jombang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran pengkajian keperawatan yang dilakukan pada klien mengalami Diabetes Melitus dengan Gangren pedis ² di Ruang Bima RSUD Jombang.
2. Mengidentifikasi gambaran diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami mengalami Diabetes Melitus dengan Gangren pedis ² di Ruang Bima RSUD Jombang.
3. Mengidentifikasi gambaran intervensi keperawatan yang dapat dilakukan terhadap pasien mengalami Diabetes Melitus dengan Gangren pedis ² di Ruang Bima RSUD Jombang.

4. Mengidentifikasi gambaran implementasi keperawatan kepada klien dengan mengalami Diabetes Melitus dengan Gangren pedis di Ruang Bima RSUD Jombang.

5. Mengidentifikasi gambaran evaluasi pada klien yang mengalami mengalami Diabetes Melitus dengan Gangren pedis di Ruang Bima RSUD Jombang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan dapat menjadi acuan dalam penatalaksanaan perawatan klien yang mengalami masalah keperawatan Nyeri akut pada Diabetes Melitus dengan Gangren pedis.

1.4.2 Manfaat Praktis

Sebagai acuan untuk meningkatkan wawasan dan keterampilan perawat dan keluarga klien saat merawat klien dengan masalah nyeri akut.



TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus adalah kumpulan gejala penyakit yang ditandai dengan gula darah yg meningkat (*hiperglikemia*). Tingginya kadar gula darah disebabkan karena penurunan produksi hormon insulin oleh kelenjar pankreas dan atau penurunan sensitivitas dari hormon insulin (retensi hormon insulin) sehingga gula tidak dapat masuk ke dalam sel tubuh dan beredar didalam darah (Misnadiarly, 2022)

Gangrene merupakan komplikasi dari penyakit diabetes melitus yang disebabkan karena kerusakan jaringan nekrosis oleh emboli pembuluh darah besar arteri bagian tubuh sehingga suplai darah terhenti. Gangrene dapat terjadi karena adanya neuropati dan gangguan vaskuler di daerah kaki. Gangren muncul di daerah kaki dalam bentuk luka terbuka yang diikuti kematian jaringan setempat (Rosa dkk, 2024).

2.1.2 Etiologi Penyakit

1. Diabetes Melitus Tipe I

- 1) Faktor genetik
- 2) Faktor Lingkungan

2. Diabetes Melitus Tipe II

Rahmasari, (2023) Menyatakan etiologi diabetes melitus tipe II yaitu :

- 1) Obesitas
- 2) Faktor genetik

- 3) Usia
- 4) Gaya hidup tidak sehat
- 5) Stress
- 6) Diabetes melitus gestasional

3. Gangren

Ulkus gangren terbentuk karena kerusakan lokal dari sebagian epidermis atau seluruh dermis. Gangren merupakan ulkus yang terinfeksi disertai dengan kematian jaringan. Adanya neuropati pada kaki diabetes memudahkan terjadinya luka pada kaki akibat trauma tajam, tumpul atau termis tanpa disadari oleh penderita, misalnya kaki tertusuk paku, gesekan sepatu dan kompres air panas.

2.1.3 Klasifikasi

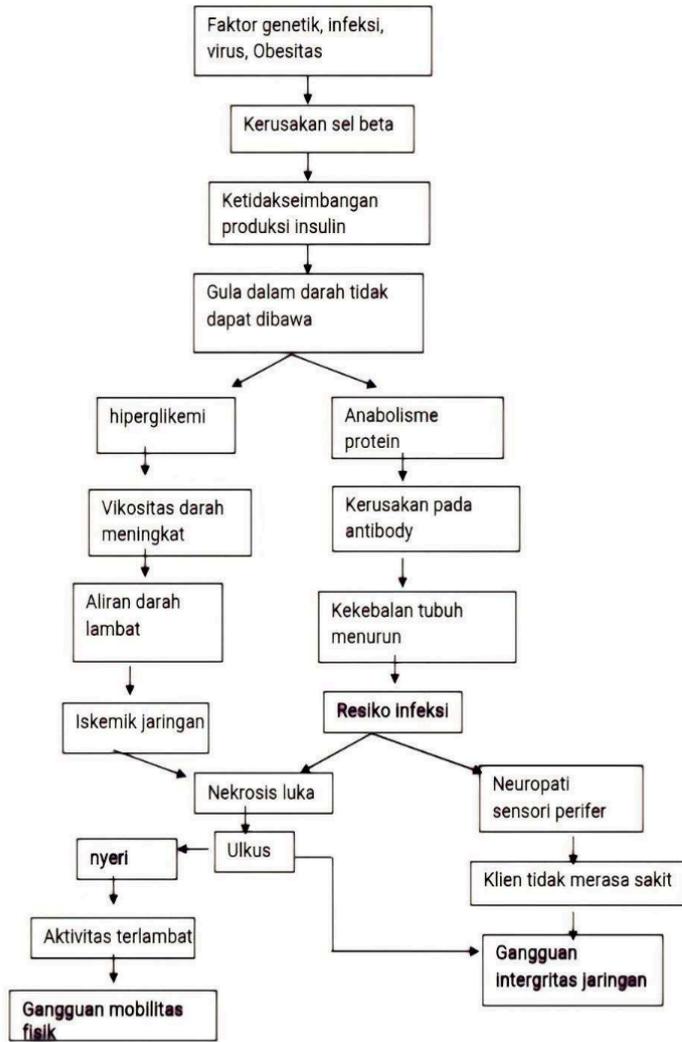
Menurut Andika, (2022) menjelaskan bahwa terdapat empat klasifikasi gangren pedis diantaranya, sebagai berikut:

1. Gangren Kering: Terjadi karena kekurangan suplai darah (iskemia) tanpa infeksi. Jaringan yang terkena menjadi kering, hitam, dan berkerut.
2. Gangren Basah: Terjadi karena kombinasi iskemia dan infeksi bakteri. Jaringan yang terkena menjadi bengkak, lembab, dan mengeluarkan nanah.
3. Gangren Gas: Disebabkan oleh infeksi bakteri Clostridium yang menghasilkan gas dalam jaringan. Jaringan yang terkena akan membengkak, mengeluarkan cairan berbau busuk, dan terasa sakit.

2.1.4 Patofisiologi

Salah satu komplikasi kronik diabetes akibat hiperglikemia akan menyebabkan penumpukan kadar glukosa pada sel dan jaringan tertentu dan dapat mentransport glukosa tanpa insulin. Glukosa yang berlebihan ini tidak akan termetabolisasi habis secara normal melalui glikolisis, tetapi sebagian dengan perantara *enzim aldose reduktase* akan diubah menjadi sorbitol. Sorbitol akan tertumpuk dalam sel/jaringan tersebut dan menyebabkan kerusakan dan perubahan fungsi. Kaki diabetik dapat timbul akibat adanya suatu kelainan pada saraf dan pembuluh darah sehingga disertai dengan proses infeksi. Kelainan saraf sensori akan terjadi hilangnya rasa yang menyebabkan penderita tidak mampu merasakan rangsangan nyeri. Luka kaki merupakan kejadian luka yang tersering pada pasien dengan diabetes. Gejala klinisnya biasanya berupa kombinasi kelainan syaraf atau pembuluh darah kemudian diikuti infeksi. Infeksi inilah kemudian menjadi luka gangrene dan memperburuk keadaan. Hal tersebut seringkali mengakibatkan kaki menjadi diamputasi.

2.1.5 Pathway



2.1 Gambar Pathway Diabetes Mellitus

2.1.6 Manifestasi klinik

Penderita gangren diabetik biasanya mengalami gangguan yang ditandai dengan rasa nyeri pada daerah kaki pada waktu istirahat/malam hari, sakit pada telapak kaki setelah berjalan kemudian hilang setelah istirahat, tidak bertahan lama, kaki terasa dingin dan luka sukar sembuh. Pada neuropati perifer didapatkan gangguan sensori dan motorik yang ditandai dengan menurunnya sensitifitas terhadap rasa panas, dingin, dan sakit (Wibowo, 2021).

2.1.7 komplikasi

Menurut Suryati, (2024) Diabetes yang tidak terkontrol dengan baik akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis

1. Komplikasi Akut.

Hipoglikemia yaitu kadar glukosa darah seseorang berada dibawah nilai (<50 mg/dl). Hipoglikemia akan lebih sering terjadi pada penderita diabetes melitus tipe 1 yang dapat satu sampai dua kali perminggu , kadar gula darah yang terlalu rendah akan menyebabkan sel otak tidak dapat pasokan.

2. Hiperglikemia

Hiperglikemia yaitu kadar gula darah mengalami peningkatan secara tiba-tiba dan berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, seperti ketoasidosis diabetik, kemolakto asidosis, koma Hiperosmoler Non Ketotik (KHNK).

3. komplikasi kronik.

- 1) Komplikasi Makrovaskuler yang biasanya berkembang pada penderita Diabetes Melitus adalah trombotik otak (pembekuan darah pada sebagian

otak), Gagal jantung kongnetif, mengalami penyakit jantung koroner (PJK), dan stroke.

- 2) Komplikasi Mikrovaskuler biasanya terjadi pada penderita diabetes melitus seperti: Nefropati, Neuropati, Diabetik retinopati (kebutaan) dan amputasi.

2.1.8 Penatalaksanaan

Berikut adalah langkah-langkah penatalaksanaan gangren Wibowo, (2021):

1. Pengobatan Infeksi:

- a. Antibiotik: Jika gangren disebabkan oleh infeksi bakteri, antibiotik (baik oral maupun intravena) akan diberikan untuk mengendalikan infeksi.
- b. Cairan dan nutrisi intravena: Pemberian cairan dan nutrisi melalui pembuluh darah (intravena) juga diperlukan untuk mendukung proses penyembuhan dan melawan efek infeksi.
- c. Transfusi darah: Dalam beberapa kasus, transfusi darah mungkin diperlukan.
- d. Debridemen: Pembersihan luka dari jaringan mati (nekrotik) dan jaringan yang terinfeksi, untuk mencegah penyebaran infeksi.
- e. Biosurgery: Penggunaan larva untuk membersihkan jaringan mati.

2. Perbaikan Aliran Darah:

- a. Operasi vaskular: Jika gangren disebabkan oleh masalah aliran darah, pembedahan mungkin diperlukan untuk memperbaiki pembuluh darah yang rusak atau menyumbat.

3. Terapi Oksigen Hiperbarik:

- a. Terapi ini dilakukan di ruangan khusus dengan tekanan oksigen tinggi untuk meningkatkan pasokan oksigen ke jaringan yang terkena gangren, membantu membunuh bakteri dan mempercepat penyembuhan.

4. Manajemen Luka:

- a. Pembersihan luka: Luka harus dibersihkan secara teratur untuk mencegah infeksi.
- b. Perawatan luka: Luka harus ditutup dengan perban steril dan diganti secara teratur.
- c. Penggunaan dressing yang tepat: Menggunakan dressing yang menjaga luka tetap lembab (*moist wound healing*) dapat membantu proses penyembuhan.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan untuk mendapatkan informasi dan data – data terkait pasien pasien yang kemudian hasil data tersebut diidentifikasi dan dikaji sesuai kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi pasien baik bio, psiko, sosio, dan kultural.

1. Identitas

Usia (Diabetes melitus tipe-1 usis <30 tahun, diabetes melitus tipe-2 usia >30 tahun, cenderung meningkat pada usia >65 tahun). ³ Jenis kelamin sebagian besar dijumpai pada perempuan dibanding laki-laki karena faktor resiko terjadi diabetes melitus pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki 2-3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan (Putra, 2023).

2. Keluhan utama

¹³ Adanya rasa kesemutan pada kaki atau tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka (Putra, 2023).

3. Riwayat penyakit sekarang

Perlu ditanyakan kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka, upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengatasinya. Diobservasi P (*provokatif*) apa penyebab timbulnya rasa nyeri, Q (*qualitas*) seberapa berat keluhan nyeri terasa, R (*region*) dimana lokasi nyerinya, S (*skala*) berapa skala nyeri termasuk nyeri ringan atau sedang atau berat, dan T (*time*) kapan keluhan nyeri dirasakan (Putra, 2023).

4. Riwayat Kesehatan dahulu

Perlu ditanyakan apakah pasien sebelumnya pernah menderita diabetes melitus atau penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin seperti penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arteriosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan (Putra, 2023).

5. Riwayat Kesehatan keluarga

Perlu ditanyakan apakah didalam satu keluarga pernah ada yang menderita penyakit diabetes melitus. Penyakit diabetes melitus keturunan dari ibu sebanyak 50% dari ayah 30%, sedangkan keturunan penyakit diabetes melitus dari kedua orangtua maka sang anak akan mengidap penyakit diabetes melitus sebanyak 80% (Putra, 2023)

6. Riwayat alergi

Perlu ditelusuri apakah pasien memiliki riwayat reaksi alergi terhadap obat-obatan, makanan.

7. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan yang dilakukan secara obyektif untuk mendapatkan data terkait kondisi pasien yang meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi. Biasanya pada bagian – bagian tertentu seperti sistem muskuloskeletal telah mengalami berbagai masalah seperti adanya jejas, jaringan nekrotik, luka, dan lain sebagainya.

- 1) Kondisi umum : Biasanya pada pasien Diabetes melitus, terlihat kelemahan, ada luka.
- 2) Kepala, dapat dilihat apakah rambut bersih atau kotor, mengalami kerontokan atau tidak, memiliki distribusi yang merata atau tidak, serta memiliki warna yang seragam atau tidak.
- 3) Mata, selama pemeriksaan mata dapat diperiksa apakah konjungtiva terlihat anemis atau tidak.
- 4) Hidung, selama pemeriksaan hidung, mungkin tidak terdapat kelainan yang mencolok.
- 5) Telinga, ketika telinga diperiksa tidak ada tanda-tanda serumen atau kondisi yang tidak normal terdeteksi.
- 6) Mulut, terlihat bibir yang kering dan retak, lidah yang tampak kotor, serta bau mulut yang hadir

8. Pemeriksaan jantung

Inspeksi : Tidak ada pengamatan yang menunjukkan adanya ictus cordis (detakan jantung) secara visual.

Palpasi : Ketika diperaba, ictus cordis dapat dirasakan di daerah ICS5 (interspace costae kelima) di tengah klavikula kiri (midklavikula sinistra).

Perkusi : Saat melakukan perkusi, terdengar suara yang peka dan tidak ada tambahan suara saat auskultasi.

- 1) Pemeriksaan pada perut menunjukkan apakah bentuknya simetris atau tidak, apakah kulitnya memiliki warna yang merata, dan tidak terdapat tanda-tanda lesi.
- 2) Pemeriksaan ekstremitas, Bagian atas dan bawah ekstremitas tubuh diperiksa untuk menilai apakah kulitnya memiliki simetris, apakah warnanya merata, apakah ada pembengkakan, benjolan, serta untuk mendeteksi apakah ada sensasi nyeri saat ditekan atau tidak.
- 3) Pemeriksaan integumen, Pemeriksaan pada kulit menunjukkan bahwa kulit memiliki warna yang merata, terutama pada bagian akral (ujung ekstremitas), serta dapat berubah antara kasar dan halus serta antara lembab dan kering.
- 4) Genetalia, pada pemeriksaan pada area genetalia, dilakukan pengecekan apakah terdapat kateter yang terpasang atau tidak, apakah ada tanda-tanda perdarahan, keberadaan rambut pubis, keberadaan lesi atau benjolan, serta apakah terdapat nyeri saat ditekan atau tidak.

9. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang digunakan untuk menguatkan status kondisi pasien seperti adanya pemeriksaan radiologi X-ray, CT-Scan dan lain sebagainya.

2.2.1 Diagnosis keperawatan

Setelah didapatkan data dari pengkajian yang dilakukan secara menyeluruh, maka dibuatlah analisa data dan membuat kesimpulan diagnosis keperawatan. Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien dengan diabetes mellitus dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dalam (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2020)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan DM
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang kurang anoreksia
4. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer
5. Risiko kekurangan cairan berhubungan dengan pendarahan

2.2.2 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Konsep intervensi keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Tingkat nyeri menurun (L.08066) Setelah dilakukan tindakan Keperawatan... diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri (1-5) 2. Meringis (1-5) 3. Gelisah (1-5) 4. Kesulitan tidur (1-5)	Manajemen Nyeri 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa

	5. Ketegangan otot (1-5)	nyeri (mis.TENS, hypnosis, akupuntu,
	6. Frekuensi nadi (1-5)	terapi music, terapi pijat, aromaterapi, tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)
		6. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
		7. Jelaskan strategi meredakan nyeri
		8. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
		9. Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam
		Kolaborasi dalam pemberian analgesic, jika perlu
2	Resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan DM	<p>Kestabilan kadar glukosa darah meningkat (L.03022)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama... diharapkan kadar Glukosa darah membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah (3) 2. Jumlah urine (4) 3. Mengantuk (4) 4. Pusing (4) 5. Lelah/lesu (4) <p>Keluhan lapar (5)</p>
		Manajemen Hiperglikemia
		1. Monitor kadar glukosa darah
		2. Berikan asupan cairan oral
		3. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga
		4. Ajarkan pengelolaan diabetes
		➤ Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
3	Defisit nutrisi berhubungan dengan intake yang kurang anoreksia	<p>status nutrisi membaik Manajemen nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan selama... diharapkan status nutrisi membaik dengan :</p> <p>Kriteria hasil :</p>
		Observasi :
		1. Identifikasi status nutrisi.
		2. Identifikasi alergi dan intoleransi

-
- | | |
|--|---|
| 1. Porsi makan yang dihabiskan. | aktivitas. |
| 2. Kekuatan otot pengunyah. | 3. Identifikasi makanan yang disukai. |
| 3. Kekuatan otot menelan. | 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient. |
| 4. Serum albumin. | 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric. |
| 5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi. | 6. Monitor asupan makanan. |
| 6. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat. | 7. Monitor berat badan. |
| 7. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat. | 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium. |
| 8. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman. | Terapeutik : |
| 9. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman. | 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan. |
| 10. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan Kesehatan. | 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet. |
| | 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. |
| | 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. |
| | 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. |
| | 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu. |
| | 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi. |

Edukasi :

1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu.
2. Anjurkan diet yang diprogramkan.

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antilemetik), jika perlu.
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

<p>4 Resiko Infeksi berhubungan dengan prosedur invasif</p>	<p>tingkat infeksi menurun L.14137 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama..... diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun (1-5) 2. Kemerahan menurun(1-5) 3. Nyeri menurun(1-5) 4. Bengkak menurun(1-5) 5. Kadar sel darah putih membaik(1-5) 	<p>Pencegahan infeksi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Teraeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan perawatan kulit pada area edema 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka
---	--	--

5 Risiko kekurangan cairan berhubungan dengan pendarahan	<p>keseimbangan cairan meningkat (L.03020)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan selama.....diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Asupan cairan meningkat 2 Output urin meningkat 3 Membrane mukosa lembab meningkat 4 Edema menurun 5 Dehidrasi menurun 6 Tekanan darah membaik 7 Frekuensi nadi membaik 8 Kekuatan nadi membaik 9 Tekanan arteri rata-rata membaik 10 Mata cekung membaik 11 Turgor kulit membaik 	<p>Pemantauan elektrolit</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit. 2. Monitor kadar elektrolit serum. 3. Monitor mual muntah dan diare 4. Monitor kehilangan cairan, jika perlu. 5. Monitor tanda dan gejala hiperkalemia. 6. Monitor tanda dan gejala hypermagnesemia. 7. Monitor tanda dan gejala hipomagnesmia. 8. Monitor tanda dan gejala hipokalsemia. 9. Monitor tanda dan gejala hipertremia. 10. Monitor tanda dan gejala hyponatremia. <p>Tergantung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien. 2. Dokumentasi hasil pemantauan jika perlu. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. <p>informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</p>
--	--	--

2.2.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi dalam proses keperawatan merupakan langkah keempat. Pada tahap ini, perawat melakukan tindakan dan aktivitas perawatan secara langsung terhadap klien. Tindakan perawatan dilaksanakan sesuai dengan rencana intervensi atau tindakan perawatan yang telah disusun atau direncanakan sebelumnya.

2.2.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam asuhan keperawatan dapat dilakukan dalam dua tahap, yaitu tahap formatif dan tahap sumatif. Evaluasi formatif adalah proses evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan berlangsung, sementara evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada akhir dari asuhan keperawatan tersebut. (Mubarag, 2023)

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP (*Subjective, Objective, Analysis, Planning*).

- a. Subyektif (S): Merujuk pada informasi yang disampaikan oleh keluarga atau pasien secara pribadi setelah intervensi keperawatan dilakukan.
- b. Obyektif (O): Mengacu pada temuan atau informasi yang diperoleh oleh perawat secara langsung setelah intervensi keperawatan telah dilakukan
- c. Analisis (A): Melibatkan evaluasi hasil yang telah dicapai dengan membandingkannya dengan tujuan yang terkait dengan diagnosis pasien.
- d. Perencanaan (P): Berdasarkan respon pasien yang diamati selama tahap evaluasi, rencana perawatan yang akan datang akan disusun.

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan **rancangan** penelitian yang digunakan sebagai pedoman dalam melakukan proses penelitian. Desain penelitian bertujuan untuk memberi penangan yang jelas dan terstruktur kepada peneliti dalam melakukan penelitiannya (Fachruddin, 2024)

Metode penelitian ini menggunakan desain studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa diabetes melitus dengan gangren pedis dengan masalah keperawatan nyeri Akut di Ruang Bima RSUD Jombang.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah atau definisi operasional mendefinisikan variable secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek (Hidayat et al., 2020)

1. Asuhan keperawatan ialah metode. perawatan langsung yang sistematis terorganisir pada bagaimana suatu kelompok atau individu merespons dan menanggapi gangguan kesehatan yang mereka alami, baik yang sebenarnya maupun yang mungkin melalui tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
2. Pasien gagren pedis merupakan pasien yang mengalami luka pada esktermitas bawah dengan masalah nyeri akut yang disebabkan oleh luka pada bagian kaki kiri dengan skala nyeri 6.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan pengambilan bagian atau keterlibatan orang dengan cara memberikan dukungan (tenaga, pikiran maupun materi) dan tanggung jawabnya terhadap setiap keputusan yang telah di ambil demi tercapainya tujuan yang telah di tentukan Bersama. partisipan pada penelitian ini yaitu 1 pasien dewasa yang terdiagnosa diabetes melitus dengan gangren pedis dengan masalah nyeri akut di ruang Bima RSUD Jombang dengan kriteria yaitu :

1. Pasien laki-laki/perempuan
2. Pasien dengan kesadaran composmentis
3. Pasien dan keluarganya yang bersedia menjadi responden
4. Pasien dengan usia 35-60

3.4 Lokasi dan Waktu penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruang Bima RSUD Jombang di jl. KH. Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen, Kabupaten Jombang.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dilakukan pada bulan juli 2024 yang di dasarkan pada pemberian asuhan keperawatan pada periode sebelumnya.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah cara agar memperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, berikut ini metode pengumpulan data sebagai berikut:

1. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah kegiatan mencari data dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, agenda dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati. Dalam kasus ini peneliti menggunakan studi dokumentasi berupa lembar asuhan keperawatan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data merupakan hasil data dengan validitas tinggi yang sudah diuji kualitas data. Uji keabsahan data selain integritas peneliti dilakukan dengan:

1. Triangulasi merupakan Teknik pengumpulan data yang sifatnya menggabungkan berbagai data dan sumber yang telah ada yang bersumber dari 3 data lain yaitu pasien lain yang memiliki masalah keperawatan sama dengan klien, perawat yang merawat pasien pada saat itu dan teman sejawat yang pada saat dulu mengelola pasien yang sama digunakan sebagai sumber informasi tambahan yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa data

Analisa data merupakan pengumpulan data yang dilakukan dengan menganalisis laporan asuhan keperawatan, analisis dilakukan setelah semua data dikumpulkan. Analisis data mengumpulkan data, membandingkannya dengan teori yang ada, dan memberikan pendapat untuk dibahas. Analisis dilakukan dengan memberikan penjelasan tentang jawaban penelitian yang ditemukan melalui interpretasi data mendalam yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian. Penelitian ini menganalisis data dalam beberapa langkah:

1) Pengumpulan informasi

Pengumpulan informasi dilakukan dengan studi dokumentasi yang digunakan untuk mengumpulkan data hasilnya akan dicatat dalam bentuk laporan hasil dan pembahasan. Data dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi termasuk dalam kategori ini.

2) Mereduksi data

Informasi yang terhimpun dari lapangan di analisis, dicatat ulang dalam bentuk laporan atau deskripsi yang lebih terperinci, disatukan dalam laporan, dan diklasifikasikan menjadi data subjektif dan objektif. Hasil dari evaluasi ini digunakan untuk menganalisis data.

3) Pembahasan

Data yang ditemukan kemudian didiskusikan, bandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya, dan lakukan perbandingan teoretis antara perilaku kesehatan.

4) Kesimpulan

Kesimpulan penelitian ini dilakukan untuk membandingkan data dengan temuan dari sebelumnya dengan mempertimbangkan teori tentang proses keperawatan serta proses kesehatan data yang terkumpul mencakup pengkajian, diagnostik, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan suatu seperangkat aturan prinsip- prinsip etik yang disepakati Bersama menyangkut hubungan antara peneliti di satu sisi dan semua yang terlibat dalam penelitian.

1) *Anonymity* (tanpa nama)

Permasalahan moral keperawatan adalah pada saat melakukan studi kasus, nama responden tidak ditulis atau ²disajikan, hanya kode-kode yang ditulis pada lembar pendataan dan disajikan hasil penelitiannya.

2) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Peneliti laporan kasus menjamin kerahasiaan semua informasi yang dikumpulkan.



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Bima RSUD Jombang Jl. KH. Wahid Hasyim No.52, Kepanjen, Kecamatan Jombang, kabupaten Jombang, Jawa Timur. Secara umum ruang Bima memiliki dua Kawasan timur dan barat yang terdiri dari ruang perawatan kelas 1, kelas 2, kelas 3, dan ruang Tetanus.

4.1.2 Karakteristik partisipan

Tabel 4.1 Identitas Klien

Identitas Klien	Hasil/Data
Nama	Ny.S
Umur	41 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan
Agama	Islam
Pendidikan	SMA
Pekerjaan	Ibu rumah tangga
Alamat	Diwek, Jombang
Status Pernikahan	Menikah
Tanggal Masuk	3 November 2024
Tanggal Pengkajian	4 November 2024
Diagnosa Medis	DM, Gangren pedis.

Sumber : Data Primer, 2024

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Tabel 4.2 Riwayat kesehatan

Riwayat Kesehatan	Hasil/Data
Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri di kaki kiri
Riwayat Kesehatan Sekarang	Pasien mengatakan nyeri di kaki kiri sehingga kakinya sulit bergerak.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien mengatakan sebelumnya dirawat di RSNU jombang

Riwayat Kesehatan Keluarga	kemudian dirujuk ke IGD RSUD Jombang pada tanggal 30 Oktober 2024 pada jam 18.30 kemudian dilakukan Tindakan utama pemasangan infus setelah dibawa di ruang Bima. Keluarga klien mengatakan tidak memiliki riwayat DM
----------------------------	--

Sumber : Data Primer 2024

Tabel 4.3 pola fungsi kesehatan

Pola Fungsi Kesehatan	Pengkajian	Hasil/Data
Persepsi dan pemeliharaan Kesehatan	Merokok : jumlah, jenis, ketergantungan	Klien mengatakan tidak merokok dan klien tidak memiliki ketergantungan
	Alkohol : Jumlah, jenis, ketergantungan	Klien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol
	Obat-obatan : jumlah, jenis, ketergantungan	Klien mengatakan tidak mengonsumsi obat-obatan
	Alergi	Klien mengatakan tidak memiliki alergi
	Harapan dirawat di RS	Bisa cepat sembuh
Nutrisi dan Metabolik	Pengetahuan tentang penyakit	Klien mengetahui tentang penyakitnya
	Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan	Klien mengatakan mengetahui keamanan dan keselamatan
	Jenis diet	TKTP 1
	Diet/pantangan	Tidak ada/Setengah nasi
	Jumlah porsi	TKTP Menurun
	Nafsu makan	Tidak ada kesulitan menelan
	Kesulitan menelan	menelan
	Jumlah cairan/minum	850 ml perhari
	Jenis cairan	Air putih
	Data lain	Tidak ada
Aktivitas dan Latihan	Makan/minum	Dibantu orang
	Mandi Toileting	Dibantu orang
	Berpakaian	Dibantu orang
	Berpindah	Dibantu orang
	Mobilisasi di tempat tidur dan ambulasi ROM	Dibantu orang
	Alat bantu	Dibantu orang
	Data lain	Tidak ada
	Keluarga mengatakan aktivitas dibantu,	
	klien hanya tampak berbaring di tempat tidur	
Tidur dan Istirahat	Kebiasaan tidur	Klien mengatakan lebih sering memejamkan mata
	Lama tidur	Klien mengatakan lebih sering memejamkan mata
	Masalah tidur	Klien mengatakan tidak ada masalah tidur

Eliminasi	Kebiasaan defekasi	Klien mengatakan tidak pasti
	Pola defekasi	1-2x sehari
	Warna feses	Kuning kecoklatan
	Kolostomi	Tidak ada kolostomi
	Kebiasaan miksi	Klien mengatakan tidak pasti
	Warna urine	Kuning keruh
	Jumlah urine	500 ml
Pola persepsi diri (konsep diri)	Harga diri	klien mengatakan harapan dirawat ingin cepat sembuh dan melakukan kegiatan seperti biasanya
	Peran	seorang ibu rumah tangga
	Identitas diri	klien mengatakan sebagai seorang istri dan ibu
	Ideal diri	klien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya
	Penampilan	bersih
	koping	klien mengatakan sebelum sakit melakukan pekerjaan sendiri tapi setelah sakit klien membutuhkan bantuan
Sistem peran	Peran saat ini	seorang ibu bersih
	Penampilan peran	klien mengatakan sistem pendukungnya adalah keluarga
	Sistem pendukung	klien mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya saat di tanya
	Interaksi dengan orang lain	klien tidak berhubungan karena sakit
Seksual dan Reproduksi	Frekuensi hubungan seksual	klien tidak berhubungan karena sakit
	Hambatan hubungan seksual	klien tidak berhubungan karena sakit
Kognitif perseptual	Kadaan mental	klien mengatakan selalu mendapatkan dukungan mental dari keluarga untuk cepat sembuh
	Berbicara	klien bisa berbicara secara normal
	Kemampuan memahami	klien dapat memahami Ketika di ajak bicara
	Ansietas	klien mengatakan gelisah/ cemas karena luka di kakinya
	Pendengaran	klien tidak memiliki gangguan pada pendengaran
	Penglihatan	klien tidak memiliki gangguan penglihatan tidak

Nilai dan Keyakinan	Nyeri Agama yang dianut Nilai/keyakinan terhadap penyakit	ada nyeri Islam Klien mengatakan meyakini bahwa Allah akan memberikan kesembuhan
---------------------	---	--

Sumber: Data Primer, 2024

Tabel 4.4 pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik	Pengkajian	Hasil/data
Vital sign	Tekanan darah Suhu Kesadaran GCS	130/80 mmHg 36,8 ºC Composmentis 4/5
Kadaan umum	Status gizi Berat badan Tinggi badan Sikap	Normal 45 kg 155 cm Gelisah
Pemeriksaan fisik Kepala	Warna rambut Kuantitas rambut Tekstur rambut Kulit kepala Bentuk kepala Konjungtiva	hitam kasar Bergelombang Bersih Simetris Tidak anemis
Mata	Sclera Reflek pupil Bola mata Bentuk telinga	Putih Isokor Normal Normal
Telinga	Kesimetrisan Pengeluaran cairan	Simetris Tidak ada pengeluaran cairan
Hidung dan Sinus	Bentuk hidung	Simetris
Mulut dan Tenggorokan	Warna Bibir Mukosa Gigi Lidah	Sawo matang Kering bersih Kering Bersih Bersih
Leher	Palatum Faring Bentuk Warna Posisi trakea Pembesaran tiroid	Sedikit kotor Normal Pendek Sawo matang Ditengah Tidak ada pembesaran tiroid
Thorax	JVP Paru-paru : Bentuk dada Frekuensi nafas Jenis pernafasan Pola nafas Retraksi dada Irama nafas Ekspansi paru Vocal premitus	Normal Normal chest 20x/menit Perut Takipnea Simetris kanan kiri Ireguler Simetris kanan kiri Terdapat vocal premitus

	Nyeri	Tidak ada nyeri
	Batas paru	ICS 7
	Suara nafas	Normal
	Jantung :	
	Ictus cordis	ICS 4
	Nyeri	Tidak ada nyeri
	Batas jantung	Batas ICS 4, batas kanan pada linea parasternalis kanan
Abdomen	Bentuk perut	Cembung
	Warna kulit	Sawo matang
	Lingkar perut	90 cm
	Massa	Tidak terdapat massa
	Acites	Tidak terdapat massa
	Nyeri	Tidak terdapat nyeri
Genetalia	Bising usus	Normal
	Kondisi meatus	Normal tidak ada kelainan
	Kelainan skrotum	Gerakan normal
Ekstermitas atas	Kekuatan otot	Normal 5/5
	Turgor	CRT < 2 detik
	Odem	Tidak ada odem
	Nyeri	Tidak ada nyeri
	warna kulit	Sawo matang
	Akral	Hangat
	Sianosis	Tidak terdapat sianosis
	Parese	Tidak ada gangguan
	Alat bantu	Tidak menggunakan alat
Ekstermitas bawah	Kekuatan otot	Kekuatan otot kaki kanan 5 dan kaki kiri 4
	Turgor	CRT < 2 detik
	Odem	Terdapat bengkak pada kaki kiri
	Nyeri	Nyeri dikaki kiri skala nyeri 6
	warna kulit	Kemerahan terdapat pus minimal dibagian luka kaki kiri luas luka ±5cm
	Akral	Hangat
	Sianosis	Tidak terdapat sianosis
	Parese	Tidak ada gangguan
	Alat bantu	Tidak menggunakan alat

Tabel 4.5 Hasil pemeriksaan penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil
Radiologi	YTH
Tanggal 3 November 2024	X FOTO THORAX COR : Bentuk dan letak normal Pulmo : Corakan Broncovaskuler Merapat Tak tampak bercak maupun nodul pada kedua lapangan paru

Laboratorium	Darah lengkap :	Hasil lab :	Nilai normal:
Tanggal 3 November 2024	Glukosa darah sewaktu	204	100 - 140
	PT	13	11-15
	APTT	30	25-35
	Hemoglobin	10.6	11.7-15.5
	Leukosit	25.51	3.6-11
	Hematokrit	32.4	35-47
	MCV	73.6	82-92
	MCH	24.1	27-31
	RDW-CV	15.1	11.5-14.5
	Trombosit	476	150-440
	Segmen	85	50-70

Sumber : Radiologi dan Laboratorium RSUD Jombang 2024

Tabel 4.6 Terapi Medis

Terapi medis	Dosis pemberian
Infus pz	14 TPM
Injeksi ceftriaxone	2x1 gr 3x10 mg
Injeksi metoclopramide	3x500 mg 3x400 mg
Injeksi metronidazole	3x1
Injeksi peinos	3x1
KSR tab	
Analsik tab	

Tabel 4.7 Analisa data

Analisa Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
<p>DS : Klien mengatakan nyeri dikaki sebelah kiri dikarenakan adanya luka gangrene pada kaki sebelah kiri P: akibat luka dm R: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk di bagian kaki kiri daerah luka saja S: skala nyeri 6 T: nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>DO : - Klien tampak meringis - Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) - Klien tampak gelisah - Tampak luas luka ±5cm berwarna kemerahan dan terdapat pus minimal - Klien tampak kesulitan tidur - Tanda-tanda vital; TD:130/80 mmhg N:88x\mnt S:36,8C RR:20x\mnt SPO2:98%</p>	<p>Agen pencedera Fisiologis</p>	<p>Nyeri Akut</p>
DS :	Neuropati	Gangguan integritas

Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri perifer kulit/jaringan dengan skala nyeri 6 dikarenakan adanya luka

DO :

- luas luka ±5cm dengan adanya pus minimal dibagian luka
- pasien tampak menahan nyeri
- tanda-tanda vital :
 TD:130/80 mmhg N:88x/mnt
 S:36,8C RR:20x/mntSPO2:98%

DS:

- Klien mengatakan nyeri di kaki kiri dikarenakan adanya luka
- Klien mengatakan mudah Lelah, dan mudah mengantuk
- klien mengatakan pusing
- klien mengatakan mudah lapar

Hiperglikemia Resiko ketidakstabilan kadar glukosa

DO:

- kadar glukosa dalam darah tinggi. Hasil lab glukosa darah 204 mg/dl

tanda-tanda vital :

TD:130/80 mmhg N:88x/mnt
 S:36,8C RR:20x/mnt SPO2:98%

Sumber : Data Primer, 2024

1). Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer
3. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan hiperglikemia

2). Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi menurun(5) 2. Pola napas menurun (5) 3. Keluhan nyeri menurun (5)	5. Manajemen nyeri 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Control lingkungan yang mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

	4. Meringis menurun (5) 5. Gelisah (5) 6. Kesulitan tidur (5)	6. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	integritas kulit/jaringan meningkat L.14125 Setelah ⁵ dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun (5) 2. Kerusakan lapisan kulit menurun (5)	Perawatan Luka (L14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari 11. Beri ³⁰ suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi 12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu Manajemen Hiperqlikemia 1. Monitor kadar glukosa darah 2. Berikan asupan cairan oral
Resiko ketidakstabilan gllukosa berhubungan dengan hiperglikemia	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar	

glukosa membaik	darah	3. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga
kriteria hasil:		4. Ajarkan pengelolaan diabetes
1. Koordinasi meningkat (5)		5. kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
2. Mengantuk menurun (5)		
3. Pusing menurun (5)		
4. Lelah/lesu menurun (5)		
5. Rasa lapar menurun (5)		
6. Kadar glukosa dalam darah membaik (5)		

Sumber : SDKI, SLKI, SIKI 2020

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan

No	Hari/tanggal	Jam	Tindakan keperawatan	TTD
1	Kamis 4/11/2024	08.00	1. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri di bagian kaki kiri, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.	
		08.15	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 6, dirasakan terus menerus jika digerakan	
		09.00	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : ekspresi wajah tampak meringis Ketika digerakan, klien bersikap protektif	
		09.15	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil : klien mengatakan memperingan nyeri ketika beristirahat dan tidak banyak melakukan pergerakan	
		09.40	5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam Hasil : pasien memahami dan mampu melakukan Teknik relaksasi napas dalam	
		10.00	6. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : pasien memahami dan mampu melakukan Teknik relaksasi napas dalam	
		10.05	7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : pasien mengatakan nyaman dengan tirai tertutup	
		10.10	8. Memberikan analgetic	

Hasil : diberikan sesuai anjuran dokter			
2	Kamis 4/11/2024	08.00	1. Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) Hasil : luas luka \pm 5cm terlihat kemerahan dan ada pus minimal
		08.30	2. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan Hasil : balutan dan plester telah di lepas terdapat rembesan
		08.40	3. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil : tidak memegang benda yang non steril
3	Kamis 4/11/2024	08.00	1. Memonitor kadar glukosa darah, Hasil : cek gda 204mg/dl
		08.40	2. Memberikan asupan cairan oral Hasil : diberikan sesuai anjuran dokter
		08.45	3. Menganjurkan kepatuhan terhadap Hasil : mengosumsi makanan berkalori dan protein seperti sayuran
		09.00	4. Kolaborasi pemberian cairan IV
4	Jum'at 5/11/2024	08.00	1. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri di bagian kaki kiri, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.
		08.30	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 5, dirasakan terus menerus jika digerakan
		08.45	3. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam Hasil : pasien memahami dan mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam
5	Jum'at 5/11/2024	09.00	1. Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) Hasil : luas luka \pm 5cm terlihat kemerahan dan ada pus minimal
		09.15	2. Melepas balutan dan plester secara perlahan Hasil : balutan dan plester telah di lepas terdapat rembesan
		09.30	3. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil : tidak memegang benda yang non steril
6	Jum'at 5/11/2024	08.45	1. Memonitor kadar gula darah Hasil : cek gda 200mg/dl

		09.00	2. Memberikan cairan oral Hasil : diberikan sesuai anjuran dokter
		09.06	3. Memberikan cairan oral Hasil : diberikan sesuai anjuran dokter
		09.15	4. Anjurkan kepatuan diet Hasil: mengosumsi makanan berkalori dan protein seperti sayuran
7	Sabtu 6/11/2024	09.00	1. Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri di bagian kaki kiri, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.
		09.05	2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 4, dirasakan terus menerus jika digerakan
		09.15	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : ekspresi wajah tampak meringis Ketika digerakan, klien bersikap protektif
		09.30	4. Memberikan analgetic Hasil : diberikan sesuai anjuran dokter
8	Sabtu 6/11/2024	09.42	1. Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) Hasil : luas luka ± 5cm terlihat kemerahan dan ada pus minimal
		09.45	2. Melepas balutan dan plester secara perlahan Hasil : balutan dan plester telah di lepas terdapat rembesan
		09.50	3. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil : tidak memegang benda yang non steril
9	Sabtu 6/11/2024	10.00	1. Memonitor kadar gula darah Hasil : cek gda 200mg/dl
		10.15	2. Memberikan cairan oral Hasil : diberikan sesuai anjuran dokter
		10.20	3. Memberikan cairan oral Hasil : diberikan sesuai anjuran dokter
		10.45	4. Anjurkan kepatuan diet Hasil: mengosumsi makanan berkalori dan protein seperti sayuran

Sumber : Data primer 2024

4). Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan

No	No Dx	Hari/tanggal	jam	Evaluasi	TTD
1	D.0077	Kamis 3/11/2024	12.00	S : klien mengatakan nyeri di bagian kaki Kiri P: akibat luka dm Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: di bagian kaki kiri daerah luka saja S: skala nyeri 6 T: nyeri dirasakan hilang timbul O : 1. Klien tampak meringis 2. Klien masih terlihat gelisah 3. Klien kesulitan tidur 4. Klien bersikap protaktif 5. Tanda-tanda vital : TD : 130/80 mmhg N : 88x/mnt S : 36,8 R : 20x/mnt Spo2 : 98% A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
2.	D.0129	Kamis 3/11/2024	12.30	S : O : terlihat luas luka ± 5cm terlihat kemerahan dan ada pus minimal A: masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi P :intervensi dilanjutkan	
3	D.0038	Kamis 3/11/2024	13.00	S : pasien mengatakan mudah lelah O : Hasil cek gda 200mg/dl A : resiko ketidakstabilan gula darah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
4	D.0077	Jumat 4/11/2024	13.00	S : klien mengatakan masih merasakan nyeri di kaki kiri P: akibat luka dm Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: di bagian kaki kiri daerah luka saja S: skala nyeri 5	

				T: nyeri dirasakan hilang timbul
				O : 1. Klien tampak meringis 2. Klien masih terlihat gelisah 3. Klien kesulitan tidur 4. Klien bersikap protektif 5. Tanda-tanda vital : TD : 130/80 mmhg N : 88x\mnt S : 36,8 RR : 20x\mnt Spo2 : 98% A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
5	D.0129	Jumat 4/11/2024	13.30	S : O : terlihat luas luka ± 5cm terlihat kemerahan dan ada pus minimal A: masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi P :intervensi dilanjutkan
6	D.0038	Jumat 4/11/2024	14.00	S : pasien mengatakan mudah lelah O : Hasil cek gda 200mg/dl A : resiko ketidakstabilan gula darah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan
7	D.0077	Sabtu 5/11/2024	08.00	S : klien mengatakan nyeri mulai berkurang P: akibat luka dm Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: di bagian kaki kiri daerah luka saja S: skala nyeri 4 T: nyeri dirasakan hilang timbul O : 1. Klien tampak meringis berkurang 2. Klien gelisah berkurang 3. Klien kesulitan tidur 4. Klien bersikap protektif 5. Tanda-tanda vital : TD : 130/80 mmhg N : 88x\mnt S : 36,8 RR : 20x\mnt Spo2 : 98%

8	D.0129	Sabtu 5/11/2024	08.45	A : masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan S : O : terlihat luas luka ± 5cm terlihat kemerahan dan ada pus minimal A: masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi P :intervensi dilanjutkan
9	D.0038	Sabtu 5/11/2024	09.00	S : pasien mengatakan mudah lelah O : Hasil cek gda 200mg/dl A : resiko ketidakstabilan gula darah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan

Sumber : Data Primer 2024

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 4 November 2024 pukul 13.00 WIB pada klien Ny.S dengan melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik di dapatkan data yaitu Ny.S berusia 41 tahun pasien saat ini didiagnosa Diabetes melitus dengan Gangren pedis oleh dokter. Keluhan utama: klien mengatakan merasa nyeri di kaki kiri karena adanya luka ganggren dikaki sebelah kiri, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan skala nyeri 6. Pengkajian pada data objektif pasien tampak meringis menahan nyeri, bersikap protektif, dan tampak gelisah. Dari pengkajian tersebut diperoleh diagnosa nyeri akut. Kemudian terlihat luas luka ±5cm dengan adanya pus minimal dibagian luka, terdapat bengkak dikaki sebelah kiri, luka berwarna kemerahan. Dari pengkajian tersebut didapatkan diagnosa gangguan integritas kulit dan jaringan. Klien juga mengatakan mudah lelah, mengantuk, sering merasakan pusing dan mudah lapar. Hasil TTV klien: TD: 130/80mmHg, S: 36,8C, RR: 20x/menit, SPO2:

98%. Hasil lab glukosa darah 204mg/dl. Dari pengkajian tersebut didapatkan diagnosa resiko ketidakstabilan kadar glukosa.

Peneliti terdahulu mengatakan nyeri akut yang disebabkan oleh gangren merupakan respon normal dikarenakan adanya luka yang terbuka. Salah satu komplikasi diabetes melitus adalah gangren diabetes. Gangrene diabetes ini disebabkan oleh infasi luka pada fase lanjut yang dikarenakan perawatan yang kurang intensif atau perubahan degenerative. Gejala gangren dengan nyeri biasa di tandai dengan rasa menusuk, tajam, atau berdenyut di area yang terkena sehingga menyebabkan kehilangan sensasi dan menjadi mati (Widiyono, 2021). Metode yang digunakan untuk menilai nyeri dalam praktik medis atau keperawatan adalah *Provoking* (pemicu), *Quality* (kualitas), *Region* (lokasi), *Severity* (Keparahan) dan *Time* (Waktu) disebut juga PQRST. Menurut penelitian (So'emah, 2023) Diabetes mellitus yang tidak terkontrol dengan baik dapat menimbulkan berbagai komplikasi salah satunya yaitu ulkus diabetikum. Ulkus diabetikum merupakan luka terbuka pada lapisan kulit sampai ke dalam dermis. Komplikasi ini dapat terjadi karena adanya hiperglikemia dan neuropati yang mengakibatkan berbagai perubahan pada kulit dan otot, sehingga terjadi ketidakseimbangan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya ulkus yang menyebabkan gangguan integritas kulit/jaringan. Tanda gejalanya yaitu adanya kerusakan jaringan atau kerusakan lapisan kulit. Hiperglikemia adalah glukosa darah lebih besar dari 125 mg/dL saat puasa dan lebih dari 180 mg/dL 2 jam postprandial. Seorang pasien mengalami gangguan toleransi glukosa, atau pra-diabetes, dengan glukosa plasma puasa 100 mg/dL sampai 125 mg/dL. Seorang

pasien disebut diabetes dengan glukosa darah puasa lebih dari 125 mg/dL. Hiperglikemia yang tidak terkontrol menyebabkan masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa dengan tanda dan gejala mudah Lelah, kadar glukosa tidak stabil, mudah pusing dan mengantuk. (Lutfi, 2019)

Peneliti berpendapat munculnya keluhan berupa nyeri terkait luka diabetik merupakan tanda yang umum terjadi pada klien Diabetes Melitus dengan Gangren, nyeri disebabkan luka yang terbuka dan adanya inflamasi sehingga pasien merasakan nyeri, protektif terhadap luka, gelisah, dan terlihat meringis. Pasien gangren juga mengalami gangguan integritas kulit/jaringan dikarenakan adanya kerusakan di kulit yang menyebabkan luka, dimana kondisi pasien mengalami gangrene dikaki sebelah kiri dengan luka seluas 5cm terlihat kemerahan, bengkak dengan pus minimal. Gangren sulit disembuhkan secara tuntas dikarenakan kadar gula dalam darah tinggi, sehingga luka sulit kering dan sulit sembuh yang. Sehingga pasien diabetes dengan gangrene umumnya memiliki masalah keperawatan nyeri akut, gangguan integritas kulit/jaringan dan resiko ketidakstabilan kadar glukosa. pasien beresiko mengalami ketidakstabilan gula darah karena beberapa penyebab yaitu karena gangguan pengeluaran insulin yang membantu mengatur kadar gula darah. Ketidakmampuan untuk memproduksi insulin dengan baik dapat menyebabkan ketidakstabilan gula darah.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien berdasarkan Analisa data dari hasil pengkajian dan hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan menunjukkan masalah pertama yang dialami klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen

pencedera fisiologis. Penyebab terjadinya masalah nyeri akut yaitu adanya luka gangren pada penderita diabetes melitus dimana saat pengkajian peneliti menanyakan keluhan utama klien adalah nyeri dibagian kaki kiri karena luka gangrene dengan skala nyeri 6 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. Dari data objektif didapatkan pasien meringis menahan nyeri, gelisah, bersikap protektif. Diagnosa keperawatan kedua yang muncul pada klien yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan gangguan neuropati perifer. Penyebab terjadinya masalah gangguan integritas kulit/jaringan yaitu karena adanya luka gangren seluas 5cm, tampak kemerahan, bengkak dan terdapat pus minimal. Diagnosa keperawatan yang ke tiga yaitu resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemi. Penyebab terjadinya resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu karena hasil lab glukosa klien 204mg/dl

Menurut peneliti terdahulu nyeri akut adalah nyeri yang muncul secara tiba-tiba dan biasanya memiliki durasi yang relatif singkat, meskipun intensitasnya bisa sangat tinggi. Ini seringkali merupakan respons terhadap cedera, infeksi, atau kondisi medis mendasar yang merusak jaringan tubuh, seperti luka, fraktur, atau infeksi. Dalam konteks diabetes mellitus dan gangren, nyeri akut dapat terjadi karena iskemia jaringan atau infeksi yang mengiritasi reseptor nyeri dan menyebabkan rasa sakit yang mendalam dan intens (Agus, 2024). Menurut (Vianki, 2021) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan adalah Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen. dengan tanda dan gejala mayor : Kerusakan

jaringan dan/atau lapisan. tanda dan gejala minor : Perdarahan, Kemerahan, Hematoma. Menurut (Andaresta *et al.*, 2022) resiko ketidakstabilan gula darah adalah adanya darah naik/turun dari rentang normal. dengan **tanda dan gejala mayor** : Palpitasi, Mengeluh lapar, Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi, **tanda dan gejala minor** : Mulut kering, haus meningkat. Peningkatan kadar gula darah disebabkan oleh gangguan homeostasis regulasi gula darah. Pelepasan insulin pada tahap awal, resistensi insulin, serta kenaikan kadar gula darah post prandial, diantara ketiga kendala tersebut yang sangat berperan adalah resistensi insulin.

Menurut peneliti diagnosa yang diambil oleh peneliti sudah sesuai dengan teori yang ditemukan data yang mendukung ditegakkannya diagnosa nyeri akut dengan kriteria frekuensi nadi meningkat, pola napas, adanya keluhan nyeri , meringis, gelisah dan kesulitan tidur, hingga merasakan rasa sakit yang mendalam. Pada diagnosa keperawatan yang ke dua peneliti berpendapat bahwa diagnosa kedua yang diambil sudah tepat karena data yang ditemukan sesuai dengan teori tersebut dan masalah ini mengganggu kenyamanan pasien dan juga berisiko terjadinya sepsis apabila tidak segera diatasi. Penulis mengangkat masalah keperawatan ketiga yaitu resiko ketidakstabilan kadar glukosa ini karena didapatkan data mayor subjek studi kasus menunjukkan terjadinya resiko ketidakstabilan glukosa darah hal ini ditunjukan pada subjek mengeluh lesu, pusing dan GDS tinggi. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah diambil peneliti menjadi diagnosis keperawatan dengan mempertimbangkan kondisi klinis subjek studi kasus.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Peneliti merancang intervensi dalam penelitian ini dengan harapan ⁵ setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam masalah tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun dan bersikap protektif menurun. Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien adalah manajemen nyeri akut dengan menekankan pada poin terapeutik mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengatasi masalah nyeri akut yang di alami klien dengan melakukan teknik relaksasi napas dalam. Intervensi yang dilakukan pada Ny.S dengan ⁵ masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (gangren) adalah ¹⁰ identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi factor yg memperberat dan memperingan nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik, ⁵ berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam), fasilitasi istirahat tidur, jelaskan penyebab nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik. Peneliti merancang intervensi keperawatan diagnosa kedua yaitu ²⁷ gangguan integritas kulit/jaringan dengan harapan ⁵ setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam ⁵ integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan kulit menurun. Intervensi untuk diagnosa gangguan integritas kulit dengan tujuan integritas kulit dan jaringan meningkat yaitu dengan menerapkan intervensi perawatan luka meliputi monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda vital, melepaskan balutan dan plester secara

perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka. Intervensi pada diagnosa ketiga yaitu resiko ketidakseimbangan kadar glukosa darah dengan tujuan kestabilan kadar glukosa darah meningkat. Pada masalah keperawatan ke tiga yaitu resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah, penulis merencanakan tindakan keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil: Lelah/lesu menurun, Mulut kering menurun, Rasa haus menurun, Kadar glukosa dalam darah membaik, Jumlah urine membaik (Ppni, 2019). Intervensi yang dilakukan yaitu dengan menerapkan intervensi manajemen hiperglikemia meliputi monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, mengajarkan pengelolaan diabetes, kolaborasi pemberian insulin dan kolaborasi pemberian cairan IV.

Menurut teori (Ppni, 2019) setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut, gangguan integritas kulit, resiko ketidakstabilan kadar glukosa dapat teratasi dengan kriteria hasil: keadaan umum membaik, pasien tidak meringis menahan nyeri, keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, nafsu makan membaik dan perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan dan kulit menurun, nyeri menurun, nekrosis menurun, jaringan granulasi meningkat edema pada luka menurun, kadar glukosa darah membaik. Intervensi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa

nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik dengan dokter, memonitor karakteristik luka seperti drainase, warna, ukuran, bau, memonitor tanda-tanda infeksi, melakukan peratan luka, memonitor kadar glukosa, mengkolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik dan mengkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet Diabetes Melitus (Ppni, 2019).

Menurut peneliti intervensi keperawatan yang diberikan pada klien sudah sesuai dengan teori yaitu manajemen nyeri akut diberikan pada klien dengan menekankan pada point terapeutik mengajarkan Teknik non farmakologis berupa teknik tarik napas dalam. Intervensi yang dilakukan pada Ny.S dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (gangren) adalah identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi factor yg memperberat dan memperingan nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam), fasilitasi istirahat tidur, jelaskan penyebab nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi dengan dokter pemberian analgetic. Peneliti berpendapat terkait intervensi keperawatan diagnosa kedua, keperawatan yang diberikan pada klien sudah sesuai dengan teori yaitu perawatan luka diberikan pada klien dengan menekankan pada point observasi dan terapeutik memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau), melepaskan balutan dan plester secara perlahan merawat luka dengan mempertahankan teknik steril, dan pembalutan luka yang efektif dan tepat. Menurut peneliti intervensi

keperawatan ke tiga yang diberikan pada klien sudah sesuai dengan teori yaitu manajemen hiperglikemi diberikan pada klien dengan menekankan pada point observasi dan terapeutik. Memonitor kadar glukosa, memberikan asupan cairan oral, menganjurkan kepatuhan diet dan berkolaborasi pemberian cairan IV agar glukosa darah pasien tetap normal dan stabil.

² 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan ² adalah bentuk tindakan dari perencanaan atau intervensi yang telah dibuat. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dapat direalisasikan dan ada pendokumentasian berupa foto luka gangren pada saat melakukan perawatan luka. Dalam melaksanakan implementasi keperawatan ini ada beberapa faktor yang mendukung jalannya implementasi. Hal-hal yang mendukung jalannya implementasi keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan ⁷ dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan dan penerimaan ³ adanya penulis. Pelaksanaan keperawatan telah diberikan kepada klien sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Implementasi yang diberikan selama tiga hari yaitu mengidentifikasi ³ lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memonitor efektifitas analgetik, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya. Relaksasi napas dalam), menetapkan target efektifitas analgeseik untuk mengoptimalkan respons pasien, mendokumentasikan respons terhadap efek analgesik, menganjurkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan berkolaborasi pemberian dosis

dan jenis analgesik, sesuai indikasi dan berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. Pada diagnosa kedua yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. Implementasi yang diberikan selama tiga hari yaitu memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) melepaskan balutan dan plester secara perlahan, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. Pada hari kedua dan ketiga implementasi yang dilakukan yaitu memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) melepaskan balutan dan plester secara perlahan, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka. Diagnosa ketiga resiko ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan hiperglikemia. Implementasi yang diberikan pada hari kesatu sampai dengan hari ke tiga yaitu Memonitor kadar glukosa darah, memberikan asupan cairan oral, menganjurkan kepatuhan terhadap diet, berkolaborasi pemberian cairan IV.

Menurut (Sari et al., 2021) keperawatan manajemen nyeri dan perawatan luka dilakukan secara bertahap dalam 3-5 hari perawatan pertama dikarenakan menyesuaikan kondisi dengan keluhan utama yang muncul pada saat pengkajian sehingga petugas akan memberikan perawatan sesuai dengan intervensi yang diambil oleh petugas yakni intervensi manajemen nyeri, pemberian analgetic dan perawatan luka. Sehingga yang dirasakan nyeri pasien bisa dikelola dengan baik atau optimal dan akan mempercepat penyembuhan dan kenyamanan pasien meningkat sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang dirancang oleh perawat (Asli et al., 2021). sedangkan keperawatan manajemen hiperglikemia dilakukan dengan memonitor kadar glukosa darah

disetiap harinya dan melakukan diet sesuai aturan yang diberikan oleh dokter/ahli gizi

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada klien sudah sesuai dengan hasil dari pemeriksaan klien. Implementasi Teknik non farmakologis menggunakan teknik tarik napas dalam dilaksanakan setiap merasakan nyeri saat bergerak. Teknik non farmakologis efektif dapat mengurangi rasa nyeri yang di alami klien. Begitu juga dengan diagnosa kedua yang dilakukan pada klien sudah sesuai dengan hasil dari pemeriksaan klien. Implementasi perawatan luka dilaksanakan untuk mencegah luka menyebar lebih luas dan diharapkan mempercepat penyembuhan luka agar tidak terjadi infeksi. pada diagnosa ke tiga peneliti berpendapat bahwa implementasi keperawatan yang dilakukan pada hari pertama, kedua, dan ketiga terdapat kesesuaian dan tidak ada kesenjangan antara teori dengan implementasi yang diberikan kepada klien dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis begitupun dengan masalah keperawatan kedua gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. Masalah keperawatan ketiga resiko ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan hiperglikemia. Klien menunjukkan peningkatan proses penyembuhan dalam hal ini menandakan tindakan yang dilakukan sudah tepat setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam keadaan pasien menjadi baik atau nyeri pasien menurun, tidak ada tanda-tanda adanya infeksi pada luka dan tidak terdapat jaringan nekrotik, dan tetap memantau GDS. Menurut peneliti jika implementasi sudah tidak dilakukan pasien mengalami perubahan yang positif dalam peningkatan kesehatan sesuai dengan observasi, terapeutik, edukasi dan

kolaborasi (OTEK) standar intervensi keperawatan Indonesia dan jika implementasi masih dilanjutkan kondisi pasien masih buruk dan segera diatasi sesuai dengan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (OTEK) standar intervensi keperawatan Indonesia.

32 **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian, hasil tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari berurutan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer, dan resiko ketidakstabilan kadar glukosa berhubungan dengan hiperglikemia diperoleh evaluasi keperawatan yang disesuaikan dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI. Hasil evaluasi perawatan selama 3 hari menunjukkan perkembangan yang baik bagi klien. Hal ini menunjukkan telah terjadi perubahan positif dalam evaluasi keperawatan dengan menunjukkan peningkatan kondisi pasien. Berdasarkan evaluasi keperawatan yang dilakukan Ny.S menggunakan metode SOAP pada hari pertama masalah keperawatan yang dialami klien belum teratasi. Klien masih mengeluh nyeri dikaki sebelah kiri dibagian luka gangrene dengan skala nyeri 6 pasien, nyeri yang dirasakan hilang timbul, klien tampak meringis menahan nyeri dan bersikap protektif. Pada hari kedua masalah yang dialami klien masalah nyeri akut belum teratasi tetapi sudah ada penurunan skala nyeri. Nyeri yang dirasakan klien pada hari kedua yaitu skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan hilang timbul, klien tampak meringis menahan nyeri, dan masih bersikap protektif terhadap lukanya. Sedangkan hari ketiga mengalami peningkatan. masalah yang dialami klien teratasi sebagian dan menunjukkan

kondisi yang lebih baik. Pada hari ketiga klien mengatakan nyeri menurun dengan skala nyeri 4, nyeri yang dirasakan hilang timbul, klien masih tampak meringis menahan nyeri tapi sudah tidak terlalu protektif terhadap lukanya. Hasil evaluasi masalah keperawatan kedua yaitu gangguan integritas kulit/jaringan menunjukkan tidak ada perburukan kondisi. Pada hari pertama evaluasi terlihat luas luka \pm 5cm terlihat kemerahan dan ada pus minimal yang menunjukkan masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi dan tetap melanjutkan intervensi, pada hari ke dua dan hari ke 3 luas luka masih sama tetapi sudah tidak terlihat tanda kemerahan dan pus minimal. Pada hari kedua dan ketiga masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan teratasi Sebagian dan tetap melanjutkan intervensi. Hasil evaluasi dari masalah keperawatan yang ke tiga yaitu resiko ketidakstabilan glukosa darah juga tidak menunjukkan perburukan kondisi. Pada hari pertama klien mengatakan mudah lelah, dan mudah mengantuk, klien mengatakan pusing dan mudah lapar, hasil kadar glukosa dalam darah tinggi. yaitu 204mg/dl. Pada hari kedua dan ketiga klien menunjukkan perbaikan kondisi seperti sudah tidak merasakan pusing, dan sudah tidak merasa cepat lelah, hasil glukosa dalam darah dihari kedua dan ketiga yaitu 200mg/dl. Maka masalah keperawatan resiko ketidakstabilan glukosa dalam darah teratasi Sebagian dan intervensi tetap dilanjutkan.

Evaluasi merupakan proses yang berkesinambungan. Respon klien terhadap intervensi keperawatan terus dievaluasi dengan mencocokkan reaksi pasien terhadap tujuan khusus serta tujuan umum yang sudah ditetapkan (Supratti & Ashriady, 2020). Evaluasi teknik non-farmakologis (relaksasi

napas dalam) menunjukkan pasien mengalami pengurangan gejala nyeri, meringis, serta stabilisasi tanda-tanda vital. Pada hari terakhir, setelah melakukan intervensi perawat dalam jangka waktu yang telah ditentukan, evaluasi selesai. Nyeri akut teratasi dibuktikan dengan kriteria hasil yang dicapai yaitu pasien terlihat lebih rileks dan tidak meringis lagi. Menurut (Andaresta *et al.*, 2022) evaluasi keperawatan yang diharapkan pada klien dengan diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan pada pasien diabetes dengan gangren adalah kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun. Menurut (Vianki, 2021) evaluasi keperawatan yang diharapkan pada klien dengan diagnosa resiko ketidakstabilan kadar glukosa pada pasien diabetes melitus dengan gangren adalah kadar glukosa darah membaik/stabil.

Peneliti berpendapat evaluasi keperawatan selama 3x24 jam dengan metode SOAP, pada studi kasus Ny.S yang dilakukan pada tanggal 4 November 2024 - 6 november 2024 yang terdiri dari subyektif, obyektif Analisa dan planning untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut. Pada hari pertama klien masih belum memenuhi kriteria hasil hal ini dikarenakan keluhan dan tanda gejala klien belum mengalami perubahan atau masalah belum teratasi, klien masih merasa nyeri saat bergerak dengan skala nyeri 6, RR : 20x/menit. Dihari kedua klien mengatakan masih merasakan nyeri dengan skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul pada hari ketiga klien mengalami perubahan, klien mengatakan nyeri berkurang, terdapat kemajuan pada klien dihari ke 3 dengan skala nyeri 4, berarti analisis masalah keperawatan tersebut teratasi sebagian. Sedangkan evaluasi gangguan integritas kulit/jaringan yang sudah dilakukan selama 3 hari menunjukkan

perkembangan klien karena sudah dilakukan perawatan luka disetiap harinya. Begitupun dengan evaluasi diagnosa resiko ketidakstabilan kadar glukosa yang sudah dilakukan selama 3 hari juga menunjukkan perkembangan konsisi klien dan penurunan tanda gejala terjadinya komplikasi resiko ketidakstabilan kadar glukosa tersebut teratasi sebagian sehingga kualitas pemulihan fisik dan psikologis pasien akan meningkat.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian asuhan keperawatan didapat Pasien mengeluh nyeri pada kaki kirinya, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 6 (1-10), dan nyeri hilang timbul setiap saat. Luas luka gangren \pm 5cm berwarna kemerahan ada bengkak dan pus minimal. GCS 4/5, TD : 120/77 mmHg, $Nadi$: 90x/menit, $Suhu$: 36,2° C, RR : 20x/menit
2. Diagnosa keperawatan prioritas utama dari data pengkajian klien adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada Ny.S. Penulis menentukan intervensi keperawatan dalam perencanaan keperawatan didasarkan pada Analisa efektivitas pencapaian kriteria hasil dari setiap diagnosis keperawatan, efisiensi, ketersediaan sarana prasarana kesehatan, dan kemampuan pemberi perawatan (perawat). Adapaun yang dilakukan yaitu manajemen nyeri
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana Tindakan yang telah disusun. Implementasi keperawatan pada Ny.S dilakukan selama 3 hari. Sebagian besar rencana Tindakan keperawatan dilaksanakan pada implementasi keperawatan. Tindakan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara tarik nafas dalam.

5. Hasil evaluasi Ny. S dengan diagnosa nyeri akut di peroleh hasil dalam waktu tiga hari tidak dapat teratasi sesuai indikator yang sudah di tentukan dan hanya teratasi Sebagian. klien mengatakan nyeri dihari pertama denganskala nyeri 6, pada hari kedua klien masih merasakan nyeri dengan skala nyeri 5 dan pada hari ke 3 nyeri mulai berkurang dengan skala nyeri 4 dan kondisi klien sudah memperlihatkan kemajuan.

5.2 Saran

1. Bagi pasien

Dengan bimbingan dari perawat dan peneliti selama pemberian perawatan, diharapkan klien dan keluarganya mampu melakukan Langkah-langkah mandiri dalam mencegah, meningkatkan, serta mempertahankan Kesehatan mereka, dan lingkungan sekitar, dengan tujuan mencapai Tingkat Kesehatan optimal.

2. Bagi keluarga

Keluarga diharapkan mendukung anggota keluarganya agar cepat sembuh, keluarga dapat mencegah penyakit diabetes melitus gangrene pedis dengan cara menjaga mengontrol pola makan\diet, mengurangi makanan atau minuman yang manis, meminum obat, dan sering mengontrol kadar gulah darah di puskesmas terdekat.

3. Bagi perawat

Diharapkan perawat untuk memberikan edukasi kepada pasien tentang diabetes melitus agar pasien mengetahui apa saja larangan mengonsumsi makanan dan menjaga pola makan agar pasien hidup sehat untuk kedepannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, A. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Diabetes Melitus Dengan Gangren Pedis Di Ruang Bima Rsud Jombang*. institut teknologi sains dan kesehatan insan cendekia medika jombang.
- Anastasya Montororing, M., Dewi, I., Nani Hasanuddin, S., Perintis Kemerdekaan VIII, J., & Makassar, K. (2024). Hubungan Antara Pola Makan dengan Peningkatan Kadar Gula Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2. *JIMPK : Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 4, 17–23.
- Andaresta, F., SUDARSIH, S. R. I., & ACHWANDI, M. (2022). *Asuhan Keperawatan Dengan Ketidakstabilan Kadar Gula Darah Pada Klien Diabetes Mellitus*. Perpustakaan Universitas Bina Sehat.
- Andika. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Yang Mengalami Gangren Dengan Gangguan Citra Diri Di Paviliun Dahlia Rsud Jombang. *Jurnal STIKes Pemkab Jombang*, 1–16.
- Asli, K., Cooney, M. F., Schoenwald, A., & Douglas, C. (2019). Manajemen Nyeri. *Fundamentals of Nursing Vol 2-9th Indonesian Edition: Fundamentals of Nursing Vol 2-9th Indonesian Edition*, 930.
- Dinkes Jatim. (2022). *Dinkes Jatim*.
- Fachruddin. (2024). Penerapan Modern Dressing Pada Luka Ganggren Grade II Ulkus Diabetikum : Studi Kasus di Bangsal Wijaya Kusuma RSUD Universitas Muhammadiyah Klaten. *Jurnal*, 166–171.
- ¹⁴Hidayat, A., Sa'diyah, M., & Lisnawati, S. (2020). Metode Pembelajaran Aktif Dan Kreatif Pada Madrasah Diniyah Takmiliyah Di Kota Bogor. *Edukasi Islami: Jurnal Pendidikan Islam*, 9(1), 71–86.
- IDF. (2021). *IDF*.
- Kemenkes RI. (2022). *kemenkes ri*.
- Lutfi, E. I. (2019). Perubahan osmolaritas pasien hiperglikemia dengan terapi rehidrasi. *Holistic Nursing and Health Science*, 2(1), 39–44.
- Maria. (2021). Metode pembelajaran (Strategi, Model Metode, dan Teknis). In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. (Vol. 3, Issue 1).
- maulini e.l. (2022). DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf11213> *Edukasi Senam Kaki Berpengaruh Terhadap*. 11(April), 163–165.
- Misnadiarly. (2022). Immune dysfunction in patients with diabetes mellitus (DM).

- FEMS Immunology and Medical Microbiology*, 26(3–4), 259–265.
[https://doi.org/10.1016/S0928-8244\(99\)00142-X](https://doi.org/10.1016/S0928-8244(99)00142-X)
- Mubarag. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gangren Diabetikum : Studi Kasus. *JIM FKep*, 7(3), 31–39.
- Nugroho. (2021). 707-Article Text-3659-1-10-20220406. *JurnalKeperawatan*, 10(1), 30–0.
- PERKENI. (2021). Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia. *PB Perkeni*, 133.
- Ppni, T. P. S. D. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia: definisi dan kriteria hasil keperawatan*.
- Putra. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Gangguan Integritas Jaringan Di Ruang Mawar RSUD Dr. Harjono Ponorogo. *Tirtayasa Medical Journal*, 3(1), 31. <https://doi.org/10.62870/tmj.v3i1.24953>
- Rahmasari. (2023). Pengaruh kecerdasan emosional, kepemimpinan transformasional, dan budaya organisasi terhadap organizational citizenship behavior pada guru sekolah menengah pertama kabupaten wakatobi. *JUMBO (Jurnal Manajemen, Bisnis, Dan Organisasi)*, 7(2), 369.
- Rosa dkk. (2024). Jurnal Keperawatan Jurnal Keperawatan. *Jurnal Keperawatan*, 17(1), 153–164.
- Sari, E. K., Hany, A., & Ariningpraja, R. T. (2021). Pelatihan Pengkajian Nyeri sebagai Upaya Mengoptimalkan Manajemen Nyeri di Rumah Sakit Universitas Brawijaya. *J-Dinamika: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 6(1), 141–147.
- So'emah, E. N. (2023). *Asuhan keperawatan pada pasien DMT2 ulkus diabetikum dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit di ruang ixia RSUD Ibnu Sina Gresik*. Perpustakaan universitas bina sehat ppni Mojokerto.
- Sulistijo. (2021). Analisa faktor yang mempengaruhi kapasitas fungsional pada lansia dengan diabetes melitus tipe 2 di Kota Malang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 14(02), 390–395.
<https://doi.org/10.34305/jikbh.v14i02.955>
- Supratti & Ashriady. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Yang Mengalami Gangren Dengan Gangguan Citra Diri. *Kapital: Jurnal ...*, 02(01), 33–46.
- Suryati. (2024). Jurnal Penelitian Perawat Profesional Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangren Diabetikum. *British Medical Journal*, 2(5474), 1333–1336.

¹⁸ Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Tim Pokja SDKI DPP PPNI. *SDKI DPP PPNI*.

Vianki, N. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Dengan Masalah Keperawatan Muhammadiyah Ponorogo. Gangguan Integritas Kulit. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Wibowo. (2021). Hubungan ²³ Indeks Massa Tubuh (IMT) Dengan Kadar Gula Darah Penderita Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 Rawat Jalan Di RS Tugurejo Semarang. *Jurnal Gizi*, 2(April), 18–25.

Widiyono, A. et. (2021). *Pharmac. Therap.* 1(4), 587–610.

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS DENGAN GANGREN PEDIS (di Ruang Bima RSUD Jombang)

ORIGINALITY REPORT

16%

SIMILARITY INDEX

12%

INTERNET SOURCES

4%

PUBLICATIONS

12%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	2%
2	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	2%
3	Submitted to Konsorsium PTS Indonesia - Small Campus II Student Paper	2%
4	repository.stikeshangtuh-sby.ac.id Internet Source	2%
5	Submitted to Universitas Muslim Indonesia Student Paper	1%
6	e-journal.lppmdianhusada.ac.id Internet Source	1%
7	repository.stikeshangtuhhsby-library.ac.id Internet Source	1%
8	repository.poltekeskupang.ac.id Internet Source	1%
9	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Tengah Student Paper	<1%
10	Submitted to Konsorsium Perguruan Tinggi Swasta Indonesia II Student Paper	<1%

11	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	<1 %
12	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	<1 %
13	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	<1 %
14	Submitted to King Mongkut's University of Technology Thonburi Student Paper	<1 %
15	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	<1 %
16	Submitted to Ateneo de Manila University Student Paper	<1 %
17	di.univ-blida.dz Internet Source	<1 %
18	eprints.unipdu.ac.id Internet Source	<1 %
19	Submitted to stipram Student Paper	<1 %
20	asuhankeperawatanyalianusblogspotcom.blogspot.com Internet Source	<1 %
21	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	<1 %
22	Submitted to Greenhouse Higher Secondary School Student Paper	<1 %
23	Submitted to Universitas Kusuma Husada Surakarta Student Paper	<1 %

24	ejournal.stikku.ac.id Internet Source	<1 %
25	id.123dok.com Internet Source	<1 %
26	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III Student Paper	<1 %
27	Submitted to Universitas Muhammadiyah Sukabumi Student Paper	<1 %
28	pdfcoffee.com Internet Source	<1 %
29	repositori.ubs-ppni.ac.id Internet Source	<1 %
30	vbook.pub Internet Source	<1 %
31	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	<1 %
32	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	<1 %
33	repository.umj.ac.id Internet Source	<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off