

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI  
DIABETES MELITUS DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT  
DI RUANG DAHLIA RSUD JOMBANG**

**KARYA TULIS ILMIAH  
(Studi Kasus)**



Oleh :  
**ULFANINGTYAS**  
NIM : 131210035

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2016**

**KARYA TULIS ILMIAH  
(Studi Kasus)**

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI  
DIABETES MELITUS DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT  
DI RUANG DAHLIA RSUD JOMBANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program  
Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Insan Cendekia Medika Jombang.



**ULFANINGTYAS**  
**NIM :131210035**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2016**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ulfaningtyas  
NIM : 121310035  
Tempat dan tanggal lahir : Jombang, 11 april 1993  
Institusi : STIKes “ICMe” Jombang

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah dengan Judul “Asuhan Keperawatan pada Klien Diabetes Melitus dengan Masalah Kerusakan Integritas Kulit di Ruang Dahlia RSUD Jombang” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah milik orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebut sumber.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapatkan sanksi.

Jombang, Februari 2016  
Yang menyatakan,



Ulfaningtyas

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh

Nama Mahasiswa : ULFANINGTYAS

NIM : 131210037

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami

Diabetes Mellitus Dengan Masalah Kerusakan Integritas Kulit  
di Ruang Dahlia RSUD Jombang.

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Prodi Diploma III Keperawatan STIKes ICME Jombang.

**Menyetujui**

**Komisi Pembimbing**

**Ns. Inayatur Rosyidah, M.,Kep**  
Pembimbing Utama

**Agus Muslim, S.Kep.,Ns**  
Pembimbing Anggota

**Mengetahui**

**H. Bambang Tutuko, S.H., S.Kep.,Ns., M.Hum**  
Ketua STIKes ICMe Jombang

**Maharani Tri P., S.Kep.Ns.,MM**  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa : Ulfaningtyas

NIM : 131210035

Program studi : Diploma III Keperawatan

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Diabetes Mellitus Dengan Kerusakan Integritas Kulit.

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan STIKes ICME Jombang.

### Komisi Dewan penguji

Ketua Dewan Penguji : **Marxis, S.Kep.Ns., MM**

(  )

Pembimbing utama : **Ns. Inayatur Rosyidah, M.Kep**

(  )

Pembimbing anggota : **Agus Muslim, S.Kep.Ns**

(  )

Ditetapkan di : JOMBANG,

Pada Tanggal :

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis dilahirkan di Nganjuk, 11 April 1993 dari ayah yang bernama Mardiono dan ibu yang bernama Wartini, penulis merupakan putri kelima dari lima bersaudara.

Tahun 2006 penulis lulus dari SDN Negeri Banaran 3, tahun 2009 penulis lulus dari SMP Negeri 1 Kertosono, tahun 2012 penulis lulus dari SMA Negeri Kertosono, dan pada tahun 2013 lulus seleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika Jombang melalui jalur PMDK. Penulis memilih program studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICME Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang,



**ULFANINGTYAS**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas semua berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Auhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Diabetes Melitus dengan Kerusakan Integritas Kulit di Ruang Dahlia RSUD Jombang” untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Ahli Mada Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan STIKES ICMe Jombang.

Dalam penelitian ini, peneliti banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada Maharani Tri P., S.Kep,Ns,MM\_selaku ketua prodi DIII Keperawatan STIKes ICMe Jombang, Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns,M.,Kep dan Agus Muslim,SKep.,Ns selaku dosen pembimbing yang telah memberikan saran dan masukan hingga dapat terselesaikan Proposal ini.

Peneliti menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karenanya penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan Proposal ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Jombang, Januari 2016



Ulfaningtyas

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN YANG MENGALAMI DIABETES  
MELLITUS DENGAN MASALAH KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT  
DIRUANG DAHLIA S RSUD JOMBANG**

**\*ULFANINGTYAS\***

**ABSTRAK**

Diabetes mellitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih dihadapi di Indonesia hingga saat ini, Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskuler, makrovaskuler, dan neuropati.

Berdasarkan survey data yang di dapat diruang dari RSUD Jombang pada tanggal 26 januari 2016 prevalensi data penderita diabetes mellitus tahun 2015 tercatat 760 kasus. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan kerusakan integritas kulit. Tujuan penelitian ini adalah Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Mellitus dengan kerusakan integritas kulit.

Desain penelitian yang digunakan adalah Deskriptif atau Studi kasus. Penelitian di ambil dari RSUD Jombang sebanyak 2 klien dengan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sensasi akibat diabetes mellitus. Pengolahan pre survei data di ambil dari RSUD Jombang.

Berdasarkan hasil evaluasi terakhir di simpulkan bahwa pada klien 1 masalahnya sudah teratasi sedangkan pada klien 2 masalahnya belum teratasi. Saran yang di berikan kepada profesi perawat untuk menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan Asuhan Keperawatan pada klien secara optimal.

**Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Diabetes Mellitus, Kerusakan integritas kulit**



**NURSING CARE FOR CLIENT WHO HAD DIABETES MELLITUS WITH  
THE PROBLEM DAMAGE OF SKIN INTEGRITY  
IN THE DAHLIA ROOM OF RSUD JOMBANG**

**\*ULFANINGTYAS\***

**ABSTRACT**

*Diabetes mellitus is one of the health problems that still being faced in Indonesia currently, Diabetes Mellitus is a metabolic disorder characterized by hyperglycemia associated with metabolic abnormalities carbohydrates, fats, and caused by decreased insulin secretion or a decrease in insulin sensitivity or both of them and causing chronic micro-vascular complications, macro-vascular, and neuropathy.*

*Based on the survey data which was obtained in the dahlia room of RSUD Jombang on date 26<sup>th</sup> January 2016 Data prevalence of diabetes mellitus in 2015 was recorded 760 cases. Able to carry out nursing care to client who had diabetes mellitus with integrity of skin damage. The purpose of this research was to be able conducting nursing care to client who had diabetes mellitus with damage of skin integrity.*

*The research design used was descriptive or case study. The research was taken from RSUD Jombang as many as 2 clients with integrity of skin damage diagnosis associated with sensation disorders due to diabetes mellitus. Processing of pre-survey data was taken from RSUD Jombang.*

*Based on the last evaluation can be concluded that's on client 1 his issue was resolved while on client 2 his issue had not been resolved yet. The suggestion was given for the nursing profession to use or utilize the time as effective as possible, so it can provide nursing care for client optimally.*

**Keywords : nursing care, Diabetes Mellitus, damage of skin integrity**

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Halaman Judul dalam .....	ii
Surat Pernyataan .....	iii
Lembar Persetujuan Pembimbing .....	iv
Lembar Pengesahan .....	v
Riwayat Hidup .....	vi
Kata Pengantar .....	vii
Abstrak .....	viii
Abstract .....	ix
Daftar Isi .....	x
Daftar Tabel .....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv
Lambang Dan Singkatan .....	xv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Batasan Masalah.....	4
1.3 Rumusan Masalah .....	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus .....	5
1.5 Manfaat Teoritis Praktis .....	5
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.5.2 Manfaat Praktis .....	5
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Diabetes Melitus .....	7
2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus .....	7
2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus.....	8
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Patofisiologi .....	9
2.1.5 Pohon Masalah (Patway) .....	13
2.1.6 Manifestasi klinis .....	14

2.1.7	Komplikasi .....	14
2.1.8	Pemeriksaan Penunjang .....	16
2.1.9	Penatalaksanaan .....	19
2.2	Konsep Kerusakan Integritas kulit .....	20
2.2.1	Definisi kerusakan jaringan .....	20
2.2.2	Klasifikasi .....	21
2.2.3	Etiologi kerusakan jaringan kulit .....	22
2.2.4	Patofisiologi .....	23
2.2.5	Mekanisme terjadinya ganggren kaki diabetik .....	26
2.2.6	Manifestasi klinis kaki diabetik .....	27
2.2.7	Komplikasi.....	27
2.2.8	Pemeriksaan penunjang .....	28
2.2.9	Penatalaksanaan .....	29
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan .....	31
2.3.1	Pengumpulan data .....	31
2.3.2	Keluhan utama .....	32
2.3.3	Riwayat penyakit sekarang.....	33
2.3.4	Riwayat Penyakit Dahulu .....	33
2.3.5	Riwayat Penyakit Keluarga .....	33
2.3.6	Riwayat psikososial .....	33
2.3.7	Pola Fungsi Kesehatan .....	33
2.3.8	Pemeriksaan fisik .....	34
2.3.9	Pemeriksaan Penunjang.....	36
2.3.10	Diagnosa Keperawatan Diabetes mellitus .....	36
2.3.11	Intervensi .....	37
2.3.12	Tujuan.....	38
2.3.13	Implementasi .....	38
2.3.14	Evaluasi .....	39

### **BAB 3 METODE PENELITIAN**

3.1	Desain Penelitian.....	40
3.2	Batasan Istilah .....	41
3.3	Partisipan.....	43

3.4 Lokasi dan waktu penelitian.....	43
3.5 Pengumpulan Data .....	44
3.6 Uji Keabsahan Data.....	45
3.7 Analisa Data .....	46
3.8 Etika Penelitian .....	48
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil .....	50
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data.....	50
4.1.2 Pengkajian .....	50
4.1.3 Analisa Data .....	56
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	57
4.1.5 Intervensi Keperawatan .....	59
4.1.6 Evaluasi Keperawatan .....	64
4.2 Pembahasan .....	67
4.2.1 Pengkajian .....	67
4.2.2 Pemeriksaan diagnostik.....	69
4.2.3 Diagnosa keperawatan .....	70
4.2.4 Implementasi keperawatan .....	71
4.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	72
<b>BAB 5 PENUTUP</b>	
5.1 Kesimpulan.....	73
5.2 Saran .....	74

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Diagnosa Keperawatan sumber Nanda NIC – NOC.....	37
---	----

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Pohon masalah diabetes mellitus di RSUD Jombang, Januari 2016.....	13
Gambar 2.2	Kerangka pohon masalah ganggren diabetik, RSUD Jombang, Januari 2016 .....	26

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus

Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 3 Pernyataan Bersedia Menjadi Responden

Lampiran 4 Lembar Surat Pre survey data, Studi Pendahuluan dan Penelitian

Lampiran 5 Lembar Surat Keterangan Penelitian Ruangan

Lampiran 6 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 7 Lembar Pengkajian

## DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

### LAMBANG

1. % : Persentase
2. > : Lebih dari
3. < : Kurang dari
4. & : Dan
5. B : Beta
6. BB : Berat Badan
7. mg/dl : Miligram / darah liter
8. gr : Gram
9. HbA1c : Hemoglobin A 1 c
10. Kg : Kilo Gram
11. Mg : Mili Gram
12. ml : Mili liter
13. M<sup>2</sup> : Meter persegi
14. mmHg : Mili meter air raksa
15. NaCL : Natrium Klorida
16. Osm/l : Osmolaritas/ liter
17. O<sub>2</sub> : Oksigen

### SINGKATAN

1. AHA : *American heart Association*
2. BB : Berat Badan
3. BMI : *Body Mass Index*
4. BPH : *Benign Prostate Hyperplasia*
5. BUN : *blood urea nitrogen* atau nitrogen urea darah
6. EKG : Elektro Kardio Grafik
7. FKUI : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
8. ICME : Insan Cendekia Medika
9. IDDM : Insulin Dependent Diabetes Mellitus
10. ISH : *International Society of Hypertension*
11. IVP : *Intra Venous Pyelografi*



12. JNC : *Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*
13. KB : Keluarga Berencana
14. KMB : Keperawatan Medikal Bedah
15. MRS : Masuk Rumah Sakit
16. NIC : *Nursing Interventions Classification*
17. NIDDM : Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus
18. NOC : *Nursing Outcomes Classification*
19. No.RM : Nomor Rekam Medik
20. RS : Rumah Sakit
21. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
22. RR : Respiration Rate
23. STIKES : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
24. STT : *Spinothalamic Tract*
25. TTGO : *Test Tolerance Glukosa Oral*
26. TPR : *Total Peripheral Resistance*
27. TD : Tekanan Darah
28. VAS : *Visual Analog Scale*
29. VMA : *Vanillylmandelic acid*
30. WHO : *World Health Organization*

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Diabetes mellitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang masih dihadapi di Indonesia hingga saat ini (Yessy, 2013). Kenyataannya Diabetes Mellitus perlu diamati karena sifat penyakit yang kronik progresif, jumlah penderita semakin meningkat setiap tahunnya. Diabetes mellitus mempunyai dua tipe yaitu; diabetes mellitus yang bergantung insulin (IDDM) atau yang disebut diabetes mellitus tipe satu, dan diabetes tidak bergantung insulin (NIDDM) merupakan diabetes mellitus tipe dua. Diabetes mellitus tipe dua ini timbul secara perlahan, sehingga seseorang tidak menyadari bahwa adanya berbagai macam perubahan pada dirinya, seperti banyak minum, sering buang air kecil, berat badan terus menurun, dan berlangsung cukup lama, biasanya tidak diperhatikan, (Mirza, 2012). Diabetes Mellitus yang tidak ditangani dengan baik angka kejadian komplikasi dari Diabetes Mellitus juga akan meningkat, salah satunya komplikasi ganggren kaki diabetes, sehingga dapat mengalami kerusakan integritas kulit pada area kalus yang disebabkan karena adanya penurunan perfusi perifer, sehingga sering menyebabkan frustrasi, karena proses penyembuhannya yang sangat lama dan mahal serta sering sekali tidak mampu menyelamatkan kaki tersebut (Erfandi, 2013).

WHO memprediksi kenaikan jumlah pasien Diabetes Mellitus Internasional Diabetes Melitus Federation (IDF) dari tahun 2009, mengalami kenaikan jumlah klien Diabetes Melitus dari 7 juta pada tahun 2009 menjadi

12 juta pada tahun 2030. Sedangkan di Indonesia dari 8,4 juta Pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Meskipun terdapat perbedaan angka prevalensi, laporan keduanya menunjukkan adanya peningkatan jumlah pasien Diabetes Mellitus sebanyak 2-3 kali lipat pada tahun 2030 (PERKENI, 2011). Berdasarkan prevalensi diabetes mellitus di provinsi Jawa Timur sebesar 1,0%. Di RSUD Jombang angka kejadian diabetes mellitus tahun 2013 adalah 387 kasus dan pada tahun 2014 angka kejadian diabetes mellitus tercatat 530 kasus(Nuzulia, 2015). Berdasarkan survey data yang di dapat dari RSUD Jombang pada tanggal 26 januari 2016 prevalensi data penderita diabetes mellitus tahun 2015 tercatat 760 kasus.

Diabetes mellitus merupakan salah satu gangguan metabolik kronik yang disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat. Dengan semakin pesatnya jumlah populasi yang meningkat dan urbanisasi yang merubah pola hidup tradisional ke modern, maka mayoritas diabetes melitus disebabkan oleh gaya hidup. Bila hal ini dibiarkan tidak terkendali dapat terjadi komplikasi metabolik. Diabetes mellitus merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Pentingnya menormalkan kadar glukosa dalam darah dapat membantu menghindarkan klien dari kondisi yang lebih parah (Andra saferi, 2013). Di samping Penangan awal diabetes melitus yang tidak tepat menyebabkan terjadinya komplikasi dan dapat mengancam jiwa, faktor utama yang berperan timbulnya ganggren kaki adalah angiopati, neuropati dan infeksi. Neuropati merupakan faktor yang penting untuk terjadinya ganggren kaki daibetik adanya neuropati perifer akan menyebabkan terjadinya gangguan sensorik maupun motorik. Gangguan sensorik akan menyebabkan

hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki, gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya atropi otot kaki, sehingga mengubah titik tumpu yang menyebabkan ulserasi pada kaki klien. Angiopati akan menyebabkan terganggunya aliran darah pada ke kaki. Menyebabkan sumbatan pembuluh darah, kesemutan, nyeri kaki di malam hari, denyut arteri hilang, kaki menjadi pucat bila dinaikan, dimana keadaan seorang individu mengalami atau beresiko terhadap kerusakan jaringan epidermis dan dermis, kerusakan  $\beta$  yang menyebabkan produksi insulin berkurang dan mengakibatkan terjadinya peningkatan konsentrasi glukosa disekresi mukus, gula darah meningkat, darah menjadi pekat dan mengakibatkan kerusakan system vaskuler, terjadi gangguan fungsi imun, penurunan aliran darah, menjadikan terhambatnya penyembuhan luka pada ganggren yang disebut kerusakan integritas kulit (Bararah & Jauhar 2013). Kerusakan integritas kulit dapat merusak saraf dan pembuluh darah di kaki, maupun anggota tubuh lainnya. Banyak hal yang menyebabkan kaki penderita diabetes mudah terkena infeksi seperti terkena knalpot, lecet akibat sepatu sesak dan luka kecil saat memotong kuku, namun luka kecil saja bias berubah menjadi borok yang terbuka apabila tidak segera dioabati (Hasdianah, 2012).

Cara yang paling baik dalam menghindari timbulnya diabetes mellitus adalah melakukan modifikasi gaya hidup seperti menurunkan berat badan, latihan fisik dan mengurangi lemak dan kalori, pola memasak makanan melalui proses pengolahan atau pemasakan semakin tidak memerlukan

pencernaan di usus, gula juga dapat dijumpai dalam buah-buahan indeks glikemik yang rendah dibandingkan dengan jenis gula yang lain. Namun apabila telah didiagnosa terkena diabetes mellitus, langkah awal terpenting adalah menurunkan kadar gula dengan mengikuti gaya hidup sehat dan minum obat sesuai petunjuk dokter (Suiraoaka, 2012). Peran perawat dalam penatalaksanaan kerusakan integritas kulit pada kasus diabetes mellitus adalah perawatan luka dua betik kaki meliputi: mencuci luka, debridement, terapi antibiotika nutrisi dan pemilihan jenis balutan. Selain pengobatan dan perawatan juga dibutuhkan kerjasama antara dokter, perawat dan klien sehingga tindakan pencegahan, deteksi dini, beserta terapi yang rasional bisa dilaksanakan (Wijaya, 2013). Dalam melakukan perawatan luka kaki diabetes, diharapkan proses penyembuhan luka bisa berjalan optimal, dan resiko perlukaan bisa diidentifikasi serta mampu mencegah munculnya perlukaan yang lainnya (Erfandi 2013).

## **1.2 Batasan Masalah**

Asuhan keperawatan klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan kerusakan integritas kulit.

## **1.3 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan kerusakan integritas kulit.

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan kerusakan integritas kulit.

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan Pengkajian asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan kerusakan integritas kulit .
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan kerusakan integritas kulit .
3. Menyusun perencanaan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitua dengan kerusakan integritas kulit.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengn kerusakan integritas kulit.
5. Melakukan Evaluasi pada klien yang mengalami Diabetes Melitus dengan kerusakan integritas kulit.

### **1.5 Manfaat Teoritis Praktis**

#### 1.5.1 Manfaat Teoritis

Menambah khasanah keilmuan sehingga peningkatan ilmu pengetahuan, menambah wawasan dalam mencari pemecahan permasalahan pada Klien diabetes mellitus dengan kerusakan Integritas Kulit.

#### 1.5.2 Manfaat Praktis

##### 1. Bagi Klien dan Keluarga

Sebagai tambahan pengetahuan bagi klien dan keluarga untuk memahami keadaannya, sehingga dapat mengambil keputusan yang sesuai dengan masalah serta ikut memperhatikan dan melaksanakan tindakan yang diberikan oleh perawat.

## 2. Bagi Perawat

Dapat dijadikan bahan masukan bagi perawat di rumah sakit dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya klien diabetes mellitus.

## 3. Bagi Dosen STikes ICME

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi bagi mata kuliah keperawatan medikal bedah khususnya pengetahuan pada klien DM dengan gangguan kerusakan integritas kulit.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP DIABETES MELITUS**

##### **2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus**

Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskuler, makrovaskuler, dan neuropati (Huda, 2015). Diabetes Mellitus merupakan penyakit metabolik yang kebanyakan hereditas dengan tanda-tanda hiperglikemia dan glukosuria yang disertai dengan atau tidaknya gejala klinik akut maupun kronik sebagai akibat dari kurangnya insulin efektif di dalam tubuh (Bararah & Jauhar, 2013).

Diabetes mellitus bukan merupakan kesatuan penyakit yang tunggal tetapi sebaliknya merupakan sekelompok kelainan metabolik yang memiliki ciri-ciri hiperglikemia yang sama di balik kelainan tersebut. Kelainan tersebut berupa kelainan kronik metabolisme karbohidrat, lemak dan protein dengan komplikasi jangka panjang yang mengenai pembuluh darah, ginjal, mata serta saraf. Di seluruh dunia terdapat lebih dari seratus empat puluh juta orang yang mengidap penyakit diabetes dan demikian membuat penyakit ini sebagai salah satu di antara sejumlah



penyakit tidak menular yang paling sering ditemukan (Richard & Mitchell, 2006).

Dari berapapun definisi di atas dapat ditarik kesimpulan, bahwa diabetes melitus bukan merupakan kesatuan penyakit yang tunggal tetapi sebaliknya merupakan sekelompok kelainan metabolik yang memiliki ciri hiperglikemia yang sama di balik kelainan tersebut, efek netto tersebut berupa kelainan kronik pada metabolisme karbohidrat, lemak dan protein dengan komplikasi jangka-panjang yang mengenai pembuluh darah, ginjal, mata serta saraf.

### 2.1.2 Klasifikasi Diabetes Melitus

#### a. Klasifikasi Klinis

##### 1. DM

###### Tipe I : IDDM

Disebabkan oleh destruksi sel beta pulau langerhans akibat proses autoimun.

###### Tipe II : NIDDM

Disebabkan oleh kegagalan relatif sel beta dan resistensi insulin. Resistensi insulin adalah turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati :

###### Tipe II dengan obesitas

###### Tipe II tanpa obesitas

2. Gangguan toleransi obesitas
  3. Diabetes kehamilan (Huda, 2015).
- b. Klasifikasi resiko statistik
1. Sebelumnya pernah menderita kelainan toleransi glukosa
  2. Berpotensi menderita kelainan toleransi glukosa

Pada Diabetes Melitus tipe 1 sel-sel  $\beta$  pancreas yang secara normal menghasilkan hormon insulin dihancurkan oleh proses autoimun, sebagai akibatnya penyuntikan insulin diperlukan untuk mengendalikan kadar glukosa darah. Diabetes melitus tipe 1 ditandai oleh awitan mendadak yang biasanya terjadi pada usia 30 tahun. Diabetes melitus tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. (Clevo & Margareth, 2012).

### 2.1.3 Etiologi

#### a. Diabetes melitus

DM mempunyai etiologi yang heterogen, di mana berbagai lesi dapat menyebabkan insufisiensi insulin, tetapi determinan genetik biasanya memegang peranan penting pada mayoritas DM. Faktor lain yang dianggap sebagai kemungkinan etiologi DM yaitu:

(Tarwoto, 2012),

1. Riwayat keturunan dengan diabetes, misalnya pada DM tipe 1 diturunkan sebagai sifat heterogen, multigenik. Kembar identik mempunyai resiko 25% -50%, sementara saudara kandung beresiko 6% dan anak beresiko 5%.

2. Obesitas, erat badan lebih dari atau sama dengan 20% berat badan ideal.
3. Usia Kurang olahraga  
(Tarwoto, 2012).
  - a. Kelainan sel $\beta$  pankreas, berkisar dari hilangnya sel $\beta$  sampai kegagalan sel $\beta$  melepas insulin.
  - b. Faktor-faktor lingkungan yang mengubah fungsi sel beta, antara lain agen yang dapat menimbulkan infeksi, diet di mana pemasukan karbohidrat dan gula diproses secara berlebihan, obesitas dan kehamialn
  - c. Gangguan sistem imunitas. Sistem ini dapat dilakukan oleh autoimunitas yang disertai pembentukan kerusakan sel-sel penyekresi insulin, kemudian peningkatan kepekaan sel $\beta$  oleh virus.
  - d. Kelainan insulin. Pada pasien obesitas, terjadi gangguan kepekaan jaringan terhadap insulin akibat kurangnya reseptor insulin yang terdapat pada membran sel yang responsif terhadap insulin  
(Bararah & Jauhar, 2013).

#### 2.1.4 Patofisiologi

##### a. Diabetes Melitus

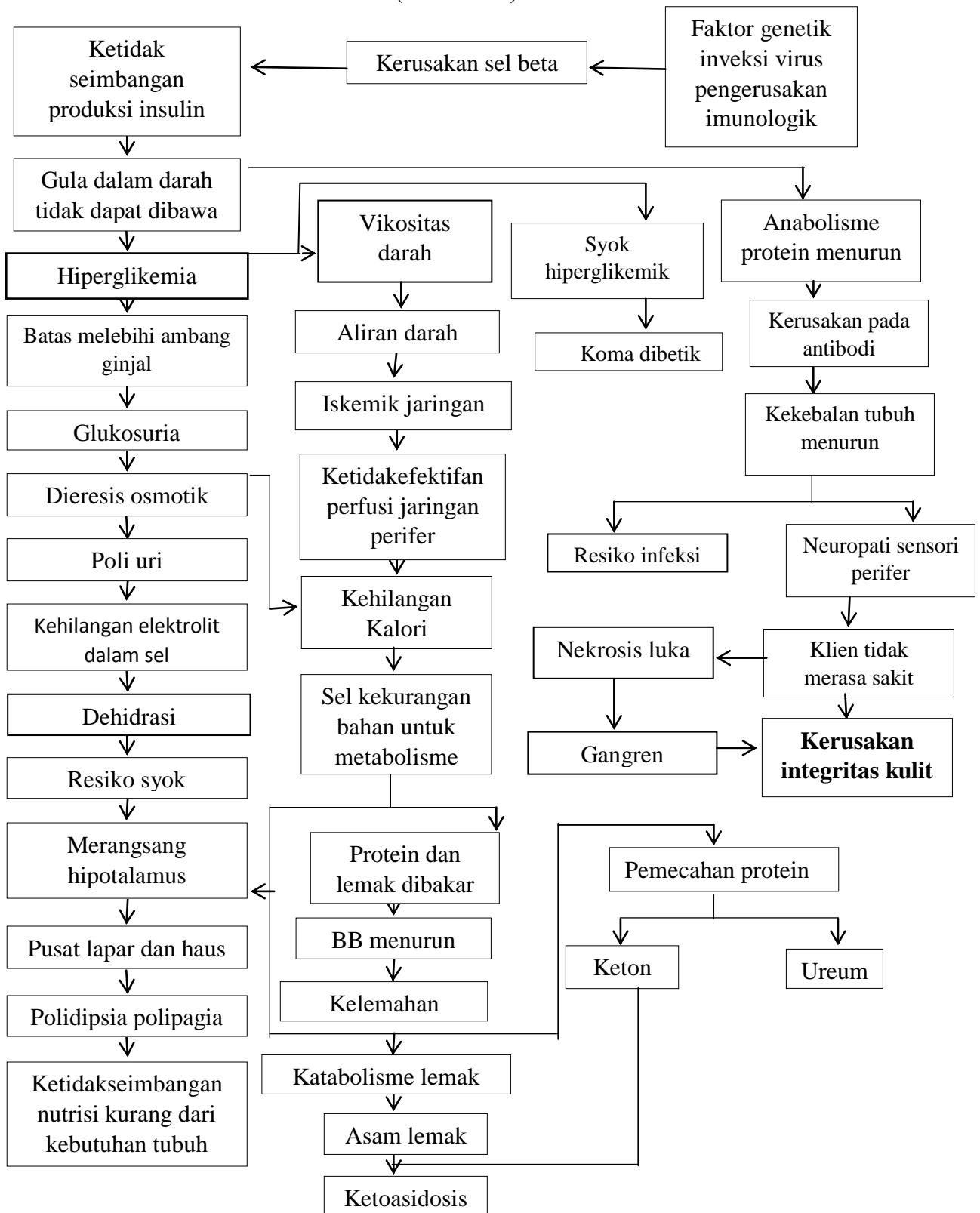
Sebagian besar gambaran patologik dari dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut:

1. Berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 300-1200 mg/dl.
2. Peningkatan mobilisasi lemak dari daerah penyimpanan lemak yang menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolestrol pada dinding pembuluh darah.
3. Berkurangnya protein dalam jaringan tubuh.

Pasien-pasien yang mengalami defensial insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang gijal normal (konsentrasi glukosa darah sebesar 160-180mg/100ml), akan timbul glikosuria karena tubulus-tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria ini akan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, klorida, potasium, dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi. Akibat glukosa yang keluar bersama urine maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung terjadi polipagi. Akibat yang lain adalah asenia atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat lelah dan mengatuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi.

Hiperglikemia yang lama akan menyebabkan arterosklerosis penebalan membran basalis dan perubahan pada perifer, Ini akan memudahkan terjadinya ganggren (Bararah & Jauhar, 2013).

2.1.5 POHON MASALAH (PATWAY)



Gambar 2.1 Pohon masalah diabetes mellitus di RSUD Jombang, Januari 2016 (Huda,2015)

### 2.1.6 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis DM dikaitkan dengan konsekuensi metabolik defisiensi insulin (Price & Wilson)

1. Kadar gula puasa tidak normal
2. Hiperglikemia berat berakibat glukosuria yang akan menjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urin (poliuria) dan timbul rasa haus (polidipsia)
3. Rasa lapar yang besar (polifagia), BB berkurang
4. Lelah dan mengantuk
5. Gejala lain yang dikeluhkan adalah kesemutan, gatal, mata kabur, impotensi, peruritis vulva (Huda, 2015).

Manifestasi gangguan pembuluh darah yang lain dapat berupa: ujung kaki terasa dingin, nyeri kaki di malam hari, denyut arteri hilang, kaki menjadi pucat bila dinaikan. Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan asupan nutrisi, oksigen (zat asam) serta antibiotika sehingga menyebabkan luka sulit sembuh. Infeksi sering merupakan komplikasi yang menyertai ganggren diabetik akibat berkurangnya aliran darah atau neuropati, sehingga faktor angiopati dan infeksi berpengaruh terhadap penyembuhan atau pengobatan dari ganggren diabetik. (Bararah & Jauhar, 2013)

### 2.1.7 Komplikasi

Pasien dengan DM beresiko terjadi komplikasi baik bersifat akut maupun kronis diantaranya :

- a. Komplikasi akut

1. Koma hiperglikemia disebabkan kadar gula sangat tinggi biasanya terjadi pada NIDDM.
  2. Ketoasidosis atau keracunan zat keton sebagai hasil metabolisme lemak dan protein terutama terjadi pada IDDM.
  3. Koma hipoglikemia akibat terapi insulin yang berlebihan atau tidak terkontrol.
- b. Komplikasi kronis
- Mikroangiopati (kerusakan pada saraf –saraf perifer) pada organ-organ yang mempunyai pembuluh darah kecil sehingga pada :
1. Retinopati diabetika (kerusakan saraf retina dimata) sehingga menyebabkan kebutaan.
  2. Neuropati diabetika (kerusakan saraf-saraf perifer) mengakibatkan baal/gangguan sensoris pada organ tubuh.
  3. Nefropati diabetika (kelainan/kerusakan pada ginjal) dapat menyebabkan gagal ginjal.
- c. Mikroangiopati
1. Kelainan pada jantung dan pembuluh darah seperti miokard infark maupun gangguan fungsi jantung karena arteriosklerosis
  2. Penyakit vaskuler perifer
  3. Gangguan sistem pembuluh darah otak atau stroke.
- d. Gangren diabetika karena adanya neuropati dan terjadi luka yang tidak sembuh-sembuh.



e. Difungsi erektil diabetika.

Angka kematian dan kesaktian dari diabetes terjadi akibat komplikasi seperti karena :

1. Hiperglikemia atau hipoglikemia.
2. Meningkatnya resiko infeksi.
3. Komplikasi mikrovaskuler seperti retinopati, nefropati.
4. Komplikasi neurofatik.
5. Komplikasi makrovaskuler seperti penyakit jantung koroner, stroke.

(Tarwonto, 2012).

#### 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Untuk menentukan penyakit DM, disamping dikaji tanda dan gejala yang dialami pasien juga penting adalah dilakukan test diagnostik diantaranya :

a. Pemeriksaan Gula Darah Puasa atau Fasting Blood Sugar (FBS)

Tujuan : menentukan jumlah glukosa darah pada saat puasa.

Pembatasan : tidak makan selama 12 jam sebelum test biasanya jam 08.00 pagi sampai jam 20.00, minum boleh.

Prosedur : darah diambil dari vena dan kirim ke laboratorium.

Hasil : Normal : 80-120 mg/100 ml serum  
Abnormal : 140 mg/100 ml atau lebih

b. Pemeriksaan gula darah posprandial

Tujuan : menentukan gula darah setelah makan.

Pembatasan : tidak ada.

Prosedur : pasien diberi makan kira-kira 100 gr karbohidrat, dua jam kemudian diambil darah venanya.

Hasil : normal : kurang dari 120 mg/100 ml serum  
 Abnormal : lebih dari 20 mg/100 ml atau lebih, indikasi DM.

c. Pemeriksaan toleransi glukosa oral / oral glukosa tolerance test (TTGO)

Tujuan : menentukan toleransi terhadap respons pemberian glukosa.

Pembatasan : pasien tidak makan 12 jam sebelum test dan selama test, boleh minum air putih, tidak merokok, ngopi atau minum teh selama pemeriksaan ( untuk mengukur respon tubuh terhadap karbohidrat), sedikit aktivitas, dan stress (keadaan banyak aktivitas dan stress menstimulasi epinephrine dan kortisol dan berpengaruh terhadap peningkatan gula darah melalui peningkatan glukoneogenesis).

Prosedur : pasien diberi makanan tinggi karbohidrat selama 3 hari sebelum test, kemudian puasa selama 12 jam, ambil darah puasa dan urin untuk pemeriksaan. Berikan 100 gr glukosa ditambah juicelemon melalui mulut, periksa darah dan urin  $\frac{1}{2}$ , 1, 2, 3, 4, dan 5jam setelah pemberian glukosa.

Hasil : normal puncaknya jam pertama setelah pemberian 140 mg/dl dan kembali normal 2 atau 3jam kemudian.

Abnormal : peningkatan glukosa pada jam pertama tidak kembali setelah 2 atau 3 jam, urine positive glukosa.

d. Pemeriksaan glukosa urin

Pemeriksaan ini kurang akurat karena hasil pemeriksaan ini banyak dipengaruhi oleh berbagai hal misalnya karena obat-obatan seperti aspirin, vitamin C dan beberapa antibioik, adanya kalainan ginjal dan pada lansia dimana ambang ginjal meningkat. Adanya glukosuria menunjukkan bahwa ambang terhadap glukosa terganggu.

e. Pemeriksaan ketone urine

Badan ketone merupakan produk sampingan proses pemecahan lemak, dan senyawa ini akan menumpuk pada darah dan urine. Jumlah keton yang besar pada urin akan merubah pereaksi pada strip menjadi keunguan. Adanya ketonuria menunjukkan adanya ketoasidosis.

f. Pemeriksaan kolestrol dan kadar serum trigleserida, dapat meningkat karena ketidakadekuatan kontrol glikemik.

g. Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c)

Pemeriksaan lain untuk memantau rata-rata kadar glukosa darah adalah glykosylated hemoglobin (HbA1c). Test ini mengukur prosentasi glukosa yang melekat pada hemoglobin. Pemeriksaan ini menunjukkan kadar glukosa darah rata-rata selama 120 hari sebelumnya, sesuai dengan eritrosit. Hb1Ac digunakan untuk

mengkaji kontrol glukosa jangka panjang, sehingga dapat memprediksi resiko komplikasi. Hasil Hb1Ac tidak berubah karena pengaruh kebiasaan makan sehari sebelum test. Pemeriksaan Hb1Ac dilakukan untuk diagnostik dan pada interval tertentu untuk mengevaluasi penatalaksanaan DM, direkomendasikan dilakukan 2 kali dalam setahun bagi pasien DM. Kadar yang direkomendasikan oleh ADA adalah  $<7\%$  (ADA, 2003 dalam Black & Hawks, 2005; Ignatovicus & Workman, 2006).

- h. Kultur jaringan pada luka ganggren
- i. Pemeriksaan organ lain yang mungkin terkait dengan komplikasi DM seperti pemeriksaan mata, saraf, jantung dll. ( Tarwoto, 2013)

#### 2.1.9 Penatalaksanaan

Tujuan penatalaksanaan pasien DM adalah :

- a. Menormalkan fungsi dari insulin dan menurunkan kadar glukosa darah.
- b. Mencegah komplikasi vaskuler dan neuropati
- c. Mencegah terjadinya hipoglikemia dan ketoasidosis.

Prinsip penatalaksanaan pasien DM adalah mengontrol gula darah dalam rentang normal. Untuk mengontrol gula darah, ada lima faktor penting yang harus diperhatikan yaitu :

- a. Asupan makanan atau management diet.
- b. Latihan fisik atau exercise.
- c. Obat-obatan penurunan gula darah.
- d. Monitoring gula darah

## Terapi

1. Tablet OAD (Orar Antidiabetik)
  - a. Sulfanilurea
  - b. Biguanida
2. Insulin (Tarwoto,2012)

## **2.2 Konsep Kerusakan Integritas kulit (Ganggren Kaki Diabetik)**

### 2.2.1 Definisi kerusakan kulit

Kerusakan integritas jaringan merupakan kondisi individu mengalami atau beresiko untuk mengalami perubahan pada jaringan, kornea, atau membran mukosa tubuh. Kerusakan integritas kulit yaitu kondisi ketika individu mengalami atau beresiko mengalami perubahan epidermis dan atau dermis (Lynda Juall. ED. 13,2012)

Kerusakan integritas jaringan merupakan cedera pada membran mukosa, kornea, sistem integumen, fascia muskular otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen yang mengganggu kesehatan (T. Herdman Heatrer, 2015-2017)

Ganggren kaki daibetik adalah luka pada kaki yang merah dan kehitam-hitaman dan berbau busuk akibat sumbatan yang terjadi di pembuluh darah sedang atau besar di tungkai (Bararah & Jauhar, 2013)

### 2.2.2 Klasifikasi

Derajat 0 : Tidak ada lesi terbuka, kulit masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “ claw, callus”.

Derajat I : Ulkus superfisial terbatas pada kulit

Derajat II : Ulkus dalam menembus tendon dan tulang

Derajat III : Abses dalam, dengan atau tanpa osteomyelitis

Derajat IV : Ganggren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis

Derajat V : Ganggren seluruh kaki atau sebagian tungkai.

Sedangkan Brand (1986) dan Ward (1987) membagi ganggren kaki menjadi dua golongan :

a. Kaki diabetik akibat iskemia (KDI)

Disebabkan penurunan aliran darah ke tungkai akibat adanya makroangiopati (aterosklerosis) dari pembuluh darah besar ditungkai, terutama di daerah betis. Gambaran klinis KDI :

b) Penderita mengeluh nyeri waktu istirahat.

c) Pada perabaan terasa dingin.

d) Pulsasi pembuluh darah kurang kuat.

e) Didapatkan ulkus sampai ganggren.

a. Kaki diabetik akibat Neuropati (KDN)

Terjadi kerusakan syaraf somatik, tidak ada gangguan dar sirkulasi.

Klinis di jumpai kaki yang kering, hangat, kesemutan, mati rasa, oedem kaki, dengan pulsasi pembuluh darah kaki teraba baik (Andra saferi & Yessie Mariza, 2013).

### 2.2.3 Etiologi kerusakan jaringan kulit ( ganggren kaki diabetik ),

Penyebab kerusakan integritas jaringan kulit dapat diklasifikasikan menjadi :

1. Adanya perubahan sirkulasi
2. Iritan kimia (misalnya, eksresi atau sekresi tubuh, obat)
3. Kekurangan atau kelebihan cairan
4. Hambatan mobilitas fisik
5. Defisit pengetahuan
6. Faktor mekanis (misalnya, tekanan, fiksi, dan gesekan)
7. Kekurangan atau kelebihan nutrisi
8. Radiasi termasuk radiasi terapiutik
9. Faktor suhu

(Judith M, 2012).

Faktor-faktor atas terjadinya ganggren kaki diabetik dibagi menjadi endogen dan faktor eksogen.

Faktor endogen :

- a. Genetik, metabolik.
- b. Angiopati diabetik.
- c. Neuropati diabetik.

Faktor eksogen :

- a. Trauma

b. Infeksi

c. Obat.

(Bararah & Jauhar, 2013).

Komponen saraf yang terlibat adalah saraf sensorik dan autonomik dan sistem pergerakan. Kerusakan pada saraf sensorik akan menyebabkan klien kehilangan sensasi nyeri dapat sebagian atau keseluruhan pada kaki yang terlibat (Suriadi, 2004). Faktor utama yang menimbulkan timbulnya ulkus diabetikum adalah angiopati, neuropati dan infeksi. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan ulserasi pada kaki klien. Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit pada tungkainya sesudah ia berjalan pada jarak tertentu. Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotika sehingga menyebabkan terjadinya luka yang sukar sembuh (Andra Saferi & Yessie Mariza, 2013).

#### 2.2.4 Patofisiologi

##### Gangren kaki diabetik

Terjadinya masalah kaki diawali adanya hiperglikemia pada penderita diabetes mellitus yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati, baik neuropati sensorik maupun motorik dan autonomik akan mengakibatkan berbagai perubahan pada kulit dan otot yang kemudian menyebabkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah



terjadinya ulkus. Adanya kerentanan terhadap infeksi menyebabkan infeksi mudah merebak menjadi infeksi yang luas. Faktor aliran darah yang kurang juga akan lebih lanjut menambah rumitnya pengelolaan kaki diabetes .

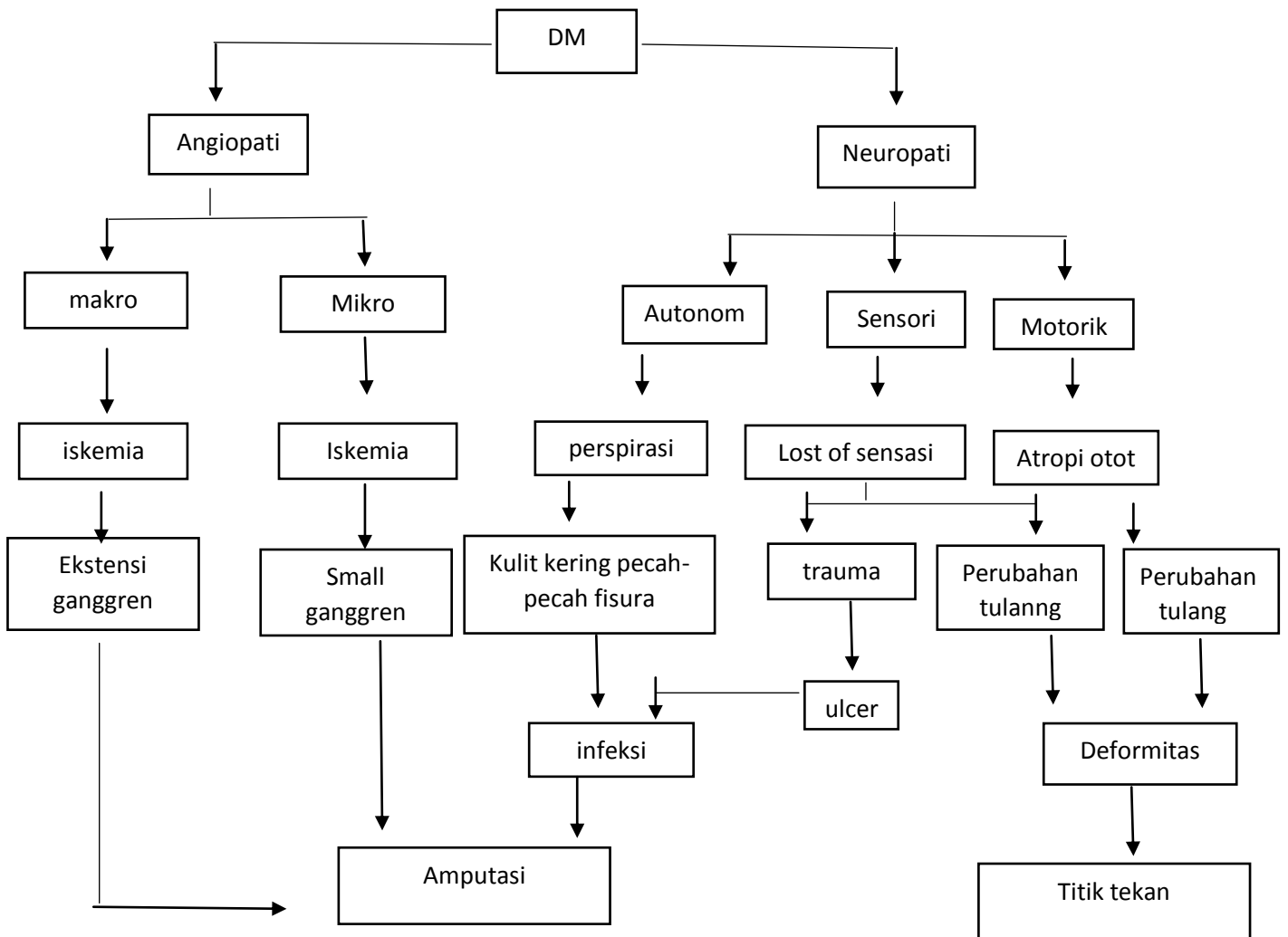
Ulkus diabetikum terdiri dari kavitas sentral biasanya lebih besar dibanding pintunya masuknya, dikelilingi kalus keras dan tebal. Awalnya proses pembentukan ulkus berhubungan dengan hiperglikemia yang berefek terhadap saraf perifer, kolagen, keratin dan suplai vaskuler. Dengan adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras pada daerah kaki yang mengalami beban terbesar. Neuropati sensoris perifer memungkinkan terjadinya trauma berulang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan area kallus. Selanjutnya terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya ruptur sampai permukaan kulit menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka upnormal menghalangi resolusi. Mikro organisme yang masuk mengadakan kolonisasi di daerah ini. Drainase yang inadkuat menimbulkan closed space infeksi. Akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun yang upnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya.

Penyakit neuropati dan vaskuler faktor utama yang berkontribusi terjadinya luka. Masalah luka yang terjadi pada klien dengan diabetik terkait dengan adanya pengaruh pada saraf yang terdapat pada kaki dan biasanya dikenal sebagai neuropati perifer. Pada klien diabetik sering kali mengalami gangguan pada sirkulasi. Gangguan sirkulasi ini adalah yang berhubungan dengan “ peripheral vaskuler diseases” efek sirkulasi inilah

yang menyebabkan kerusakan pada saraf. Hal ini terkait dengan diabetik neuropati yang berdampak pada sistem saraf autonom, yang mengontrol fungsi otot-otot halus, kelenjar dan organ viseral.

Dengan adanya gangguan saraf autonom adalah terjadinya perubahan tonus otot yang menyebabkan abnormalnya aliran darah. Dengan demikian kebutuhan akan nutrisi dan oksigen maupun pemberian antibiotik tidak mencukupi atau tidak dapat mencapai jaringan perifer, juga tidak memenuhi kebutuhan metabolisme pada lokasi tersebut. Efek pada autonom neuropati ini akan menyebabkan kulit menjadi kering, antihidrosis; yang memudahkan kulit menjadi rusak dan berkontribusi untuk terjadinya ganggren. Dampak lain adalah karena adanya neuropati perifer yang mempengaruhi kepada saraf sensorik dan sistem motorik yang menyebabkan hilangnya sensasi nyeri, tekanan dan perubahan temperatur (Andra Saferi & Yessie Mariza, 2013).

## 2.2.5 Mekanisme terjadinya ganggren kaki diabetik



Gambar 2.2 Kerangka pohon masalah ganggren diabetik, RSUD Jombang, januari 2016.  
(Erfandi, Evolusi Mnajamen Luka, 2013)

### 2.2.6 Manifestasi klinis kaki diabetik

1. Serangan lambat karena sedikit insulin diproduksi
2. Infeksi kandida karena bakteri hidup dari kelebihan glukosa
3. Penyembuhan tertunda/ lama karena naiknya kadar glukosa di dalam darah menghalangi proses kesembuhan (Mary & Donna, 2007).
  - a. Umumnya pada daerah plantar kaki
  - b. Berjalan yang kurang seimbang
  - c. Kebas, adanya rasa terbakar pada kulit
  - d. Kelemahan otot
  - e. Kulit kering
  - f. Kaki tidak bisa merasa (hialang atau berkurangnya sensasi nyeri )
  - g. Xerosis (keringnya kulit kronik)
  - h. Callus (kapalan) sebagai respon pada pressure dan shearing
  - i. Kelainan bentuk pada kaki ; Deformitas
  - j. Luka biasanya dalam dan berlubang
  - k. Hyperkeratosis pada sekeliling luka anhidrosis
  - l. Eksudat yang tidak begitu banyak
  - m. Biasanya luka tampak merah (Erfandi, 2013)

### 2.2.7 Komplikasi

#### Kaki Diabetik

Perubahan makroangiopati, mikroangiopati dan neuropati menyebabkan perubahan pada ekstremitas bawah. Komplikasinya dapat terjadi gangguan sirkulasi, terjadi infeksi, gangren, penurunan sensasi dan hilangnya fungsi saraf sensorik dapat menunjang terjadi trauma atau

tidak terkontrolnya infeksi yang mengakibatkan ganggren dan apabila ganggren sudah parah dan tidak mungkin sembuh, bahkan mungkin saja terpaksa dilakukan pemotongan jari atau sebagian kakinya (amputasi) (penyuluhan diabetes, dr. Waspadji,2006)

Derajat 0 : Tidak ada lesi terbuka, kulit masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “ claw, callus”.

Derajat I : Ulkus superfisial terbatas pada kulit

Derajat II : Ulkus dalam menembus tendon dan tulang

Derajat III : Abses dalam, dengan atau tanpa oosteomielitis

Derajat IV : Ganggren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis

Derajat V : Ganggren seluruh kaki atau sebagaian tungkai (Clevo & Margareth, 2012)

#### 2.2.8 Pemeriksaan penunjang

##### 1. Inspeksi

Denervasi kulit menyebabkan produktivitas keringat menurun, sehingga kulit kaki kering, pecah, rambut kaki / jari (-), kalus

Ulkus tergantung saat ditemukan (0-5)

##### 2. Palpasi

Kulit kering, pecah-pacah, tidak normal

Klusi arteri dingin, pulsasi (-)

Ulkus : kalus tebal dan keras (Andra Saferi & Yessie Mariza, 2013)

Pemeriksaan laboratorium

a. Pemeriksaan darah meliputi GDS >200 mg/dl, gula darah puasa >120 mg/dl dan dua jam post prandial >20mg/dl.

b. Urine

Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine pemeriksaan dilakukan dengan cara benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna pada urine hijau (+), kuning (++) , merah (+++), dan merah bata (++++).

c. Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman (Andra Saferi & Yessie Mariza, 2013)

#### 2.2.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ganggren kaki diabetik

a. Kontrol diabetes

Kadar gula darah yang tinggi di dalam pembuluh darah akan memperlambat peredaran darah, menurunkan intake glukosa kedalam sel sehingga sel-sel menjadi kelaparan dan tidak bisa regenerasi dengan baik selain itu fungsi leukosit menjadi menurun sehingga tubuh atau luka mudah mengalami infeksi (Erfandi, 2013)

b. Pengobatan dari ganggren diabetik sangat dipengaruhi oleh derajat dan dalamnya ulkus, apabila dijumpai ulkus yang dalam harus dilakukan pemeriksaan yang seksama untuk menentukan kondisi ulkus dan besar kecilnya debridement yang dilakukan. Dari penatalaksanaan

perawatan luka diabetik ada beberapa tujuan yang ingin dicapai, antara lain :

1. Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab.
2. Optimilisasi suasana lingkungan luka dalam kondisi lembab
3. Dukungan kondisi klie atau host (nutrisi, kontrol diabetes mellitus dan kontrol faktor penyerta)
4. Meningkatkan edukasi klien dan keluarga (Andra Saferi & Yessie Mariza,2013)

c. Perawatan luka

1. Lihat kondisi luka klien, apakah luka yang di alami klien dalam keadaan kotor atau tidak, ada pus atau ada jaringan nekrotik (mati) atau tidak. Setelah dikaji barulah di lakukan perawatan luka. Untuk perawatan luka biasanya menggunakan antiseptik (NaCl) dan kassa steril.
2. Jika ada jaringan nekrotik sebaiknya dibuang dengan cara digunting sedikit demi sedikit sampai kondisi luka mengalami granulasi (jaringan baru yang mulai tumbuh)
3. Lihat kedalam luka pada klien diabetes dilihat apakah terdapat sinus (luka dalam yang sampai berlubang) atau tidak, bila terdapat sinus, ada baiknya disemprot (irrigasi) dengan NaCl samapi pada kedalaman luka, sebab pada sinus terdapat banyak kuman.
4. Lakukan pembersihan luka sehari minimal 2 kali (pagi dan sore) setelah dilakukan perawatan lakukan pengkajian apakah sudah

tumbuh granulasi, (pembersihan dilakukan dengan kassa sterill yang di basahi larutan NaCl ).

5. Setelah luka di bersihkan lalu ditutupi dengan kassa basah yang diberi larutan NaCl lalu dibalut disekitar luas, dalam penutupan dengan kassa jaga agar jaringan luar agar luka tidak tertutup. Sebab itu jika jaringan luar luka ikut tertutup akan menimbulkan masrani(pembengkakkan ).
6. Setelah luka ditutup dengan kassa basah bercampur NaCl, lalu ditutup kembali dengan kassa sterill yang kering untuk selanjutnya dibalut.
7. Jika luka sudah mengalami menumbuhkan granulasi (pertumbuhan jaringan kulit yang baik / bagus yang mebuat luka rata), selanjutnya akan ada penutupan luka tahap kedua (skin draw), biasanya diambil dari kulit paha. Penanganan diabetes harus ekstra agresif sebab pada luka diabet kuman akan terus menyebar dan memperparah luka (Clevo & Margareth, 2012)

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengumpulan data**

Pengkajian merupakan langkah utama dan dasar utama dari proses keperawatan yang mempunyai dua kegiatan pokok, yaitu :

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang diperoleh



melalui anamnese, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

Demografi menggambarkan Identitas klien tentang Pengkajian mengenai nama, umur dan jenis kelamin perlu dikaji pada penyakit status diabetes mellitus. Umumnya diabetes melitus karena faktor genetik dan bisa menyerang pada usia kurang lebih 45 tahun. Alamat menggambarkan kondisi lingkungan tempat klien berada, dapat mengetahui mengetahui faktor pencetus diabetes mellitus. Status perkawinan, gangguan emosional yang timbul dalam keluarga atau lingkungan merupakan faktor pencetus diabetes mellitus, pekerjaan serta bangsa perlu dikaji untuk mengetahui adanya pemaparan bahan elergen. hal ini yang perlu dikaji tentang : tanggal MRS, Nomor Rekam Medik, dan Diagnosis Keperawatan Medis.

### 2.3.2 Keluhan utama

Keluhan utama meliputi;

- a. Nutrisi : peningkatan nafsu makan, mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, banyak minum dan perasaan haus.
- b. Eliminasi : perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, kesulitan berkemih, diare.
- c. Neurosensori : nyeri kepala, parathesia, kesemutan, pada ekstermitas, penglihatan kabur, gangguan penglihatan.
- d. Integumen : gatal pada kulit, gatal pada sekitar penis dan vagina, dan luka ganggren.
- e. Muskuloskeletal : kelemahan dan keletihan.

f. Fungsi seksual : ketidakmampuane ereksi (impoten), regiditas, penurunan libido, kesulitan orgasme pada wanita.

### 2.3.3 Riwayat penyakit sekarang

Adanya gatal pada kulit disertai luka tidak sembuh-sembuh, terjadinya kesemutan pada ekstermitas, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, dan menurunnya ketajaman penglihatan.

### 2.3.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Sebelumnya pernah mengalami penyakit diabetes mellitus selama 3 bulan dan pernah mengalami luka pada kaki

### 2.3.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat keluarga diabetes mellitus atau penyakit keturunan yang menyebabkan terjadinya difisiensi insulin misal, hipertensi, jantung.

### 2.3.6 Riwayat psikososial

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

### 2.3.7 Pola Fungsi Kesehatan

Pola-pola fungsi kesehatan

#### 1. Pola persepsi

Pola persepsi menggambarkan persepsi klien terhadap penyakitnya tentang pengetahuan dan penatalaksanaan penderita diabetes mellitus dengan ganggren kaki.

## 2. Pola nutrisi

Penderita diabetes mellitus mengeluh ingin selalu makan tetapi berat badannya justru turun karena glukosa tidak dapat ditarik ke dalam sel dan terjadi penurunan massa sel (Tarwoto, 2012)

## 3. Pola eliminasi

data eliminasi untuk buang air besar (BAB) pada klien diabetes mellitus tidak ada perubahan yang mencolok. Sedangkan pada eliminasi buang air kecil (BAK) akan dijumpai jumlah urin yang banyak baik secara frekuensi maupun volumenya.

## 4. Pola tidur dan istirahat

Sering muncul perasaan tidak enak efek dari gangguan yang berdampak pada gangguan tidur (insomnia)

## 5. Pola aktivitas

Pola pasien dengan diabetes mellitus gejala yang ditimbulkan antara lain keletihan, kelelahan, malaise, dan seringnya mengantuk pada pagi hari.

## 6. Nilai dan keyakinan

Gambaran pasien diabetes mellitus tentang penyakit yang dideritanya menurut agama dan kepercayaannya, kecemasan akan kesembuhan, tujuan dan harapan akan sakitnya.

### 2.3.8 Pemeriksaan fisik

#### 1. Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital.

2. Sistem penapasan

Adanya sesak nafas, nyeri dada, penderita diabetes mellitus mudah terjadi infeksi.

3. Sistem kardiovaskuler.

Adanya riwayat hipertensi, klaudikasi, kabas, kesemutan pada ekstermitas, ulkus pada kaki yang penyembuhannya lama, takikardi/bradikardi, perubahan tekanan darah.

4. Sistem neurologis

Terjadi penurunan sensori, parathesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi.

5. Sistem perkemihan

Poliuri, retensi urin, inkontinensia urin, rasa panas atau sakit saat berkemih

6. Sistem pencernaan

Terdapat polifagia, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen, obesitas.

7. Sistem integumen

Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan ganggren, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

8. Sistem muskuloskeletal

Penderita dengan diabetes mellitus akan mengalami penurunan gerak karena kelemahan fisik, kram otot, dan penurunan tonus otot. Yang

didapatkan pada pengkajian terjadi penurunan skor kekuatan otot pada ekstermitas. Range of motion (ROM) dari rentang persendian juga mengalami penurunan derajat sudutnya. Penderita juga dapat mudah jatuh kerana penurunan glukosa pada otak akan berakibat penurunan kerja pusat keseimbangan.

#### 2.3.9 Pemeriksaan Penunjang

##### a. Kadar glukosa

- 1) Gula darah sewaktu atau random  $>200\text{mg/dl}$ .
- 2) Gula darah puasa atau nuchter  $>140\text{ mg/dl}$ .
- 3) Gula darah 2 jam PP (post prandial)  $>200\text{ mg/dl}$

##### b. Aseton plasma jika hasil (+) mencolok.

##### c. Asam lemak bebas adanya peningkatan lipid dan kolesterol.

##### d. Osmolaritas serum ( $>330\text{ osm/l}$ ).

#### 2.3.10 Diagnosa Keperawatan Diabetes mellitus

Kerusakan integritas kulit

Definisi : perubahan / gangguan epidermis dan / dermis

## 2.3.11 Intervensi

Tabel 2.1 Intervensi Diagnosa Keperawatan sumber Nanda NIC –  
NOC (Huda, 2015)

No..	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	<p><b>Kerusakan integritas kulit</b>  <b>Definisi: perubahan/gangguan epidermis dan/atau dermis</b>            Batasan karakteristik:            1. Kerusakan lapisan kulit (dermis)            2. Gangguan permukaan kulit (epidermis)            3. Invasi struktur tubuh            Faktor yang ber hubungan:            1. Eksternal:                a. Zat kimia, radiasi                b. Usia yang ekstrim                c. Kelembaban, hipotermia                d. Faktor mekanik (gaya gunting (shearing forces)                e. Medikasi                f. Lembab                g. Imobilitasi fisik            2. Internal                a. Perubahan status cairan                b. Perubahan turgor                c. Faktor perkembangan                d. Kondisi ketidak seimbangan nutrisi (misal, obesitas, emasiiasi                e. Penurunan imunologis                f. Penurunan sirkulasi                g. Kondisi gangguan metabolik                h. Gangguan sensasi                i. Tonjolan tulang</p>	<p><i>noc</i>            1. Tissue integrity : skin and mocus membran (integritas jaringan : kulit dan membran mokus). indikator                a. suhu kulit                b. sensasi                c. hidrasi                d. perfusi jaringan                e. integritas kulit  <b>Kriteria hasil</b>            1. Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (sensasi, temperatur, hidrasi, pigmentasi)            2. Tidak ada luka/lesi pada kulit            3. Perfusi jaringan baik            4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang            5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatanalami</p>	<p><i>nic</i>            pressure management            1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar            2. Hindari kerutan pada tempat tidur            3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering            Rasional: Sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan resiko terjadinya kerusakan pada kulit/iritasi kulit dan infeksi            4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali            5. Monitor kulit akan adanya kemerahan            6. Oleskan lotion atau minyak/ baby oil pada daerah yang tertekan            7. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien            Rasional: Membantu dalam memventilasikan semua daerah tubuh            8. Monitor status nutrisi pasien            Rasional: menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi            9. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat            10. Kolaborasi dengan laboraturium            Rasional: untuk mengidentifikasi organisme, sehingga dapat memilih/memberikan terapi antibiotik yang terbaik            11. Kolaborasi dalam pemberian obat            Rasional: penanganan awal dalam membantu mencegah timbulnya sepsis</p>

### 2.3.12 Tujuan

- 1) Menunjukkan integritas jaringan kulit dan membran mukosa yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: gangguan eksternal, berat, sedang, ringan, atau tidak ada gangguan): suhu, elastis, hidrasi, dan sensasi, perfusi jaringan, keutuhan kulit.
- 2) Menunjukkan penyembuhan lukaprimier yang dibuktikan oleh indikasi berikut (sebutkan 1-5: tidak ada, sedikit, sedang, banyak atau sangat banyak): penyatuan kulit, penyatuan ujung tulang, pembentukan jaringan parut
- 3) Menunjukkan penyembuhan luka primer yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: gangguan ekstrem, berat, sedang, ringan, atau tidak ada gangguan). Eritema kulit sekitar, luka berbau busuk
- 4) Menunjukkan penyembuhan luka sekunder yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: tidak ada, sedikit, banyak atau sangat banyak): granulasi, pembentukan jaringan parut, penyusutan luka

### 2.3.13 Implementasi

Merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, serta melaksanakan adusa dokter dan ketentuan RS

#### 2.3.14 Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan rencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara melibatkan pasien dan sesama tenaga kesehatan (Wijaya & Putri, 2013).



## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan Semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian, mulai tahap persiapan sampai tahap penyusunan masalah dalam penelitian (Suryono,2013). Dalam penelitian studi kasus ini menggunakan metode deskriptif yang berarti suatu metode yang berupaya mengungkapkan keadaan yang terjadi saat ini, untuk selanjutnya dianalisis dan diinterpretasikan. Dimaksudkan untuk pengukuran yang cermat terhadap fenomena sosial tertentu. Peneliti mengembangkan konsep dan menghimpun fakta, dan memberikan dukungan terhadap apa yang disajikan (Singarimbun,1989).

Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup satu unit secara intensif misalnya satu klien atau dua klien. Meskipun jumlah subyek cenderung sedikit namun jumlah variabel yang berhubungan dengan masalah studi kasus. Rancangan dari studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangan penelitian waktu. Riwayat dan perilaku mempelajari suatu kejadian mengenai perseorangan (riwayat hidup). Pada metode studi kasus ini diperlukan banyak informasi guna mendapatkan bahan-bahan yang agak luas, sebelumnya biasanya dikaji secara rinci. Keuntungan paling besar dari rancangan ini pengkajian secara rinci, meskipun jumlah respondennya sedikit, sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subyek secara jelas (Nursalam, 2011).

Studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu. Dalam studi kasus ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan Diabetes Mellitus dengan masalah kerusakan integritas kulit.

### **3.2 Batasan Istilah**

Batasan istilah merupakan pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Dalam penelitian studi kasus batasan istilah adalah :

1. Asuhan keperawatan: adalah merupakan suatu hal yang tidak akan terlepas dari pekerjaan seseorang perawat dalam menjalankan tugas serta kewajibannya serta peran dan fungsinya terhadap pasiennya. Dalam studi kasus ini peneliti melaksanakan Asuhan Keperawatan diabetes melitus yaitu suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien yang mengalami masalah kerusakan integritas kulit dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan dan penelitian tindakan keperawatan (evaluasi).
2. Klien adalah seseorang yang menerima perawatan medis (setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada pelayanan kesehatan / dokter atau perawat).
3. Diabetes melitus merupakan penyakit menahun dan tidak dapat disembuhkan. Dan merupakan salah satu gangguan metabolik kronik yang

disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat yang ditandai dengan hiperglikemia. Penangan diabetes mellitus yang tidak tepat akan menyebabkan komplikasi salah satunya adalah kerusakan integritas kulit (ganggren kaki diabetik.)

4. Masalah diartikan sebagai penyimpangan antara yang seharusnya dengan apa yang benar-benar terjadi, antara teori dengan praktek, antara aturan dengan pelaksanaan, antara rencana dengan pelaksana.
5. Kerusakan integritas kulit merupakan kondisi individu mengalami atau beresiko untuk mengalami perubahan pada jaringan, atau membran mukosa tubuh, rusaknya jaringan akan mengalami perubahan.
6. Ganggren kaki diabetik adalah kondisi individu mengalami luka kaki yang merah dan kehitam-hitaman kadang seperti lubang, dan berbau busuk akibat sumbatan yang terjadi di pembuluh darah sedang atau besar di tungkai.

### **3.3 Partisipan**

Partisipan adalah Subyek yang berperan serta dalam suatu kegiatan, keikutansertaan dan peran serta. Partisipan pada studi kasus ini dipilih dengan menggunakan metode purposive. Metode purposive adalah metode pemilihan partisipan dalam suatu studi kasus dengan menentukan terlebih dahulu kriteria yang akan dimasukkan dalam studi kasus, dimana partisipan yang diambil dapat memberikan informasi yang berharga pada studi kasus (Nursalam,2013). Studi kasus ini menggunakan 2 klien dengan karakteristik Klien yang mengalami diabetes mellitus dengan kerusakan integritas kulit dengan karakteristik keadaan luka yang sama dan Klien yang mengalami diabetes mellitus dengan kerusakan integritas kulit dengan riwayat dan lamanya menderita diabetes mellitus dengan kerusakan integritas kulit

### **3.4 Lokasi dan waktu penelitian**

Lokasi dan waktu penelitian adalah suatu tempat atau wilayah dimana penelitian tersebut akan dilakukan. Lokasi studi kasus tersebut didasarkan pada:

1. Tempat banyaknya jumlah klien yang mengalami diabetes mellitus di ruang penyakit bedah (Ruang Dahlia) RSUD Jombang yang beralamat di JL. KH. Wahid Hasyim No 52, kec. Jombang Kab. Jombang apabila dibandingkan dengan wilayah yang lainnya.

2. Kemudahan akses peneliti terhadap partisipan.
3. waktu studi kasus ini peneliti akan melakukan penelitian mulai bulan Februari sampai dengan Maret 2016.

### **3.5 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan tahapan dalam proses penelitian yang penting, karena hanya dengan mendapatkan data yang tepat maka, proses penelitian akan berlangsung sampai mendapatkan jawaban dari perumusan masalah yang sudah ditetapkan (Nursalam, 2011)

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik menggunakan pengumpulan data dalam penelitian deskriptif, yaitu :

#### 1) Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau penderian secara lisan dari seseorang sasaran peneliti (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (face to face). Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan (Saryono,2013)

Materi wawancara meliputi : anamnesis berisi tentang (wawancara dengan subyek atau responden), keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga yang lain-lain sesuai dengan pedoman yang akan diungkap). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.

#### 2) Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan salah satu metode yang dilakukan dengan cara pengamatan dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat (terhadap perilaku dan lingkungan, baik sosial dan material individu atau kelompok yang diamati) (Saryono, 2013)

Observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat dan mencatat jumlah dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Jadi di dalam melakukan observasi bukan hanya mengunjungi, melihat, atau menonton saja, tetapi disertai keaktifan jiwa atau perhatian, khusus dan melakukan pencatatan-pencatatan. Dalam penelitian ini observasi dilakukan menggunakan pendekatan IPPA yaitu : Inspeksi, Perkusi, Auskultasi pada sistem tubuh pasien.

### 3) Studi dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, legger, agenda dan sebagainya (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini dokumentasi berupa hasil dari rekam medik, literatur, pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

## 3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan Data merupakan standar kebenaran suatu data hasil penelitian yang lebih menekankan pada data/ informasi daripada sikap dan jumlah orang. Untuk menetapkan keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan (pengujian). Pelaksanaan teknik pemeriksaan didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu. Ada empat kriteria yang digunakan yaitu derajat kepercayaan (credibility), keteralihan (transferability), kebergantungan (dependability) dan

kepastian (confirmability) (Sugiono, 2010). Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data / informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas hasil yang diinginkan. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 3 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari, sehingga waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah 4 hari.
2. Triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh responden,. Adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu keluarga klien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien.

### **3.7 Analisa Data**

Analisa data merupakan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satu uraian dasar, sehingga dapat ditemukan tema tertentu (Moleong, 2007). Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan

cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

1) Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, Observasi, Dokumen).

Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2) Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3) Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4) Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data



yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

### 3.8 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti izin dari institusi untuk melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi : *informed consent* (persetujuan menjadi responden), *anonymity* (tanpa nama), dan *confidentially* (kerahasiaan) (Tri,2015)

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

- 1) *Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.
- 2) *Anonymity* (tanpa nama); masalah etika penelitian merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaa subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau menempatkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.
- 3) *Confidentiality* (kerahasiaan); masalah ini merupakan masalah etika dengan memberi jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi

maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaanya oleh peneliti.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengkajian dilakukan di RSUD Jombang JL. KH. Wahchid Hasyim No. 52 Jombang Ruang Dahlia 3G dan 3I, dan kapasitas 18 tempat tidur dengan klien 18 yang opname disertai ventilasi dan ruangan yang bersih.

##### 4.1.2 Pengkajian

###### 1) Identitas Klien

<b>IDENTITAS KLIEN</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Nama	Ny. S	Tn. D
Umur	52 tahun	50 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	swasta
Status perkawinan	Sudah menikah	Sudah menikah
Alamat	Plosorejo johowinong / Jombang	Suno RT 01 RW 02 Nepuhrejo Nudo
Suku/bangsa	Jawa/WNI	Jawa/WNI
Tanggal MRS	29 Februari 2016	02 Maret 2016
Tanggal Pengkajian	03 Maret 2016	03 Maret 2016
Jam Masuk	13:09:13 WIB	23:43:11WIB
No. RM	27-18-XX	30-39-XX
Diagnosa masuk	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus

###### 2) Riwayat Penyakit

<b>RIWAYAT PENYAKIT</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Keluhan utama	Klien mengatakan badan lemas.	Klien mengatakan badan lemas.
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan badan lemas sudah $\pm$ 4 hari, demam sudah $\pm$ 3 hari dan pusing+, klien kecapekan kemudian merendam kaki dengan air hangat juga meminum juss kacang panjang dan tomat, besok	Klien mengatakan bahwa ia menyadari selama 5 tahun menderita penyakit gula ia tidak pernah menghindari makanan yang bisa menyebabkan kekambuhan, kemudian pada tanggal 01 februari

	<p>harinya tumbuh luka melempuh bulat karena semakin lebar lukanya dan berbau tidak sedap di sertai nyeri, sebelumnya juga terdapat luka tusukan terkena benda tajam (paku)akhirnya pada tanggal 29 februari 2016 klien di bawa ke IGD dan di rawat inap di ruang Dahlia RSUD Jombang pukul 12:00 wib.</p>	<p>2016 klien badannya tiba-tiba lemas mual + muntah + pusing + dan menggigil dan klien mengatakan lukanya tidak nyeri akibat luka terkena paku tetapi luka sudah lebar dan baunya tidak sedap, akhirnya klien di bawa ke RSUD Jombang pada tanggal 02 februari 2016 pukul 21:00 wib</p>
<p>Riwayat penyakit dahulu</p>	<p>Klien mengatakan menderita penyakit diabetes mellitus sejak tahun 2015, klien mengatakan dulu pernah luka kaki sebelah kiri, tetapi sudah di operasi, klien juga mengatakan bb sebelum menderita DM 80 kg dan setelah menderita DM 45 kg.</p>	<p>Klien mengatakan dulu menderita tekanan darah rendah, karena pekerjaannya sebagai kuli angkat pupuk ia setiap hari mengkonsumsi hampir 2 kg gula yang di larutkan dengan air untuk menambah energi yang berhubungan dengan pekerjaannya, berapa bulan yaitu tahun 2011 kemudian kaki klien timbul luka bulat seperti mata sapi, klien mengatakan bb sebelum menderita DM 105 kg, setelah menderita DM 80kg.</p>
<p>Riwayat keluarga</p>	<p>Keluarga klien mengatakan jika anggota keluarga dari bapak ibu tidak mempunyai riwayat penyakit seperti klien.</p>	<p>Keluarga klien mengatakan jika anggota keluarga dari bapak ibu tidak mempunyai riwayat penyakit seperti klien</p>
<p>Riwayat psikososial</p>	<p>1. Respon pasien terhadap penyakitnya: Ny. S mengagap penyakitnya ini adalah cobaan dari Tuhan. 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya dikeluarga dan masyarakat: Ny. S hanya bisa berbaring ditempat tidur dan tidak bisa melakukan apa-apa klien tidak bisa berkumpul dengan semua keluarganya</p>	<p>1. Respon pasien terhadap penyakitnya: Tn. D mengagap penyakitnya ini adalah cobaan dari Tuhan. 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya dikeluarga dan masyarakat: Tn. D hanya bisa berbaring ditempat tidur dan tidak bisa melakukan kewajibannya sebagai seorang kepala keluarga yaitu tulang</p>

	dan masyarakat.	punggung keluarganya selain itu klien tidak bisa berkumpul dengan semua keluarganya dan masyarakat.
Pengkajian spiritual	Klien walaupun sedang sakit selalu berihitar lahir batin akan kesembuhannya, klien jarang melakukan ibadah.	Klien tetap bersyukur dengan keadaannya saat ini walaupun sedang sakit selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien tidak melakukan ibadah selama dirumah sakit

### 3) Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan sistem)

<b>POLA KESEHATAN</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Pola manajemen kesehatan	Klien mengatakan saat sakit berobat di dokter yang berada di sekeliling rumahnya, klien bahkan sering memeriksakan kadar gulanya ke tenaga medis setempat.berhubung penyakitnya perlu perawatan lebih lanjut klien akhirnya berobat ke RSUD Jombang.	Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah berobat di rumah sakit atau tenaga medis di desanya, klien juga mengatakn bahwa ia jarang sekali memeriksakan kadar gulanya ke tenaga medis setempat, berhubung klien memerlukan perawatan, keluarga klien memutuskan berobat di RSUD Jombang.
Pola nutrisi	Klien mengatakan sebelum sakit, selera makan baik, makan 3X/hari dengan menu nasi dan lauk pauk, minum air putih, kurang lebih 1500ml/hari. Ketika sakit klien mengatakan selera makan menurun, karena tidak terbiasa makan makanan diet yang diberikan oleh tim gizi, makan 3X/hari dengan menu nasi dan lauk pauk,minum air putih kurang lebih 500 ml/hari. Klien diet rendah glukosa.	Klien mengatakan nafsu makannya sebelum dan setelah sakit tidak berubah, selera makan tetap baik, makan 3X/hari nasi lauk pauk, hanya saja minum sedikit berkurang dirumah ± 1500ml/hari dirumah sakit ±500 ml/hari, Klien diet rendah glukosa.
Pola eliminasi	Klien mengatakan kebiasaan BAK d rumah 5x/hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/hari, warna kuning dan khas bau feses. Ketika di rumah sakit klien mengatakan BAK 2x/hari dan selama 3hari di Rumah Sakit klien blum BAB.	Klien mengatakan kebiasaan BAK dirumah 7x/hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/hari, warna kuning dan khas bau feses. Ketika di rmah sakit klien mengatakan BAK 4x/hari dan selama 1 hari di Rumah Sakit klien blum BAB.
Pola istirahat-tidur	Klien mengatakan ketika	Ketika Tn.D masih sehat, klien

	istirahat tidur di rumah 7-8jam/hari dengan perlengkapan dan penerangan yang baik. Klien mengtakan susah tidur ketika di Rumah Sakit, kadang terbangun karena merasakan nyeri di luka kakinya, tidur 4-5 jam/hari dengan perlengkapan dan penenrangan yang tidak sesuai dengan kebiasaan klien di rumah.	tidak pernah tidur dan malam hari $\pm$ 8 jam. Tetapi terdapat perubahan pola tidur dan istirahat ketika Tn. D dalam keadaan sakit yaitu tidur pada siang hari $\leq$ 2 jam dan pada malam hari $\leq$ 6jam.
Pola aktivitas	Disaat Ny. S dirumah selalu melakukan aktivitas dengan mandiri. Tetapi di rumah sakit semuanya dibantu oleh keluarganya.	Disaat Tn. D dirumah selalu melakukan aktivitas dengan mandiri (walau ia menderita sakit DM ia tetap bekerja keras) Tetapi di rumah sakit semuanya dibantu oleh keluarganya.
Pola reproduksi seksual	Ny. S masih ada keinginan untuk melakukan hubungan seksual dan Ny. S sudah menikah dan memiliki 3 anak.	Tn. D masih ada keinginan melakukan hubungan seksual dan Tn. D sudah menikah dan memiliki 2 anak.
Pola penanggulangan stress	Ny. S tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu memusyawarahkan dengan keluarga untuk menentukan jalan keluarnya.	Tn. D mengalami stress karena semenjak ia sakit istrinyalah yang menjadi tulang punggung keluarga, sementara anaknya masih memerlukan biaya untuk bangku sekolah.

#### 4) Pemeriksaan fisik (pendekatan head to toe/pendekatan sistem)

Obsevasi	Klien 1	Klien 2
S	37,5 °C	38,8 °C
N	82 x/menit	88 x/menit
TD	100/70 mmHg	110/70 mmHg
RR	20 x/menit	22 x/menit
GGS	4 5 6	4 5 6
Kesadaran	Composmentis, CRT < 2 detik	Composmentis, CRT < 2 detik
Kedaaan umum	lemah , nyeri luka di kaki kakan , mual- muntah - pusing + , terdapat luka tusukan benda tajam di ekstermitas bawah sebelah kann	Lemah, luka di kaki kanan, mual + muntah + pusing + menggigil, serta terdapat luka tusukan benda tajam di ekstermitas bawah sebelah kakan
GDA	414	525
Pemeriksaan fisik (6B) B1 breathing	Inspeksi : bentuk dada simetris, pola napas teratur/ vesikuler, pergerakan dinding dada normal, tidak ada tarikan otot bantut, RR: 20X/mnt. Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi: sonor (paru kanan dan	Inspeksi : bentuk dada simetris, pola napas teratur/ vesikuler, pergerakan dinding dada normal, tidak ada tarikan otot bantut, RR: 22X/mnt. Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi: sonor (paru kanan dan

	kiri normal) Auskultasi: suara normal (vesikuler)	kiri normal) Auskultasi: suara normal (vesikuler)
B2 bleeding	Inspeksi: konjungtiva pucat, seklera putih Palpasi: tidak ada nyeri tekan, CRT < 2 dan akril dingin Perkusi: pekak. Auskultasi: suara jantung reguler, TD: 100/70mmHg, nadi: 82X/mnt	Inspeksi: konjungtiva pucat, seklera putih Palpasi: tidak ada nyeri tekan, CRT < 2 dan akril dingin Perkusi: pekak. Auskultasi: suara jantung reguler, TD: 110/70mmHg, nadi: 88X/mnt
B3 brain	Inspeksi: kesadaran composmentis , GCS 4-5-6, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada gangguan pendengaran Palpasi: adanya nyeri tekan pada luka, skala nyeri : 4 (sedang)	Inspeksi: kesadaran composmentis , GCS 4-5-6, tidak ada gangguan penglihatan, tidak ada gangguan pendengaran Palpasi: adanya nyeri tekan pada luka, skala nyeri : 4(sedang)
B4 bladder	Inspeksi: tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada lesi, tidak terpasang catheter Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada ginjal.	Inspeksi: tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada lesi, tidak terpasang catheter Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada ginjal.
B5 bowel dan reproduksi	Inspeksi: mukosa bibir kerring, tidak terpasang NGT, tidak muntah, tidak sakit menelan, bentuk abdomen simetris Palpasi: tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar Perkusi: timpani Auskultasi: bisimng usus 12x/mnt.	Inspeksi: mukosa bibir kerring, tidak terpasang NGT, muntah, tidak sakit menelan, bentuk abdomen simetris Palpasi: tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar Perkusi: timpani Auskultasi: bisimng usus 10x/mnt
B6 bone muskuloskeletal	Inspeksi : terdapat luka pada ekstermitas bawah sebelah kanan, luka di samping punggung kaki dan atas punggung kaki luka berwarna kuning keputihan, terdapat edema pada pergelangan dan punggung kaki, dan terdapat jaringan nekrosis, Palpasi: di luka terdapat pus (nanah), akril dingin, kulit kering, kulit mengelupas di	Inspeksi: terdapat luka pada ekstermitas bawah sebelah kanan., luka berwarna kuning keputihan, terdapat edema pada pergelangan, adanya kalus, dan terdapat jaringan nekrosis, jari kelingking berwarna merah, tumbuh benjolan seperti mata sapi di tumit dan telapak kaki Palpasi: di luka terdapat pus

	daerah luka. Terdapat luka bekas terkena paku.	(nanah), akral hangat, kulit kering, dan terdapat kalus mengelupas, klit mengelupas di daerah luka. Terdapat luka bekas terkena paku.
Data psiko sosial spiritual	Klien mengatakan aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya yaitu pengajian rutin dan ikut arisan ibu PKK. Klien beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah.	Klien mengatakan aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada dalam lingkungannya yaitu kerja bakti dan kegiatan sosial lainnya. Klien beagama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah.

## 6) Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada Ny. S

1. Laboraturium :Terlampir
2. GDA : Tgl 29/02/2016 (414)
3. Pemeriksaan laboraturium : Tgl 29/02/2016 13:09:13

Pemeriksaan diagnostik pada Tn. D

1. Laboraturium :Terlampir
2. GDA : Tgl 02/03/2016 (525)
3. Pemeriksaan laboraturium : Tgl 02/03/2016 23:11:43

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	Klien 1	Klien 2	
<b>Hematologi</b>			
Darah lengkap otomatis			
- Hemoglobin	7,4	11,1	11,4 - 17,77/dl
- Lekosit	13.800	17.700	4.700 – 10.300/cmm
- Hematokrit	22.2	33.1	37,48%
- Eritrosit	2.640.000	4.140.000	L4,5 – 5,5;P4 – 5Jt/ul
- Trombosit	313.000	179.000	150.000 -350.000/cmm
- Hitung jenis			
• Eosinofit	-	-	1– 3%
• Basofil	-	-	
• Batang	-	-	3 – 5%
• Segmen	88	90	50 – 65%
• Limposit	10	6	25 – 35%
• Monosit	4	4	4 – 10%
<b>Kimia klinik</b>			
- Glukosa sewaktu	414	525	<200mg/dl
- Kreatinin serum	0,95	44.5	L<1,5;<1,2mg/dl
- Urea	40,8	4,5	10 – 50mg/dl

<b>Terapi</b>			
	Klien 1		Klien 2
Infus RL	20tpm/mnt	Infus RL	20tpm/mnt
Infus metronidasol	2x1 fles	Infus metronidasol	2x1 fles
Inj Ceftriaxon	100ml 2 x 1 (Via IV)	Injek Ceftriaxon	100ml 2 x 1 (Via IV)
Inj Antrain	500mg 2 x 1 (Via IV)	Injek Antrain	500mg 3 x 1 (Via IV)
RI (reguler insulin)	3 x 10 unit	Injek Ranitidin	25mg 2x1 (Via IV)
		RI (reguler insulin)	3x 16 unit



### 4.1.3 ANALISA DATA

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
	Klien 1	
Data subjektif : klien mengatakan badannya lemas , terdapat luka terkena paku di kaki sebelah kanan disertai nyeri.	diabetes mellitus ↓ tusukan benda tajam ↓ kekebalan tubuh menurun ↓	Kerusakan integritas kulit
Data objektif: Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik Skala nyeri 4 (sedang) GDA : 414 TTV TD: 100/70 mmHg RR : 20 x/menit S : 36 °C N : 82x/mnt Klien tampak lemah, gelisah, akral hangat Mukosa bibir kering, raut wajah pucat kedalam luka ±2cm luas luka ± 4cm luka berbau terdapat pus pada luka warna kuning keputihan klien merasa nyeri setelah dilakukan perawatan terdapat memar di sekitar kulit, , terpasang infus RL 20 tpm	neuropati ↓ sensori ↓ lost of sensasi ↓ trauma ↓ klien tidak merasa sakit ↓ nekrosis luka ↓ ganggren ↓ kerusakan integritas kulit	

Klien 2		
Data subjektif: klien mengatakan badannya Lemas, terdapat luka terkena paku disertai nyeri.	diabetes mellitus ↓ tusukan benda tajam ↓ kekebalan tubuh menurun ↓ neuropati ↓ sensori ↓ lost of sensasi ↓ trauma ↓ klien tidak merasa sakit ↓ nekrosis luka ↓ ganggren ↓ kerusakan integritas kulit	Kerusakan integritas kulit
Data objektif: Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik Skala nyeri 4 (sedang) GDA : 525 TTV S : 38,8 °C N: 88 x/menit TD : 110/70 mmHg RR : 22 x/menit		
Tubuh pasien tampak lemas, akral hangat, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, terdapat luka pada ekstermitas bawah sebelah kanan, luka berwarna merah, terdapat odema, terdapat jaringan kalus, adanya pus, luas luka ± 3 cm, terpasang infus RL 20 tpm di ekstermitas atas sebelah sinistra klien merasa nyeri setelah dilakukan perawatan terdapat memar di sekitar kulit		

#### 4.1.4 Diagnosa keperawatan

Data	Etiologi	Problem (masalah)
<b>Klien 1</b> Data subjektif : klien mengatakan badannya lemah , terdapat luka terkena paku di kaki sebelah kanan disertai nyeri.	<b>Kerusakan integritas kulit</b>	<b>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sensasi akibat diabetese mellitus</b>
Data objektif: Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik Skala nyeri 4 (sedang) GDA : 414		

---

TTV  
 TD: 100/70 mmHg  
 RR : 20 x/menit  
 S : 36 °C  
 N : 82x/mnt  
 Klien tampak lemah,  
 gelisah, akral hangat  
 Mukosa bibir kering, raut  
 wajah pucat  
 kedalam luka  $\pm$ 2cm  
 luas luka  $\pm$  4cm  
 luka berbau  
 terdapat pus pada luka  
 warna kuning keputihan  
 klien merasa nyeri setelah  
 dilakukan perawatan  
 terdapat memar di sekitar  
 kulit, , terpasang infus RL  
 20 tpm

**Klien 2**

---

Data subjektif: klien mengatakan badannya Lemah, terdapat luka terkena paku disertai nyeri.

**Kerusakan integritas kulit**

**Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sensasi akibat diabetes mellitus**

Data objektif:

Keadaan umum : lemah  
 Kesadaran : composmentis  
 GCS 4-5-6, CRT < 2 detik  
 Skala nyeri 4 (sedang)  
 GDA : 525  
 TTV  
 S : 38,8 °C  
 N: 88 x/menit  
 TD : 110/70 mmHg  
 RR : 22 x/menit

Tubuh pasien tampak lemas, akral hangat, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, terdapat luka pada ekstermitas bawah sebelah kanan, luka berwarna merah, terdapat odema, terdapat jaringan kalus, adanya pus, luas luka  $\pm$  3 cm, terpasang infus RL 20 tpm di ekstermitas atas sebelah sinistra, klien merasa nyeri setelah dilakukan perawatan

---

---

terdapat memar di sekitar  
kulit

---

#### 4.1.5 INTERVENSI KEPERAWATAN

DIAGNOSIS KEPERAWATAN (Tujuan, Kriteria Hasil)	NOC	NIC
Klien 1 (Ny. S)		
<p><b>Kerusakan integritas kulit</b> <b>Berhubungan dengan gangguan sensasi akibat diabetes mellitus</b></p>	<p><i>Noc</i></p> <p>Tujuan : setelah dilakukan auahn keperawatan 3x24 jam di harapkan luka klien membaik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Integritas kulit: jaringan dan membrane mukosa</b></li> </ol> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sensasi</li> <li>b. Perfusi jaringan</li> <li>c. Integritas kulit</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>2. Perawatan luka :</b></li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perkiraan kulit</li> <li>b. Perkiraan bekas luka</li> <li>c. Luka berbau</li> <li>d. Memar sekitar kulit</li> <li>e. Granulasi</li> <li>f. Penurunan lebar luka</li> <li>g. Inflamasi luka</li> </ol> <p><b>Kriteria hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (sensasi, temperatur, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>2. Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>3. Perfusi jaringan baik</li> <li>4. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kulit serta perawatan alami</li> </ol>	<p><i>Nic</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Pencegahan luka tekan</b></li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>b. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>c. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>d. Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>e. Oleskan lotion atau minyak/ baby oil pada daerah yang tertekan</li> <li>f. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien</li> <li>g. Observasi luka : lokasi dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan, granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tandainfeksi lokal, formasi traktus</li> <li>h. Monitor status nutrisi pasien</li> <li>i. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>j. Kolaborasi denngan laboraturium</li> <li>k. Kolaborasi dalam pemberian obat</li> <li>l. Ajarkan keluarga klien cara merawat kaki diabetes</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>2. Perawatan luka</b></li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lepas pembalut luka</li> <li>b. Monitor karakteristik luka,</li> </ol>

---

- 
- termasuk warna, ukuran dan bau
  - c. Bersihkan dengan larutan NaCl
  - d. Ganti pembalut luka sesuai dengan kebutuhan
  - e. Lakukan tehnik pembalutan steril saat melakukan rawat luka
  - f. Inspeksi luka setiap mengganti pembalut
  - g. Catat setiap perubahan yang terjadi pada luka
  - h. Bantu klien dan keluarga mendapatkan dukungan
  - i. Ajarkan klien dan keluarga cara merawat luka
  - j. Kolaborasi dengan tim medis lainnya.

Klien 2 (Tn. D)

	<i>Noc</i>	<i>Nic</i>
<p><b>Kerusakan integritas kulit Berhubungan dengan gangguan sensasi akibat diabetes mellitus</b></p>	<p>Tujuan : setelah dilakukan auahn keperawatan 3x24 jam di harapkan luka klien membaik.</p> <p><b>1. Integritas kulit: jaringan dan membrane mukosa</b></p> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d. Sensasi</li> <li>e. Perfusi jaringan</li> <li>f. Integritas kulit</li> </ul> <p><b>2. Perawatan luka :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>h. Perkiraan kulit</li> <li>i. Perkiraan bekas luka</li> <li>j. Luka berbau</li> <li>k. Memar sekitar kulit</li> <li>l. Granulasi</li> <li>m. Penurunan lebar luka</li> <li>n. Inflamasi luka</li> </ul>	<p><b>1. Pencegahan luka tekan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>b. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>c. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>d. Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>e. Oleskan lotion atau minyak/ baby oil pada daerah yang tertekan</li> <li>f. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien</li> <li>g. Observasi luka : lokasi dimensi, kedalaman luka, karakteristik, warna cairan,</li> </ul>

---

---

**Kriteria hasil**

5. Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (sensasi, temperatur, hidrasi, pigmentasi)
6. Tidak ada luka/lesi pada kulit
7. Perfusi jaringan baik  
Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kulit serta perawatan alami

- granulasi, jaringan nekrotik, tanda-tandainfeksi lokal, formasi traktus
- h. Monitor status nutrisi pasien
  - i. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat
  - j. Kolaborasi dengan laboratorium
  - k. Kolaborasi dalam pemberian obat
  - l. Ajarkan keluarga klien cara merawat kaki diabetes

**3. Perawatan luka**

- a. Lepas pembalut luka
- b. Monitor karakteristik luka, termasuk warna, ukuran dan bau
- c. Bersihkan dengan larutan NaCl
- d. Ganti pembalut luka sesuai dengan kebutuhan
- e. Lakukan tehknik pembalutan steril saat melakukan rawat luka
- f. Inspeksi luka setiap mengganti pembalut
- g. Catat setiap perubahan yang terjadi pada luka
- h. Bantu klien dan keluarga mendapatkan dukungan
- i. Ajarkan klien dan keluarga cara merawat luka

Kolaborasi dengan tim medis lainnya.

---

## IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Klien 1 (Ny. S)

Waktu	Implementasi Keperawatan			Paraf
	Hari/ Tanggal	Hari/ Tanggal	Hari/ Tanggal	
	03 Maret 2016	04 Maret 2016	05 Maret 2016	
08.00	a. Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.	a. Melakukan perawatan luka	a. Melakukan perawatan luka	
08.30	b. Melakukan perawatan luka	b. Menghindari kerutan pada tempat tidur, untuk mencegah terjadinya dikubitus atau luka baru dengan cara melakukan perbed setiap hari	b. Menghindari kerutan pada tempat tidur, untuk mencegah terjadinya dikubitus atau luka baru dengan cara melakukan perbed setiap hari	
08.45	c. Mengajarkan keluarga klien cara merawat luka kaki diabetes dan mengajarkan pentingnya menjaga kebersihan alat dan balutan	c. Mengajarkan keluarga klien cara merawat luka kaki diabetes dan mengajarkan pentingnya menjaga kebersihan alat dan balutan	c. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar luka tidak semakin parah dan tidak menimbulkan luka baru dengan melakukan rawat luka setiap hari	
08.45	d. Menghindari kerutan pada tempat tidur, untuk mencegah terjadinya dikubitus atau luka baru dengan cara melakukan perbed setiap hari	d. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar luka tidak semakin parah dan tidak menimbulkan luka baru dengan melakukan rawat luka setiap hari	d. Mengajarkan keluarga klien cara merawat luka kaki diabetes dan mengajarkan pentingnya menjaga kebersihan alat dan balutan	
09.00	e. Berkolaborasi dalam pemberian obat Terapi Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol 2x1 fles Inj Ceftriaxson 100ml 2 x 1 (Via IV) Inj Antrain 500mg 2 x 1 (Via IV) RI (reguler insulin) 3 x 10 unit	e. Berkolaborasi dalam pemberian obat Terapi Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol 2x1 fles Inj Ceftriaxson 100ml 2 x 1 (Via IV) Inj Antrain 500mg 2 x 1 (Via IV) RI (reguler insulin) 3 x 10 unit	e. Berkolaborasi dalam pemberian obat Terapi Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol 2x1 fles Inj Ceftriaxson 100ml 2 x 1 (Via IV) Inj Antrain 500mg 2 x 1 (Via IV) RI (reguler insulin) 3 x 10 unit	
10.00	f. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar luka tidak semakin parah dan tidak menimbulkan luka baru dengan melakukan rawat luka setiap hari	f. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali, untuk mencegah terjadinya dikubitus dan melancarkan sirkulasi darah (pasif)	f. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali, untuk mencegah terjadinya dikubitus dan melancarkan sirkulasi darah (aktif)	
10.15	g. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali, untuk mencegah terjadinya dikubitus dan melancarkan sirkulasi darah	g. Memonitor kulit akan adanya kemerahan, untuk melihat luka sudah menunjukkan perubahan dan akan segera sembuh	g. Memonitor kulit akan adanya kemerahan, untuk melihat luka sudah menunjukkan perubahan dan akan segera sembuh	

10.30	h. Memonitor kulit akan adanya kemerahan, untuk melihat luka sudah menunjukkan perubahan dan akan segera sembuh	h. Memonitor aktifitas dan mobilisasi pasien, untuk melancarkan sirkulasi darah, mencegah terjadinya dikubitus, mengencangkan sendi-sendi	h. Memonitor aktifitas dan mobilisasi pasien, untuk melancarkan sirkulasi darah, mencegah terjadinya dikubitus, mengencangkan sendi-sendi
11.00	i. Memonitor aktifitas dan mobilisasi pasien, untuk melancarkan sirkulasi darah, mencegah terjadinya dikubitus, mengencangkan sendi-sendi	i. Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan	i. Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan
12.00	j. Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan	j. Berkolaborasi dengan laboratorium, untuk memantau gula darah pasien	j. Berkolaborasi dengan laboratorium, untuk memantau gula darah pasien
13.00	k. Berkolaborasi dengan laboratorium, untuk memantau gula darah pasien		

## IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Klien 2. (Tn. D)

Waktu	Implementasi Keperawatan			Paraf
	Hari/ Tanggal	Hari/ Tanggal	Hari/ Tanggal	
	03 Maret 2016	04 Maret 2016	05 Maret 2016	
08.15	a. Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.	a. Melakukan Perawatan luka	a. Melakukan perawatan luka	
08.45	b. Melakukan Perawatan luka	b. Menghindari kerutan pada tempat tidur, untuk mencegah terjadinya dikubitus atau luka baru dengan cara melakukan perbed setiap hari	b. Menghindari kerutan pada tempat tidur, untuk mencegah terjadinya dikubitus atau luka baru dengan cara melakukan perbed setiap hari	
08.45	c. Mengajarkan keluarga klien cara merawat luka kaki diabetes dan mengajarkan pentingnya menjaga kebersihan alat dan balutan	c. Mengajarkan keluarga klien cara merawat luka kaki diabetes dan mengajarkan pentingnya menjaga kebersihan alat dan balutan	c. Mengajarkan keluarga klien cara merawat luka kaki diabetes dan mengajarkan pentingnya menjaga kebersihan alat dan balutan	
09.15	d. Menghindari kerutan pada tempat tidur, untuk mencegah terjadinya dikubitus atau luka baru dengan cara melakukan perbed setiap hari	d. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar luka tidak semakin parah dan tidak menimbulkan luka baru dengan melakukan rawat luka setiap hari	d. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar luka tidak semakin parah dan tidak menimbulkan luka baru dengan melakukan rawat luka setiap hari	



09.30	e. Berkolaborasi dalam pemberian obat Terapi Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol 2x1 fles Inj Ceftriaxson 100ml 2 x 1 (via IV) Inj Ranitidin 25mg 2x1 (via IV) Inj Antrain 500mg 2x1 (via IV) RI (reguler insulin) 3 x 16 unit	e. Berkolaborasi dalam pemberian obat Terapi Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol 2x1 fles Inj Ceftriaxson 100ml 2 x 1 (via IV) Inj Ranitidin 25mg 2x1 (via IV) Inj Antrain 500mg 2 x 1 (via IV) RI (reguler insulin) 3 x 16 unit	e. Berkolaborasi dalam pemberian obat Terapi Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidasol 2x1 fles Inj Ceftriaxson 100ml 2 x 1 (via IV) Inj Ranitidin 25mg 2x1 (via IV) Inj Antrain 500mg 2x1 (via IV) RI (reguler insulin) 3 x 16 unit
10.30	f. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar luka tidak semakin parah dan tidak menimbulkan luka baru dengan melakukan rawat luka setiap hari	f. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali, untuk mencegah terjadinya dikubitus dan melancarkan sirkulasi darah(pasif)	f. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali, untuk mencegah terjadinya dikubitus dan melancarkan sirkulasi darah(aktif)
11.15	g. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali, untuk mencegah terjadinya dikubitus dan melancarkan sirkulasi darah (pasif)	g. Memonitor kulit akan adanya kemerahan, untuk melihat luka sudah menunjukkan perubahan dan akan segera sembuh	g. Memonitor kulit akan adanya kemerahan, untuk melihat luka sudah menunjukkan perubahan dan akan segera sembuh
11.30	h. Memonitor kulit akan adanya kemerahan, untuk melihat luka sudah menunjukkan perubahan dan akan segera sembuh	h. Memonitor aktifitas dan mobilisasi pasien, untuk melancarkan sirkulasi darah, mencegah terjadinya dikubitus, mengencangkan sendi-sendi	h. Memonitor aktifitas dan mobilisasi pasien, untuk melancarkan sirkulasi darah, mencegah terjadinya dikubitus, mengencangkan sendi-sendi
12.00	i. Memonitor aktifitas dan mobilisasi pasien, untuk melancarkan sirkulasi darah, mencegah terjadinya dikubitus, mengencangkan sendi-sendi	i. Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan	i. Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan
13.00	j. Memonitor status nutrisi pasien, untuk memantau nutrisi pasien agar terpenuhi dan mengurangi konsumsi gula yang berlebihan k. Berkolaborasi dengan laboratorium, untuk memantau gula darah pasien	j. Berkolaborasi dengan laboratorium, untuk memantau gula darah pasien	j. Berkolaborasi dengan laboratorium, untuk memantau gula darah pasien

#### 4.1.6 EVALUASI KEPERAWATAN

EVALUASI	Hari 1 03/04/2016	Hari 2 04/04/2016	Hari 3 05/06/2016
<b>Klien 1 (Ny. S)</b>	S : klien mengatakan badannya lemah , luka melepuh disertai nyeri	S : klien mengatakan lemah badannya berkurang, luka tak	S: klien mengatakan luka tak kunjung sembuh, tetapi

	<p>di kaki kanan , mual- muntah - pusing - <b>O:</b> Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT &lt; 2 detik GDA: 133 TTV TD: 100/70mmHg RR : 20 x/menit S : 36 °C N : 82x/mnt -Terjadi pelebaran luka -Adanya memar disekitar kulit -Terdapat tanda- tanda infeksi pada luka kemerahan -kedalaman luka ±2cm -luas luka ± 4cm -luka berbau -terdapat pus pada luka -kulit kering -terjadi nyeri setelah perawatan luka -warna kulit pucat -klien merubah posisinya setiap 2 jam sekali di bantu keluarganya -terpasang infus RL 20 tp/ mnt <b>A :</b> Masalah teratasi sebagian <b>P :</b> Lanjutkan intervensi perawatan luka dilanjutkan (poin a-j) Terapi -Infus RL 20 tpm/ mnt -Infus metronidasol 100 ml 2x1 Ceftriaxon 100ml 2x1 Antrain 500mg 2x1 RI 3x10 unit PRC 200cc <b>S:</b> : klien mengatakan badannya Lemah,</p>	<p>kunjung sembuh, mual- muntah- pusing- <b>O :</b> Keadaan umum : cukup Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT &lt; 2 detik GDA: 198 TTV TD: 110/70 RR : 20 x/menit S : 36,2°C N : 80x/mnt -pus sudah berkurang -luka berbau -sebagian luka granulasi -penurunan lebar luka -bekas luka warna hitam -Sebagian luka erwarna merah -Kulit kering -memar sekitar kulit berkurang Terpasnag infus RI 20 tpm/mnt <b>A :</b> masalah teratasi sebagian <b>P :</b> intervensi perawatan luka di lanjutkan (poin a-i) Terapi -Infus RL 20 tpm/ mnt -Infus metronidasol 100 ml 2x1 Ceftriaxon 100ml 2x1 Antrain 500mg 2x1 RI 3x10 unit  <b>S:</b> klien mengatakan badannya Lemah,</p>	<p>setelah dilakukan perawatan luka, klien mngatakan sudah tidak nyeri, mual- muntah- pusing- <b>O:</b> Keadaan umum : cukup Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT &lt; 2 detik GDA: 127 TTV TD: 120/70 RR : 22 x/menit S : 36°C N : 86x/mnt -pus sudah berkurang -luka berbau -sebagian luka granulasi -penurunan lebar luka -bekas luka warna hitam -Sebagian luka erwarna merah -Kulit kering -memar sekitar kulit berkurang Terpasnag infus RI 20 tpm/mnt <b>A :</b> masalah teratasi sebagian <b>P:</b> klien rencana KRS  <b>S:</b> klien mengatakan badannya sudah tidak</p>
--	--	---	---

<p>terdapat luka tusukan benda tajam di kaki kanan, mual + muntah + pusing + menggigil</p> <p>O: Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT &lt; 2 detik GDA: 427 TTV S : 38,8 °C N: 88 x/menit TD : 110/70 mmHg RR : 22 x/menit</p> <p>Tubuh pasien tampak lemas, akral hangat, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, terdapat luka pada ekstermitas bawah sebelah kanan, luka berwarna merah, terdapat odema, adanya pus, luas luka ± 3 cm, terpasang infus RL 20 tpm di ekstermitas bawah sebelah kanan klien merasa nyeri setelah dilakukan perawatan terdapat memar di sekitar kulit terdapat jaringan kalus</p> <p>A: masalah belum tersatasi P: lanjutkan intervensi dan perawatan luka (poin a-j) Dan kolaborasi dengan tim dalam pemberian terapi Terapi : Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidazol 2x1 fles Injek Ceftriaxon 100ml 2 x 1 (via IV) Injek Antrain 500mg 3 x 1(via IV)</p>	<p>dilakukan perawatan, mual + muntah + pusin- demam-</p> <p>O: Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT &lt; 2 detik GDA: 288 TTV S : 37 °C N: 80 x/menit TD : 120/70 mmHg RR : 20 x/menit</p> <p>Tubuh pasien tampak lemas, akral hangat, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, terdapat luka pada ekstermitas bawah sebelah kanan, luka berwarna merah, terdapat odema, adanya pus, luas luka ± 3 cm, terpasang infus RL 20 tpm di ekstermitas bawah sebelah kanan klien merasa nyeri setelah dilakukan perawatan terdapat memar di sekitar kulit terdapat jaringan kalus</p> <p>A: masalah belum tersatasi P: lanjutkan intervensi dan perawatan luka (poin a-i) Dan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi Terapi : Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidazol 2x1 fles</p>	<p>lemah lagi, pusing-mual+ muntah-</p> <p>O: Keadaan umum : cukup Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6, CRT &lt; 2 detik GDA: 256 TTV S : 37,7 °C N: 78 x/menit TD : 110/70 mmHg RR : 24 x/menit Tubuh pasien tampak lemas, akral hangat, konjungtiva pucat, mukosa bibir kering, terdapat luka pada ekstermitas bawah sebelah kanan, luka berwarna merah, terdapat odema, adanya pus, luas luka ± 3 cm, terpasang infus RL 20 tpm di ekstermitas bawah sebelah kakan klien merasa nyeri setelah dilakukan perawatan terdapat memar di sekitar kulit terdapat jaringan kalus</p> <p>A: masalah tersatasi sebagian P: lanjutkan intervensi dan perawatan luka (poin a-i) Dan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi Terapi : Infus RL 20tpm/mnt Infus metronidazol 2x1 fles Injek Ceftriaxon 100ml 2 x 1 (via IV) Injek Antrain 500mg</p>
--	---	---

---

Injek Ranitidin 25mg 2x1 (via IV) RI (reguler insulin) 3x 16 unit	Injek Ceftriaxon 100ml 2 x 1 (via IV) Injek Antrain 500mg 3 x 1(via IV) Injek Ranitidin 25mg 2x1 (via IV) RI (reguler insulin) 3x 16 unit	3 x 1(via IV) Injek Ranitidin 25mg 2x1 (via IV) RI (reguler insulin) 3x 16 unit
--	--	---

---

## **4.2 Pembahasan**

Pada pembahasan ini penulis menguraikan beberapa kesenjangan yang terjadi, antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori dalam “Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Diabetes Mellitus dengan Masalah Kerusakan Integritas Kulit” di Ruang Dahlia RSUD Jombang. Selain itu penulis akan membahas mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **4.2.1 Pengkajian**

#### **1. Data subjektif**

Data subjektif pada tinjauan kasus Diabetes mellitus dengan masalah rusakn integritas kulit dilihat dari pengkajian 2 klien didapatkan, baik klien 1 dan klien 2 didapatkan sama-sama mengatakan badannya lemas, akan tetapi lemas yang dialami lebih lama klien 1 dari pada klien 2.

Menurut peneliti dari data subjektif, kelemahan yang terjadi pada klien 1 karena perlukaan yang dialaminya sudah lama dan tingginya kadar gula disebabkan oleh proses autoimun, kerja pankreas sedikit yang masuk dalam sel, hal tersebut dapat menyebabkan kelemahan dengan kadar glukosa darah meningkat, selain itu tubuh akan menurunkan penggunaan glukosa otot, lemak dan hati serta peningkatan produksi glukosa oleh hati dengan pemecahan lemak terhadap kelaparan sel, meningkatnya jumlah urin yang berakibat dehidrasi berakibat meningkatnya rasa haus.

Menurut Bararah (2013) pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal (konsentrasi glukosa darah sebesar 160-180 mg/100ml), akan timbul glikosuria karena tubulus-tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa, glikosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodium, potasium, dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi, akibat glukosa yang keluar bersama urine maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung terjadi polofagi, akibat yang lain adalah astenia atau kekurangan energi sehingga klien menjadi cepat merasa lelah, lemah, lemas dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi.

## 2. Data objektif

Data objektif dari pengkajian 2 klien sama mengalami perlukaan akibat tusukan dan terdapat perbedaan dari respon klien 1 merasakan rasa nyeri dan klien 2 mengatakan tidak ada rasa nyeri.

Menurut peneliti dari data objektif pada klien 2, tidak terdapat respon nyeri karena pada penderita diabetes mellitus yang sudah lama akan mengalami gangguan persyarafan, baik sensorik maupun motorik, sebab klien mengalami penurunan fungsi neuropati yang berhubungan dengan berkurangnya sensasi

nyeri, dan mereka penyandang diabetes mellitus sering datang pada kondisi yang sudah lebih buruk.

Menurut Bahrara (2013) terjadinya perlukaan kaki, disebabkan oleh faktor genetik, angiopati, neuropati, trauma, infeksi, obat. Faktor utama yang berperan timbulnya perlukaan adalah angiopati, neuropati dan infeksi. Adanya neuropati akan menyebabkan terjadinya gangguan sensorik maupun motorik. Gangguan sensorik akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki, gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya atrofi otot kaki, kemudian mengubah titik tumpu yang menyebabkan ulsetrasi pada kaki klien.

#### **4.2.2 Pemeriksaan diagnostik**

Pada pemeriksaan laboratorium yang diperoleh dari hasil test kadar gula darah pada hari pertama pengkajian didapatkan klien 1 GDA 133 dan klien 2 GDA 427.

Menurut peneliti klien 2 mengalami peningkatan kadar glukosa, karena pola makan klien 2 sering melanggar makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan oleh tenaga kesehatan, serta pola penanggulangan stress karena faktor ekonomi.

Menurut Adib(2012) makanan tertentu jika dikonsumsi dapat menaikkan kadar gula dalam darah, karena itu klien harus berhati-hati memilih makanan, bahkan pangan kaya karbihidrat membuat kerja

organ pancreas menjadi lebih berat, karbohidrat akan segera diubah menjadi glukosa akibatnya kadar gula meningkat, selanjutnya pancreas bereaksi mengeluarkan insulin agar dapat menarik gula dalam darah dan menyimpannya dalam otot sebagai cadangan energi. Pola makan adalah tingkah laku, jadi pola makan adalah tingkah laku atau cara makan. Klien diabetes dapat hidup dengan yang membutuhkan konsentrasi penuh kadang menyebabkan tidak teraturnya pola makanan, sedangkan menurut Rusman (2004) stress dan diabetes mellitus memiliki hubungan yang sangat erat terutama pada gaya hidup yang tidak sehat. Tekanan kehidupan dan gaya hidup tidak sehat sangat berpengaruh, berbagai penyakit yang sedang diderita, menyebabkan penurunan kondisi seseorang sehingga memicu terjadinya stress yang berakibat gangguan pada kadar gula darah tidak terkontrol.

#### **4.2.3 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sensasi akibat diabetes mellitus.

Menurut peneliti klien 1 dan klien 2 didiagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sensasi akibat diabetes karena adanya kelemahan otot secara umum, merupakan adanya perubahan perubahan bentuk tubuh, trauma pada kaki, seperti pada jari-jari yang menekuk/ mencengkeram dan telapak kaki yang menonjol.



Menurut Wijaya dan Putri (2013) pada pemeriksaan muskuloskeletal dan integumen akan mengalami gejala kesemutan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya luka di ekstermitas bawah, terdapat luka tusukan benda tajam, penurunan sensibilitas nyeri, penurunan proprioseptif. Ditandai dengan luka sulit sembuh, kehilangan rangsangan pada ekstermitas bawah, banyak kencing, banyak makan dan berat badan turun.

#### **4.2.4 Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan yang diberikan pada Ny. S dan Tn. D dengan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sensasi akibat diabetes mellitus. Intervensi yang digunakan NOC : 1. Integritas kulit jaringan dan membran mukosa, 2. Perawatan luka. NIC : 1. Pencegahan luka tekan, 2. Perawatan luka

Menurut peneliti perencanaan keperawatan pada klien 1 dan klien 2, meliputi kelengkapan data, serta data penunjang lainnya, dan dilakukan menurut dengan kondisi klien, sehingga peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus dilahan praktik.

Menurut Huda (2013) intervensi yang di berikan pada pasien dengan kerusakan integritas kulit yaitu kaji luka secara komprehensif (lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas, faktor pencetus). Observasi TTV : TD, Nadi, Suhu, RR dan tanda nin verbal adanya ketidaknyamanan. Tentukan derajat luka untuk menentukan strategi manajemen luka. Ajarkan mobilisasi untuk mencegah terjadinya luka

baru. Tingkatkan mobilisasi untuk memfasilitasi manajemen luka, mengontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri, mengajarkan pasien teknik dikstrasi dan relaksasi.

#### **4.2.5 Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan dengan pemberian terapi, klien 1 mendapatkan reguler insulin 3x10 unit dan klien 2 mendapatkan reguler insulin 3x16 unit serta mendapatkan ranitin 25mg 1x2.

Menurut peneliti dari implementasi pendapatan reguler insulin pada pasien diabetes mellitus tipe 1 mampu memproduksi insulin dalam tubuhnya, sehingga sangat tergantung pada pemberian insulin. Berbeda dengan diabetes mellitus tipe 2 yang tidak tergantung insulin, tetapi memerlukannya sebagai pendukung untuk menurunkan glukosa darah dalam mempertahankan kehidupan. Dosis insulin ditentukan berdasarkan pada, kebutuhan klien. Keutuhan insulin meningkat pada keadaan sakit yang serius atau parah, infeksi, trauma berat dan menjalani operasi.

Menurut Wijaya & Putri ( 2013) pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, melaksanakan advis dokter sesuai sesuai kondisi klien.

#### **4.2.6 Evaluasi Keperawatan**

Dari evaluasi keperawatan selama 3 hari pada 2 klien, menunjukkan bahwa klien 1 sudah dikatakn sembuh dengan ditandai

adanya peningkatan pus sudah berkurang, luka berbau, sebagian luka granulasi, penurunan lebar luka, bekas luka warna hitam, Sebagian luka erwarna merah, Kulit kering, memar sekitar kulit berkurang, dan kadar glukosa darah diambang normal. Berbeda dengan klien 2 masih didapatkan kadar glukosa yang meningkat, keadaan umum cukup, terdapat odema di kaki, memar disekitar perlukaan.

Menurut peneliti pada catatan perkembangan klien 1 mengalami kemajuan yang signifikan, serta menunjukkan penyembuhan luka dibuktikan oleh adanya granulasi, pembentukan jaringan parut, penyusutan luka dan pada hasil kadar glukosa darah mengalami nilai normal. Menyesuaikan kepatuhan terhadap intervensi yang dilaksanakan oleh perawat serta klien sangat kooperatif untuk proses penyembuhan. Sedangkan pada klien 2 belum dikatakan sembuh karena, terdapat peningkatan kadar glukosa, keadaan umum cukup, belum ada tanda-tanda munculnya granulasi, ini berkaitan dengan pola makan klien yang masih melanggar diet yang diberikan dirumah sakit, serta munculnya stress setiap saat dapat menghambat proses penyembuhan klien 1.

Menurut Tarwoto (2012) menyatakan penilaian luka dikatakan saat pertama kali kunjungan atau saat kejadian kemudian dilakukan penilaian, bahwa untuk mengetahui perkembangan luka kaki diabetes diperlukan suatu alat ukur yang dapat menggambarkan kondisi langsung dari luka dan mendeteksi adanya perkembangan atau penurunan luka setiap waktu sehingga bisa diketahui efektifitas dari

intervensi yang telah dilakukan. Apabila terdapat perubahan pada keadaan seseorang yang sakit kemudian mendapatkan perawatan, dan selanjutnya dikatakan sembuh karena seseorang tersebut memiliki factor pendukung yang meliputi keinginan, harapan, kepatuhan, dan dukungan.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 KESIMPULAN**

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami diabetes mellitus pada Ny. S dan Tn. D dengan masalah dengan masalah kerusakan integritas kulit di ruang Dahlia RSUD jombang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus adalah sebagai berikut:

##### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian pada klien yang mengalami diabetes mellitus pada Ny. S dan Tn. D Data subjektif pada tinjauan kasus, dilihat dari pengkajian 2 klien didapatkan, baik klien 1 dan klien 2 didapatkan sama-sama mengatakan badannya lemas, akan tetapi lemas yang dialami lebih lama klien 1 dari pada klien 2 karena didapatkan perlukaan yang dialami klien 1 sudah lama kemudian didukung dengan kadar gula yang meningkat.
2. Pada klien 1 dan 2 diagnosa keperawatan menunjukkan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sensasi akibat diabetes mellitus akan di tandai berbagai gejala seperti kesemutan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya ganggren di ekstermitas bawah, terdapat luka

tusukan benda tajam, penurunan sensibilitas nyeri, penurunan proprioseptif.

3. Di dalam intervensi keperawatan klien yang mengalami diabetes mellitus pada Ny.S dan Tn.D dengan masalah kerusakan integritas kulit dilapangan meliputi; perhatiakn mobilisasi klien, monitor karakteristik luka termasuk warna, ukuran dan bau, tingkatkan teknik pembalutan steril saat melakukan rawat luka dan catat setiap perubahan yang terjadi pada luka, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi.
4. Implementasi klien yang mengalami diabetes mellitus pada Ny.S dan Tn.D dengan masalah kerusakan integritas kulit dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai perencanaan. Rawat luka dilakukan 1x/hari.
5. Evaluasi klien yang mengalami diabetes mellitus pada Ny.S dengan masalah kerusakan integritas kulit, catatan perkembangan klien 1 mengalami kemajuan yang signifikan, serta menunjukan penyembuhan luka dibuktikan oleh adanya granulasi, pembentukan jaringan parut, penyusutan luka dan pada hasil kadar glukosa dalam darah mengalami nilai normal. Menyesuaikan kepatuhan terhadap intervensi yang dilaksanakan oleh perawat serta klien sangat komperhensif untuk proses penyembuhan.

## **5.2 SARAN**

1. Bagi Perawat

Petugas kesehatan atau perawat dalam melakukan asuhan keperawatan klien yang mengalami diabetes mellitus dengan masalah kerusakan

integritas kulit lebih menekankan pada aspek sterilisasi, kenyamanan, sehingga pelaksanaan yang komprehensif.

2. Bagi Institusi Kesehatan ICME

Diharapkan memperbanyak referensi yang berkaitan dengan asuhan keperawatan klien yang mengalami diabetes mellitus dengan masalah kerusakan integritas kulit, guna memperluas wawasan keilmuan bagi peneliti dan siapapun yang berminat memperdalam topik tersebut.

3. Bagi Mahasiswa

Keseriusan dalam belajar, kemauan untuk lebih memperdalam ilmu pengetahuan sangat diperlukan guna mempertinggi kualitas ilmu dan ketrampilan.

4. Bagi Klien

Sebaiknya mengikutsertakan dalam memberikan asuhan keperawatan klien yang mengalami diabetes mellitus dengan masalah kerusakan integritas kulit, dukungan dan keaktifan dari keluarga khususnya sangat menunjang dalam mengatasi permasalahan klien.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil laporan kasus dapat digunakan sebagai bahan informasi dan referensi peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan asuhan keperawatan klien yang mengalami diabetes mellitus dengan masalah kerusakan integritas kulit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amin Huda Nurarif, (2015), *Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis NANDA NIC-NOC*, Yogyakarta : Mediacion Yogya.
- Andra Saferi Wijaya, (2013), *Keperawatan Medikal Bedah*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Baroroh Taqiyyah & Jauhar Muhammad, (2013), *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional jilid:1*, Jakarta : Prestasi Pustakarya.
- Clevo Rendi & Margareth TH, (2012), *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Digiulio Mary, (2007), *Keperawatan Medikal Bedah Edisi:1*, Yogyakarta : Rapha publishing.
- Ekaputra, Erfandi, (2013), *Evolusi Management Luka*, Jakarta : CV.Trans Info Media.
- ICME STIKes, (2015), *Buku Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus, Jombang* : Stikes Icme.
- Latar Belakang dan Pendahuluan Diabetes Mellitus, (2014), updatet selasa 02 juni 2015, dilihat 01 januari 2016,  
<http://retnopuspasari.blogspot.co.id/2015/06/latar-belakang-dan-laporan-pendahuluan.html>
- Lynda Juall, Carpenito, (2012), *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*, Jakarta: EGC.
- Richard N & Mitchell MD, (2008), *Buku Saku Dasar Patologis Penyakit Edisi:7*, Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Suriadi, (2004), *Perawatan Luka Edisi:1*, Jakarta : CV. Sagung Seto.
- T. Herdman Heatrer, (2015-2017), *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi:10*, Jakarta : EGC.
- Tarwoto, (2012), *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*, CV.Trans Info Media : Jakarta.
- Waspadji Sarwono, (2005), *Penyuluhan Diabetes*, Jakarta : FKUI.
- Yessi Mardianti Sulistria, (2013), *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya: Vol 2 No 2*



## DAFTAR PUSTAKA

- Ekaputra, Erfandi, (2013), *Evolusi Management Luka*, Jakarta : CV.Trans Info Media.
- Andra Saferi Wijaya, (2013), *Keperawatan Medikal Bedah*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Amin Huda Nurarif, (2015), *Aplikasi Asuhan Keperawatan Diagnosa Medis NANDA NIC-NOC*, Yogyakarta : Mediaction Yogya.
- Baroroh Taqiyyah & Jauhar Muhammad, (2013), *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional jilid:1*, Jakarta : Prestasi Pustakarya.
- Richard N & Mitchell MD, (2008), *Buku Saku Dasar Patologis Penyakit Edisi:7*, Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Clevo Rendi & Margareth TH, (2012), *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Tarwoto, (2012), *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*, CV.Trans Info Media : Jakarta.
- Lynda Juall, Carpenito, (2012), *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*, Jakarta : EGC.
- Suriadi, (2004), *Perawatan Luka Edisi:1*, Jakarta : CV. Sagung Seto.
- T. Herdman Heatrer, (2015-2017), *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi:10*, Jakarta : EGC.
- Digiulio Mary, (2007), *Keperawatan Medikal Bedah Edisi:1*, Yogyakarta : Rapha publishing.
- Waspadji Sarwono, (2005), *Penyuluhan Diabetes*, Jakarta : FKUI.
- ICME STIKes, (2015), *Buku Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus, Jombang* : Stikes Icme.



Lampiran 2

**PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN**

Nama : Ulfaningtyas

NIM : 131210035

Judul : Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Diabetes mellitus  
Dengan Kerusakan Integritas Kulit Di Ruang Dahlia RSUD Jombang

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/I untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan 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 menyanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

Jombang, Februari 2016

Peneliti



(Ulfaningtyas)

## PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang berdanda tangan di bawah ini,

Nama : Ulfaningtyas

Umur : 131210035

Alama : Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Diabetes mellitus  
Dengan Kerusakan Integritas Kulit Di Ruang Dahlia RSUD  
Jombang

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemeriksaan dari siapapun, saya menyatakan:

Bersedia  
menjadi responden dalam penelitian  
Jombang, Februari 2016

Peneliti



Ulfaningtyas

Partisipan



(.....)

## PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang berdanda tangan di bawah ini,

Nama : Ulfaningtyas

Umur : 131210035

Alama : Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Diabetes mellitus  
Dengan Kerusakan Integritas Kulit Di Ruang Dahlia RSUD  
Jombang

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai partisipan dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemeriksaan dari siapapun, saya menyatakan:

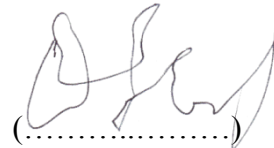
Bersedia  
menjadi responden dalam penelitian  
Jombang, Februari 2016

Peneliti



Ulfaningtyas

Partisipan



## LEMBAR PENGKAJIAN KEPERAWATAN

### 1. Pengkajian

#### 1) Identitas Klien

<b>IDENTITAS KLIEN</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Nama Umur Agama Pendidikan Pekerjaan Status perkawinan Alamat Suku/bangsa Tanggal MRS Tanggal Pengkajian Jam Masuk No. RM Diagnosa masuk		

#### 2) Riwayat Penyakit

<b>RIWAYAT PENYAKIT</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Keluhan utama Riwayat penyakit sekarang Riwayat penyakit dahulu Riwayat keluarga Riwayat psikososial		

#### 3) Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan sistem)

<b>POLA KESEHATAN</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Pola manajemen kesehatan Pola nutrisi Pola eliminasi Pola istirahat-tidur		

Pola aktivitas		
Pola reproduksi seksual		
Pola penanggulangan stress		

4) Pemeriksaan fisik (pendekatan head to toe/pendekatan sistem)

<b>Obsevasi</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
S N TD RR GGS Kesadaran		
Pemeriksaan fisik (6B) B1 breathing  B2 bleeding  B3 brain  B4 bladder  B5 bowel dan reproduksi  B6 bone muskuloskeletal		
Data psiko sosial spiritual	.	

5) Hasil pemeriksaan diagnostik

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai normal</b>
Lab:  Pemeriksaan darah  X ray		

**2. ANALISA DATA**

<b>DATA</b>	<b>ETIOLOGI</b>	<b>MASALAH</b>
Klien 1		
Klien 2		

**3. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

<b>Data</b>	<b>Problem (masalah)</b>	<b>Etiologi (penyebab + tanda dan gejala)</b>
Klien 1		



<b>Klien 2</b>		

**4. INTERVENSI KEPERAWATAN**

<b>DIAGNOSIS KEPERAWATAN</b>	<b>TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (NOC)</b>	<b>INTERVENSI (NIC)</b>
Klien 1		
Klien 2		

**5. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN**

Diagnosa keperawatan	3 Februari 2016		4 Februari 2016		5 Februari 2016	
<b>Klien 1</b>						
	Implementasi		Implementasi		Implementasi	
<b>Klien 2</b>						

**6. EVALUASI KEPERAWATAN**

<b>EVALUASI</b>	<b>Hari 1</b>	<b>Hari 2</b>	<b>Hari 3</b>
<b>Klien 1</b> <b>Diagnosa</b> <b>keperawatan :</b>			
<b>Klien 2</b> <b>Diagnosa</b> <b>keperawatan :</b>			

## **4.2 PEMBAHASAN**