


Anik Novianti

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

 Quick Submit

 Quick Submit

 Psychology

Document Details

Submission ID

trn:oid::1:3004668229

Submission Date

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

Download Date

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

File Name

KTI_ANIK_NOVIANTI_2024_revisi_1_-_Aisyah_Mery_Lovy_Antika.docx

File Size

624.4 KB

116 Pages

20,410 Words

130,871 Characters




24% Overall Similarity

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

Filtered from the Report


- Small Matches (less than 20 words)

Top Sources

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

Integrity Flags

1 Integrity Flag for Review

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

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

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

Top Sources

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

Top Sources

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

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

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

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

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

KARYA TULIS ILMIAH

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



OLEH:
ANIK NOVIANTI
211210002

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

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Rumusan Masalah

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

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

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

1.3.2 Tujuan Khusus

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

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

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

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

1.4.2 Manfaat Praktis

Manfaat praktis yang diharapkan dari penelitian Ini yaitu:

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

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

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Diabetes Melitus

2.1.1 Definisi

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

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

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

2.1.2 Klasifikasi

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

6

1. Diabetes Melitus Tipe I

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

2. Diabetes Melitus Tipe II

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

3. Diabetes Mellitus lainnya

Diabetes yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya.

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

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

2.1.3 Etiologi

Menurut (Nurkamila, 2022) penyebab Diabetes Melitus yaitu:

1. Diabetes Mellitus Tipe I

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

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

2. Diabetes Mellitus Tipe II

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

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

3. Diabetes Gestasional

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

2.1.4 Manifestasi Klinis

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

1. Pengeluaran urin (Poliuria)

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

2. Timbul rasa haus (Polidipsia)

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

3. Timbul rasa lapar (Polifagia)

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

4. Penyusutan berat badan

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

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

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

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

2.1.5 Pathofisiologi

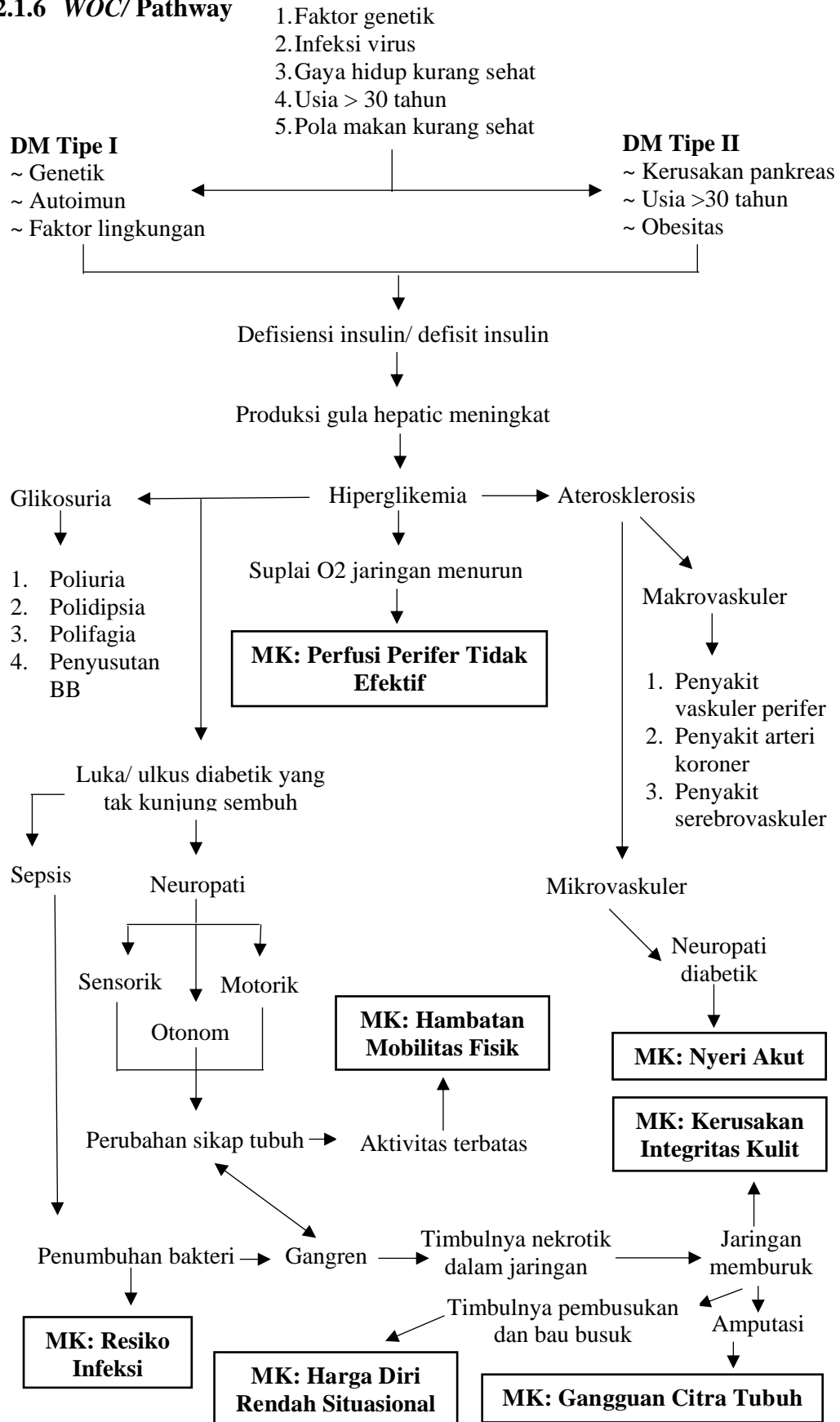
5 Pathogenesis Diabetes Melitus tipe II berbeda signifikan dari Diabetes Melitus Tipe I. Respon terbatas sel beta terhadap hiperglikemia tampak menjadi faktor mayor dalam perkembangannya. Sel beta terpapar secara kronis terhadap kadar glukosa darah tinggi menjadi secara progresif kurang efisien ketika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

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

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

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

2.1.6 WOC/ Pathway



Gambar 2.1 Pathway/ WOC

2.1.7 Komplikasi

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

1. Komplikasi Akut

a. Hipoglikemia

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

Hipoglikemia dibagi menjadi 3 yaitu:

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

b. Diabetik Ketoasidosis (DKA)

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

2. Komplikasi Kronik

a. Komplikasi Makrovaskuler

1) Penyakit Arteri Koroner

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

2) Penyakit Serebrovaskuler

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

3) Penyakit Vaskuler Perifer

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

4

b. Komplikasi Mikrovaskuler

1) Kerusakan retina mata (Retinopati)

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

2) Kerusakan ginjal (Nefropati diabetik)

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

3) Kerusakan syaraf (Neuropati diabetik)

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

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

1. Luka yang tidak dapat sembuh

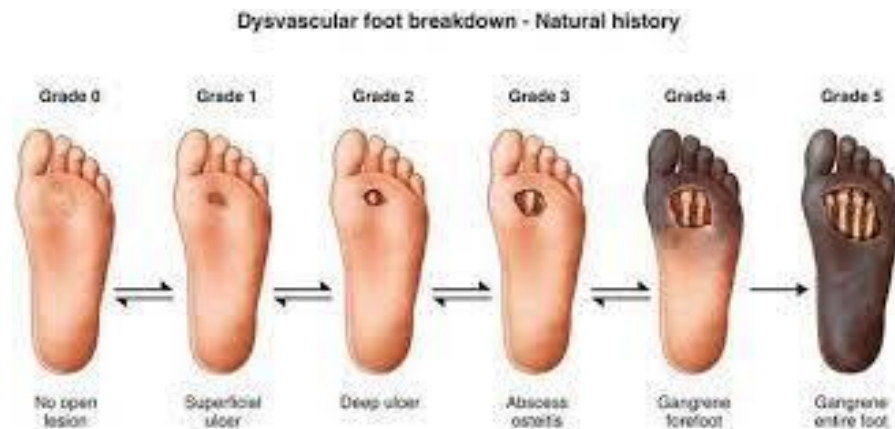
Bisa disebut dengan luka diabetik dimana ada 3 proses yang berbeda peran dalam luka kaki diabetik:

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

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

Grade ulkus diabetikum yaitu : (Arsa, 2020)

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



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

2. Kematian

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

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

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

6

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

18

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

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

Sumber: (Allianz Indonesia, 2023)

2.1.9 Penatalaksanaan

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

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

2

1. Edukasi

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

7

2. Diet

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

Standar yang dianjurkan adalah makan dengan komposisi:

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

Tabel 2.2 Sumber Makanan Yang Dapat Dikonsumsi Penderita Diabetes Melitus

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

30

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

Sumber: (KEMENKES, 2022)

3. Latihan

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

16

19

17

meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin.

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

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

4. Terapi farmakologis

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

a. Obat antihiperqlikemia oral

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

2 1) Pemicu sekresi insulin

a) Golongan sulfonilurea

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

b) Glinid

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

2) Penambah sensitivitas terhadap insulin

a) Biguanid

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

b) Thiazolidion

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

3) Penghambat alfa glukosidase/acarbose

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

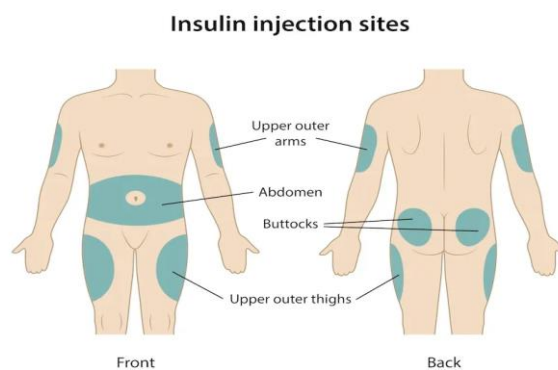
4) Golongan inkretik

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

b. Insulin

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

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



Gambar 2.3 Lokasi Penyuntikan Insulin (Muhammad, 2022)

2.2 Konsep Gangren Diabetik

2.2.1 Definisi

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

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

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

2.2.2 Klasifikasi

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

1. Gangren Kering

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

2. Gangren Basah

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

3. Gangren Gas

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

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

4. Gangren Internal

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

5. Gangren Fournier

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

6. Gangren Meleney

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

2.2.3 Etiologi

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

1. Kekurangan aliran darah

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

2. Infeksi

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

3. Cedera serius

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

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

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

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

2.2.4 Manifestasi Klinis

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

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

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

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

2.2.5 Penatalaksanaan

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

1. Pemberian Obat-Obatan

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

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

2. Prosedur Operasi

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

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

3. Terapi Oksigen Hiperbarik

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

4. Pencegahan Gangren

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

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

2.3 Konsep Luka dan Penyembuhan Luka

2.3.1 Definisi

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

2.3.2 Klasifikasi

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

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

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

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

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

2. Penyembuhan Sekunder

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

3. *Delayed Primary Healing (tertiary healing)*

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

Berdasarkan lama penyembuhan bisa dibedakan menjadi akut dan kronis.

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

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

2.3.3 Etiologi

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

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

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

1. Fase Hemostatis

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

33

2. Fase Inflamasi

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

3. Fase Proliferasi atau Epitelisasi

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

4. Fase Pematangan atau Remodeling

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

2.4 Konsep *Wound Dressing Modern*

2.4.1 Definisi *Wound Dressing Modern*

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

10

2.4.2 Tujuan *Wound Dressing Modern*

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

1. **Mempercepat Fibrinolisis**

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

2. **Mempercepat Angiogenesis**

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

3. **Menurunkan risiko infeksi**

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

4. **Mempercepat pembentukan *Growth Factor***

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

5. **Mempercepat pembentukan sel aktif.**

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

1. *Hidrogel*

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

2. *Film Dressing*

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

3. *Hydrocolloid*

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

4. *Calcium Alginate*

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

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

5. *Foam / Absorbant Dressing*

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

6. *Dressing Antimikrobial*

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

7. *Antimikrobial Hydrophobic*

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

8. *Medical Collagen Sponge*

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

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian Keperawatan

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

1. Identitas

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

2. Keluhan Utama

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

3. Riwayat Penyakit Sekarang

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

Diobservasi P (provokatif) apa penyebab timbulnya rasa nyeri

Q (qualitas) seberapa berat keluhan nyeri terasa

R (region) dimana lokasi nyerinya

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

T (time) kapan keluhan nyeri dirasakan.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

5. Riwayat Penyakit Keluarga

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

6. Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

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

4

7. Status Cairan dan Nutrisi

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

46

8. Data Psikososial

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

7

9. Pemeriksaan Fisik

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

a. Kulit dan rambut

1) Inspeksi

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

Jumlah dan warna rambut: tidak rontok, hitam

Kebersihan rambut : bersih

2) Palpasi : Akral teraba dingin.

b. Kepala

11

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

2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

c. Mata

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

d. Telinga

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

e. Hidung

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

2) Palpasi: Tidak ada benjolan.

f. Mulut

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

2) Leher

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

2) Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

3) Paru

1) Inspeksi: simetris antara kanan dan kiri

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

3) Auskultasi: normal

4) Perkusi: resonan

4) Abdomen

1) Inspeksi: perut datar simetris antara kanan dan kiri

2) Palpasi: tidak ada nyeri

3) Perkusi: resonan

5) Ekstremitas

Ekstremitas atas

- 1) Inspeksi : tangan kanan dan kiri normal.

Ekstremitas bawah

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

10. Aktivitas dan istirahat

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

11. Sirkulasi

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

12. Integritas ego

Stress dan ansietas juga mempengaruhi proses penyembuhan pasien.

13. Eliminasi

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

7

14. **Makan/ Minum**

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

15. **Neurosensory**

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

16. **Nyeri/ kenyamanan**

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

17. **Pernafasan**

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

18. **Keamanan**

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

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

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

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

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

2.5.3 Intervensi Keperawatan

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

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

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

15

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

Kerusakan kulit (dermis/ epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligamen).

Penyebab:

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kekurangan / kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) / faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
8. Efek samping terapi radiasi
9. Kelembapan
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal
14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas kulit.

Gejala dan tanda mayor dan minor:

Subyektif: -

Obyektif:

Integritas Kulit/ Jaringan dapat teratasi.

Label SLKI: (L. 14125)

Itegritas kulit dan jaringan

Kriteria hasil:

| No | Kriteria Hasil | Indeks | | | | |
|----------------------|---------------------|--------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ekspetasi: meningkat | | | | | | |
| 1. | Hidrasi | | | | | 5 |
| 2. | Perfusi jaringan | | | | | 5 |
| Ekspetasi: menurun | | | | | | |
| 3. | Kerusakan jaringan | | | | | 5 |
| 4. | Kerusakan kulit | | | | | 5 |
| 5. | Nyeri | | | | | 5 |
| 6. | Pendarahan | | | | | 5 |
| 7. | Kemarahan | | | | | 5 |
| 8. | Hematooma | | | | | 5 |
| 9. | Nekrosis | | | | | 5 |
| 10. | Pigmentasi abnormal | | | | | 5 |
| 11. | Abrasi kornea | | | | | 5 |
| Ekspetasi: membaik | | | | | | |
| 12. | Suhu kulit | | | | | 5 |
| 13. | Sensasi | | | | | 5 |

Aktivitas keperawatan:

Observasi:

1. Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau)
2. Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik:

1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
2. Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu
3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
4. Bersihkan jaringan nekrotik
5. Berikan salep yang sesuai kekulit/ lesi
6. Pasang balutan sesuai luka
7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/ kg BB/ hari dan protein 1,25-1,5 g/kg/BB/ hari
11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, C, Zinc, asam amino)

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

12

2

| | | | | | | | | | |
|--|-----|-----------|--|--|--|--|--|--|---|
| | | pada luka | | | | | | | |
| | 9. | nekr osis | | | | | | | 5 |
| | 10. | Infe ksi | | | | | | | 5 |

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

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

Kondisi klinis terkait:

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

| | | |
|---|--|---|
| 4. Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Mobilitas Fisik dapat teratasi. | Label SIKI: (I.06171) |
| | Label SLKI: (L. 05042) | Dukungan Ambulasi |
| Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. | Gangguan Mobilitas Fisik dapat teratasi. | Aktivitas keperawatan: Observasi: |
| Penyebab: | Label SLKI: (L. 05042) | 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya |
| 1. Kerusakan integritas struktur tulang | Kriteria hasil: | 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi |
| 2. Perubahan metabolisme | | 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah |
| 3. Ketidakbugaran fisik | | |

| No | Kriteria Hasil | Indeks | | | | |
|----------------------|---------------------------|--------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ekspetasi: meningkat | | | | | | |
| 1. | Perg erakan ekstr emit as | | | | | 5 |

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

Tanda dan gejala mayor dan minor:

Subyektif:

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

16

15

Obyektif:

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

Konsisi klinis terkait:

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

5. Gangguan Citra Tubuh (D. 0083) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Citra Tubuh dapat teratasi.

Definisi: Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu.

Penyebab:

1. Perubahan struktur bentuk tubuh (mis, amputasi, trauma, luka bakar, obesitas dan jerawat
2. Perubahan fungsi tubuh (mis, proses penyakit, kehamilan, kelumpuhan)
3. Perubahan fungsi kognitif
4. Ketidaksesuaian budaya, keyakinan atau sistem nilai

Label SIKI: (I.09305)
Promosi Citra Tubuh

Aktifitas keperawatan: Observasi:

1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan
2. Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh
3. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial

Terapeutik:

1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri

Label SLKI: (L. 09067)
Citra tubuh

Kriteria hasil:

| No | Kriteria Hasil | Indeks | | | | |
|--------------------|--|--------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ekspetasi: menurun | | | | | | |
| 1. | Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh | | | | | 5 |
| 2. | Verbalisasi kekh | | | | | 5 |

2
2

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|--|--|--|--|--|--|---|---|----|---|--|---|
| <p>5. Transisi perkembangan</p> <p>6. Gangguan psikososial</p> <p>7. Efek tindakan/pengobatan (mis, pembedahan, kemotrapi, terapi radiasi)</p> <p>Gejala dan tanda mayor dan minor: Subyektif:</p> <p>1. Mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh</p> <p>2. Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh</p> <p>3. Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh</p> <p>4. Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain</p> <p>5. Mengungkapkan perubahan gaya hidup</p> <p>Obyektif:</p> <p>1. Kehilangan bagian tubuh</p> <p>2. Fungsi/ struktur tubuh berubah/hilang</p> <p>3. Menyembunyikan/ menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan</p> <p>4. Menghindari melihat atau menyentuh bagian tubuh</p> <p>5. Respon nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh</p> | | awatiran | | | | | | | | 3. | Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis. Luka, penyakit, pembedahan) | | |
| | 3. | Menyembunyikan bagian tubuh berlebihan | | | | | | 4 | | | 4. | Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis | |
| | Ekspetasi: membaik | | | | | | | | | | | 5. | Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh |
| | 4. | Melihat bagian tubuh | | | | | | | 4 | | | Edukasi: | |
| | 8. | Menyentuh bagian tubuh | | | | | | | 4 | | | 1. Jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh | |
| | 9. | Verbalisasi kecacatan tubuh | | | | | | | | 5 | | 2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh | |
| | 10. | Hubungan sosial | | | | | | | | 5 | | 3. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. Pakaian, wig, kosmetik) | |
| | | | | | | | | | | | | 4. | Latih peningkatan penampilan diri (mis. Berdandan) |

6. Hubungan sosial berubah

Kondisi klinis terkait:

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

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

8. Pengalaman tidak menyenangkan

| <p>97 Risiko Infeksi (D. 0142)</p> <p>Definisi: Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.</p> <p>Faktor resiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis (mis, diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer <ol style="list-style-type: none"> b) Gangguan peristaltik c) Kerusakan integritas kulit d) Perubahan sekresi Ph e) Penurunan kerja siliaris f) Ketuban pecah lama g) Ketuban pecah sebelum waktunya h) Merokok i) Statis cairan tubuh 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder <ol style="list-style-type: none"> a) Penurunan hemoglobin | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Risiko Infeksi dapat teratasi.</p> <p>Label SLKI: (L. 14137) Tingkat infeksi Kriteria hasil:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Kriteria Hasil</th> <th colspan="5">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">Ekspetasi: menurun</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Demam</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kemarahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Benjolan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Cairan berbau busuk</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Sputum berwarna hijau</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> | No | Kriteria Hasil | Indeks | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ekspetasi: menurun | | | | | | | 1. | Demam | | | | | 5 | 2. | Kemarahan | | | | | 5 | 3. | Nyeri | | | | | 5 | 4. | Benjolan | | | | | 5 | 5. | Cairan berbau busuk | | | | | 5 | 6. | Sputum berwarna hijau | | | | | 5 | <p>Label SIKI: (I.14539) Pencegahan Infeksi</p> <p>Aktivitas keperawatan: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu |
|---|--|----|----------------|--------|---|---|--|--|---|---|---|---|---|--------------------|--|--|--|--|--|--|----|-------|--|--|--|--|---|----|-----------|--|--|--|--|---|----|-------|--|--|--|--|---|----|----------|--|--|--|--|---|----|---------------------|--|--|--|--|---|----|-----------------------|--|--|--|--|---|--|
| No | Kriteria Hasil | | | Indeks | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ekspetasi: menurun | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Demam | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Kemarahan | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Nyeri | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Benjolan | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Cairan berbau busuk | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Sputum berwarna hijau | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

12

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

Kondisi klinis terkait:

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

2.5.4 Implementasi Keperawatan

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

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

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

34

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

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

3.2 Batasan Istilah

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

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

memproduksi hormon insulin dengan salah satu faktor resiko seperti gaya hidup kurang sehat.

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

3.3 Partisipan

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

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

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

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

3.5 Pengumpulan Data

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

1. Wawancara

Wawancara adalah teknik paling utama untuk mengumpulkan data dengan percakapan, dimana peneliti dapat menggali informasi terkait permasalahan yang akan diteliti dari pihak klien sendiri, keluarga atau perawat lainnya

tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dsb (Fadhallah, 2021)

2. Observasi

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

3. Studi Dokumentasi

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

3.6 Uji Keabsahan Data

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

3.7 Analisis Data

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

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

1. Pengumpulan Data

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

2. Mereduksi Data

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

3. Penyajian Data

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

4. Pembahasan

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

5. Kesimpulan

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

3.8 Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

1. *Informed Consent* (Persetujuan menjadi klien)

Memberikan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden atau klien studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed*

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

2. *Anonymity* (Tanpa nama)

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

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

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

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi dan pengambilan data

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

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien

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

Sumber: Data Primer 2024

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

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

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

Sumber: Data Primer 2024

3. Pola Fungsi Kesehatan

Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan

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

1

seringnya pada saat malam hari warna urin kuning pekat dan tidak ada keluhan saat BAK. Klien BAB 1-2x sehari dengan konsistensi lembek warna kuning bau khas feses, dan tidak ada keluhan saat BAB.

Di RS: Keluarga mengatakan klien BAB sedikit-sedikit dan BAK banyak, klien terpasang DC dan pampers dengan jumlah urine 1600 cc/hari

malam hari warna urin kuning pekat dan tidak ada keluhan saat BAK. Klien BAB 1-2x sehari dengan konsistensi lembek warna kuning bau khas feses, dan tidak ada keluhan saat BAB.

Di RS: Keluarga mengatakan klien BAB sedikit-sedikit dan BAK banyak, klien terpasang DC dan pampers dengan jumlah urine 1700 cc/hari

Pola istirahat dan tidur

Di rumah: Klien mengatakan tidur siang 3-4 jam dan tidur malam 4-5 jam mengalami susah tidur di malam hari

Di RS: Klien mengatakan saat siang hari sering tidur karena efek obat, saat malam hari tidur lebih nyenyak 6-7 jam

Di rumah: Klien mengatakan tidur siang 3-4 jam dan tidur malam 4-5 jam mengalami susah tidur di malam hari

Di RS: Klien mengatakan saat siang hari sering tidur karena efek obat, saat malam hari tidur lebih nyenyak 6-7 jam

Pola aktivitas

Di rumah: Klien mengatakan klien setiap harinya melakukan pekerjaan dirumah mengurus cucu klien

Di RS: Klien mengatakan selama di RS hanya tidur saja dan saat beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat yang jaga

Di rumah: Klien mengatakan klien setiap harinya melakukan pekerjaan dirumah dan menjaga toko dirumah

Di RS: Klien mengatakan selama di RS hanya tidur saja dan saat beraktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat yang jaga

Pola reproduksi

Klien mengatakan sudah berumur 47 tahun, memiliki 2 anak dan 1 cucu

Klien mengatakan sudah berumur 51 tahun, memiliki 3 anak dan 2 cucu

Sumber: Data Primer 2024

4. Pemeriksaan Fisik (Pendekatan Head To Toe)

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

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

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

5. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang

| Pemeriksaan | Hasil | | Nilai Normal |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|
| | Klien 1 26 Maret 2024 | Klien 2 26 Maret 2024 | |
| HEMATOLOGI DARAH LENGKAP | | | |
| Hemoglobin (HGB) | 10,90 g/dL | 8,35 g/dL | 12-16 Nilai Kritis: <7 Or >21 |
| Eritrosit (RBC) | 4,406 | 3,107 | 4-5,2 |
| Hematokrit (HCT) | 33,1 % | 25,4 % | 33-51 Nilai Kritis: <21 Or >65 |
| MCV | 75,05 fL | 81,87 fL | 80-100 |
| MCH | 24,73 pg | 26,86 pg | 26-34 |
| MCHC | 32,95 % | 32,81 % | 32-36 |
| RDW | 14,15 % | 13,30 % | 11,5-13,1 |
| Leukosit (WBC) | 27,11 x10³/μL | 10,48 x10 ³ /μL | 4,5-11 Nilai Kritis: <2 Or >3 |
| Eosinofil % | 0,1 % | 0,0 % | 0-3 |
| Basofil % | 0,4 % | 0,6 % | 0-1 |
| Neutrofil % | 89,6 % | 84,4 % | 35-66 |
| Limfosit % | 6,0 % | 7,9 % | 24-44 |
| Monosit % | 3,87 % | 7,11 % | 3-6 |
| Eosinofil | 0,030 x10 ³ /μL | 0,003 x10 ³ /μL | 0-0,33 |
| Basofil | 0,11 x10 ³ /μL | 0,06 x10 ³ /μL | 0-0,11 |
| Neutrofil | 24,3 x10³/μL | 8,8 x10³/μL | 1,5-8,5 |
| Limfosit | 1,64 x10 ³ /μL | 0,83 x10³/μL | 1,1-5,0 |
| Monosit | 1,05 x10³/μL | 0,75 x10³/μL | 0,14-0,66 |
| PLT | 395 x10 ³ /μL | 168 x10 ³ /μL | 150-450 Nilai Kritis: <20 Or >1000 |
| MPV | 8,956 fL | 6,850 fL | 6,90-10,6 |
| NLR | 14,82 | 10,60 | |
| KIMIA KLINIK ELEKTROLIT | | | |
| Kalium (K) | 3,89 mmol/L | 4,40 mmol/L | 3,5-5,1 Nilai Kritis: <3 Or >6 |
| Klorida (Cl) | 103,30 mmol/L | 107,00 mmol/L | 95-108 Nilai kritis: <80 Or >115 |
| Natrium (Na) | 136,00 mmol/L | 138,00 mmol/L | 135-147 Nilai Kritis: <120 Or >160 |
| FAAL GINJAL | | | |
| Kreatinin | 2,166 mg/dL | 2,502 mg/dL | 0,6-1,0 Nilai Kritis: =10 (Pasien Non Dialisis) |
| BUN | 29,91 mg/dL | 68,22 mg/dL | 7,8-20,23 Nilai Kritis: >100 |
| Asam Urat | | 6,60 mg/dL | 2,3-6,1 Nilai Kritis: >12 |
| FAAL HATI | | | |
| ALT/SGPT | 10,53 U/L | 31,87 U/L | <39 |
| AST/SGOT | 21,67 U/L | 48,96 U/L | <31 |

| GULA DARAH | | | |
|---|------------------|------------------------|--------------------------------------|
| Gila Darah Sewaktu | 459 mg/dL | 478 mg/dL | <200 Nilai Kritis: <40 Or >450 |
| LEMAK | | | |
| Trigliserida | | 235 mg/dL | <150 Nilai Kritis: >500 |
| Kolestrol LDL | | 70,39 mg/dL | <100 |
| URINALISIS | | | |
| Berat Jenis | | 1,010 | 1000 |
| pH | | 5,5 | 5 |
| Nitrit | | NEGATIF | Negatif |
| Protein | | POSITIF 3 mg/dL | Negatif |
| Keton | | NEGATIF | Negatif |
| Glukosa | | NEGATIF | Negatif |
| Urobilinogen | | NEGATIF | Negatif |
| Leukosit | | 75 | <=0,2 |
| Bilirubin | | NEGATIF | Negatif |
| Warna Darah | | Kuning Jernih | |
| Leukosit | | POSITIF 2 | Negatif |
| Silinder | | 5,0-9,9 | 0-4 |
| Epitel | | 1,45-2,90 | Negatif (Hialin 0-2) |
| Bakteri | | 81,2-159,5 | 0-3 |
| Eritrosit | | 8158,40 /L | <=19,41 |
| | | 0,0-1,0 | 0-3 |
| BLOOD GAS | | | |
| pH (Analisa Gas Darah) | | 7,39 | 7,35-7,45 Nilai Kritis:<7,25 Or >7,6 |
| Pco2 (Analisa Gas Darah) | | 24,6 mmHg | 38-42 Nilai Kritis:<20 Or>60 |
| Po2 (Analisa Gas Darah) | | 99,0 mmHg | 85-100 Nilai Kritis:<40 (arteri) |
| Bikarbonat (HCO3) (Analisa Gas Darah) | | 14,8 mmol/L | 22-=26 Nilai Kritis:<10 Or >40 |
| Total CO2 (Analisa Gas Darah) | | 16,0 mmol/L | 19-25 |
| Kelebihan Basa (BE) (Analisa Gas Darah) | | -10 mmol/L | (-2)-(+2) Nilai Kritis: (-3) Or (+3) |
| Saturasi O2 (Analisa Gas Darah) | | 98,0 % | 95-100 Nilai Kritis =75 |
| Suhu (Aanalisa Gas Darah) iSTAT FiO 2 | | 37 % | |

Sumber: Laboratorium RSUD Bangil, 2024

6. Terapi Medik

Tabel 4.6 Terapi Medik

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

Sumber: Rekam Medik Pasien, 2024

7. Analisa Data Klien 1 dan Klien 2

Tabel 4.7 Analisa Data Klien 1 dan Klien 2

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

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

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 8. Tampak bengkak dan warna kehitaman pada daerah luka 9. Akral hangat kecuali di daerah luka teraba dingin 10. Luka berbau busuk 11. Terdapat cairan eksudat dan jaringan nekrotik | <p>↓</p> <p>Kerusakan integritas kulit</p> |
|--|--|

| Data Klien 2 | Etiologi | Masalah |
|---|--|-------------------|
| <p>Data Subjektif:</p> <p>Klien mengatakan nyeri pada luka dibagian tumit kaki kiri</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV <ul style="list-style-type: none"> TD: 94/62 mmHg N: 74x/m S: 36,2 °C RR: 22x/m SpO2: 98% 2. GDS: 482 mg/dl GDP: 236mg/dl 3. CRT <2 detik 4. Keadaan umum: lemah 5. Kesadaran: Compos Mentis GCS: 4-5-6 6. Klien tampak meringis menahan nyeri 7. Kekuatan otot: $\frac{5}{5} \frac{5}{5}$ $5 4$ 8. Tampak 9. luka mendalam/ulkus diabetik pada tumit kaki kiri dan terbalut kasa 10. Tampak bengkak pada bagian luka dan warna kehitaman 11. Turgor kulit normal 12. Akral hangat kecuali area luka teraba dingin 13. Terpasang DC (2000-2500 cc/ 24 jam) 14. Tampak sering minum | <p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Glukosa Darah Meningkat</p> <p>↓</p> <p>Luka diabetik tak kunjung sembuh</p> <p>↓</p> <p>Pertumbuhan bakteri</p> <p>↓</p> <p>Luka membengkak dan membau busuk</p> <p>↓</p> <p>Neuropati diabetik</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Akut</p> | <p>Nyeri Akut</p> |

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

| Data Subjektif: | Hiperglikemia | Gangguan Integritas Kulit |
|---|--|---------------------------|
| Klien mengatakan nyeri pada luka di tumit kaki kiri | ↓ Mengendapnya glukosa dalam pembuluh darah | |
| Data objektif: | ↓ | |
| 1. TTV | ↓ Suplai O2 dan nutrisi ke jaringan terhambat | |
| TD: 94/62 mmHg | | |
| N: 74x/m | | |
| S: 36,2 °C | | |
| RR: 22x/m | | |
| SpO2: 98% | ↓ Penumpukan bakteri | |
| 2. GDS: 482 mg/dl | ↓ Gangren | |
| GDP: 236 mg/dl | | |
| 3. Keadaan umum: lemah | ↓ Timbulnya nekrotik dalam jaringan | |
| 4. Tampak meringis menahan nyeri | ↓ Jaringan memburuk | |
| 5. Kesadaran: Compos Mentis | ↓ Timbulnya pembusukan dan bau membusuk | |
| GCS: 4-5-6 | ↓ Kerusakan integritas kulit | |
| CRT <2 detik | | |
| 6. Kekuatan otot: $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{4}$ | | |
| 7. Tampak luka diabetik dan kerusakan jaringan pada tumit kaki kiri | | |
| 8. Tampak bengkak dan warna kehitaman pada daerah luka | | |
| 9. Akral hangat kecuali di daerah luka teraba dingin | | |
| 10. Luka nampak tulang dan berbau busuk | | |
| 11. Terdapat cairan eksudat dan jaringan nekrotik | | |

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Klien 1 dan Klien 2:

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

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan

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

| | | | | | | | | |
|---|-----|---------------|--|--|--|--|---|---|
| latihan fisik berlebihan) | 8. | Pola nafas | | | | | 5 | 3. Fasilitasi istirahat dan tidur |
| Gejala dan tanda mayor dan minor: Subyektif: mengeluh nyeri Obyektif: 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur Obyektif: 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis Kondisi terkait: 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom koroner akut 5. glaukoma | 9. | Tekanan darah | | | | | 5 | Edukasi: 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri |
| | 10. | Nafsu makan | | | | | 5 | 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri |
| | 11. | Pola tidur | | | | | 5 | 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri |
| | | | | | | | | 5 |

Kolaborasi:
1. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu

| | | |
|--|---|---|
| 2. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D. 0129) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan dapat teratasi. | Label SIKI: (I. 14564) Perawatan Luka |
| Definisi: Kerusakan kulit (dermis/ epidermis) atau jaringan | | Aktivitas keperawatan: Observasi: 1. Monitor karakteristik luka |

2

(membran mukosa, kornea, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligamen).

Penyebab:

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kekurangan / kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) / faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
8. Efek samping terapi radiasi
9. Kelembapan
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal
14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas kulit.

Gejala dan tanda mayor dan minor:

Subyektif: -

Obyektif:

1. Kerusakan jaringan atau lapisan kulit

Label SLKI: (L. 14125)
Integritas kulit dan jaringan

Kriteria hasil:

| No | Kriteria Hasil | Indeks | | | | |
|----------------------|---------------------|--------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ekspetasi: meningkat | | | | | | |
| 1. | Hidrasi | | | | | 5 |
| 2. | Perfusi jaringan | | | | | 5 |
| Ekspetasi: menurun | | | | | | |
| 3. | Kerusakan jaringan | | | | | 5 |
| 4. | Kerusakan kulit | | | | | 5 |
| 5. | Nyeri | | | | | 5 |
| 6. | Pendarahan | | | | | 5 |
| 7. | Kemarahan | | | | | 5 |
| 8. | Hematooma | | | | | 5 |
| 9. | Nekrosis | | | | | 5 |
| 10. | Pigmentasi abnormal | | | | | 5 |
| 11. | Abrasi kornea | | | | | 5 |
| Ekspetasi: membaik | | | | | | |
| 12. | Suhu kulit | | | | | 5 |
| 13. | Sensasi | | | | | 5 |
| 14. | Tekstur | | | | | 5 |
| 15. | Pertumb | | | | | 5 |

(mis, drainase, warna, ukuran, bau)

2. Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik:

1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
 2. Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu
 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
 4. Bersihkan jaringan nekrotik
 5. Berikan salep yang sesuai kekulit/ lesi
 6. Pasang balutan sesuai luka
 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
 10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/ kg BB/ hari dan protein 1,25-1,5 g/kg/BB/ hari
 11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, C, Zinc, asam amino)
- Edukasi:
1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 2. Anjurkan konsumsi

47

| | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------|--------|---|---|---|---|--|---|---|--|
| 2. Nyeri 3. Pendarahan 4. Kemerahan 5. Hematoma Kondisi klinis terkait: 1. Imobilisasi 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal ginjal 4. Diabetes melitus 5. Immunodefisiensi (mis, AIDS) | | uhan ram but | | | | | | | | makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu | |
| | 16. | Jaringan parut | | | | | | | 5 | | |
| Label SLKI: (L. 07056) Penyembuhan Luka Kriteria hasil: | | | | | | | | | | | |
| No | | Kriteria Hasil | Indeks | | | | | | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| Ekspetasi: meningkat | | | | | | | | | | | |
| 1. | Penyatan kulit | | | | | | | | | 5 | |
| 3. | Jaringan granulasi | | | | | | | | | 5 | |
| 4. | Pembentukan jaringan parut | | | | | | | | | 5 | |
| Ekspetasi: menurun | | | | | | | | | | | |
| 5. | Edema pada sisi luka | | | | | | | | | 5 | |
| 6. | Peradangan luka | | | | | | | | | 5 | |
| 7. | Nyeri | | | | | | | | | 5 | |
| 8. | Bau tidak sedap pada luka | | | | | | | | | 5 | |
| 9. | nekrosis | | | | | | | | | 5 | |
| 10. | Infeksi | | | | | | | | | 5 | |

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan

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

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

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

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

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

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

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

| | | |
|--|---|---|
| | terapi non farmakologi dengan menonton TV atau mendengarkan musik untuk mengurangi rasa nyeri | makan meningkat 7. Memberikan obat oral (Prorenal 3x1, NAC 3x200mg) 8. Mengingatn keluarga dan pasien untuk menunda penyuntikan Lantus 10 U/ml sebelum tidur 9. Mengambil sampel darah arteri untuk mengecek darah lengkap ke laboratorium 10. Melakukan Informed Consent kepada pasien dan keluarga untuk meminta persetujuan dilakukan tindakan Debridement yang akan dilakukan pada tanggal 27 Maret 2024 (pasien menolak untuk dilakukan Debridement) |
|--|---|---|

| | Jam | Hari ke-4 Jum'at, 29 Maret 2024 | Jam | Hari ke-4 Jum'at, 29 Maret 2024 |
|------------|--------------|--|--------------|---|
| Nyeri Akut | 09.40 WIB | 1. Memonitor TTV (TD: 120/84 mmHg, N: 82x/m, S: 36,5°C, RR:22x/m, SpO2: 98%) 2. Memonitor skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka pada punggung kaki) | 08.50 WIB | 1. Memonitor TTV (TD: 118/80 mmHg, N: 86x/m, S: 36°C, RR:22x/m, SpO2: 98%) 2. Memonitor skala nyeri (P: Nyeri karena luka, Q: Ketusuk-tusuk, R: Bagian luka) |

| | | | | | |
|---------------------------|-----------|--|-----------|--|---|
| | | <p>kiri, S:2-3, T: Hilang timbul)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan injeksi analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr) 4. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:231 mg/dl) 5. Menganjurkan pasien puasa kurang lebih selama 8 jam 6. Memberikan informasi terkait perkembangan dan saran dokter (pasien rencana pulang) | | | <p>pada tumit kaki kiri, S:5, T: Hilang timbul)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan injeksi analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg) 4. Mengecek kadar glukosa darah sewaktu (GDS:196 mg/dl) 5. Memberikan informasi terkait perkembangan kesehatan pasien |
| Gangguan Integritas Kulit | 10.30 WIB | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi pada pasien akan dilakukan perawatan luka 2. Mempersiapkan alat perawatan luka 3. Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka 4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan 5. Melepaskan balutan dan plester perlahan 6. Memonitor karakteristik luka (Drainase: sedikit, ukuran: mengecil, warna: kehitaman, bau: menyengat berkurang) 7. Memonitor tanda-tanda infeksi (rubor berkurang, calor, tumor | 11.15 WIB | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi pada pasien akan dilakukan perawatan luka 2. Mempersiapkan alat perawatan luka 3. Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka 4. Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan 5. Melepaskan balutan dan plester perlahan 6. Memonitor karakteristik luka (Drainase: sedikit, ukuran: lebar dan dalam, warna: kehitaman, bau: menyengat berkurang) | |

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

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

4.1.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan

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

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

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

Hari ke-2 Rabu, 27 Maret 2024

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

| | |
|--|--|
| <p>R:Bagian luka pada punggung kaki kiri</p> <p>S: 6</p> <p>T: Sering</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah, gelisah, meringis menahan nyeri 2. Terdapat luka diabetik pada kaki 3. Tampak odem/edema pada daerah luka 4. Nafsu makan mulai meningkat (3-4 sendok/ porsi) 5. Mukosa bibir kering 6. Terpasang DC (urine: \pm1900 cc/ 24 jam) 7. Tampak Polidipsia (\pm900 ml/ 12 jam) <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian Analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomyicin 2x2gr, Lanzoprazole 1x30mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual) 2. Berikan terapi insulin A:4U.ml dan L: 6U/ml 3. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu 4. Monitor Skala Nyeri. | <p>T: Sering</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien masih tampak lemah, dan mengalami penurunan kesadaran 2. Terdapat luka diabetik pada kaki 3. Tampak odem/edema pada daerah luka 4. Nafsu makan menurun (2-3 sendok/ porsi) 5. Mukosa bibir kering 6. Terpasang DC (urine: \pm2100 cc/ 24 jam) 7. Tampak Polidipsia menurun (\pm1000 ml/ 12 jam) <p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian Analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual) 2. Tunda terapi insulin A: 6U/ml dan lanjutkan terapi L: 10U/ml 3. Berikan Transfusi PRC 1 Kolf 4. Berikan tranfusi Plasbumin 20% extra 5. Berikan obat oral (Hepamax 2x1, |
|--|--|

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

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

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

| | |
|---|--|
| meningkat (5-6 sendok/ porsi) | 5. Nafsu makan meningkat (5-6 sendok/ porsi) |
| 5. Mukosa bibir Lembab | 6. Mukosa bibir Lembab |
| 6. Terpasang DC (urine: ±1300 cc/ 24 jam) | 7. Terpasang DC (urine: ±1800cc/ 24 jam) |
| 7. Tampak Polidipsia menurun (±900 ml/ 12 jam) | 8. Tampak Polidipsia (±1300 ml/ 12 jam) |
| A: Nyeri Akut teratasi | A: Nyeri Akut teratasi sebagian |
| P: Intervensi dilanjutkan | P: Intervensi dilanjutkan |
| 1. Pemberian Analgetik (Santagesik 3x1gr, Ondansetron 3x8mg, Fomycyin 2x2gr, Lanzoprazole 1x30mg) | 1. Pemberian Analgetik (Ceftriaxone 2x1gr, Methylprednisolone 1x62,5 mg, Metoclopramide 3x10 mg, Metronidazole 3x500mg untuk mengurangi mual-mual) |
| 2. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu | 2. Lanjutkan A: 6U/ml dan tunda L: 10U/ml |
| 3. Berikan terapi insulin Apidra | 3. Berikan obat oral (Hepamax 2x1, Prorenal 3x1, NAC 3x200mg) |
| 4. Monitor Skala Nyeri. | 4. Menghentikan Metronidazole 3x500 mg |
| 5. Latih berjalan secara mandiri | 5. Monitor Gula darah puasa dan sewaktu |
| 6. Berikan terapi nonfarmakologis untuk hilangkan nyeri dengan menonton TV | 6. Monitor Skala Nyeri. |

Hari ke-4 Jum'at, 29 Maret 2024

| Diagnosa Keperawatan | Klien 1 | Paraf | Klien 2 | Paraf |
|----------------------|--|-------|---|-------|
| Nyeri Akut | S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya sudah tidak ada dan mual-mual tidak | | S: Klien mengatakan nyeri pada luka kaki kirinya berkurang O: K/U Baik | |

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

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

| | |
|---|---|
| GCS: 4-5-6 | GCS: 4-5-6 |
| CRT: <2 detik | CRT: <2 detik |
| GDS: 231 mg/dl | GDS: 196 mg/dl |
| GDP: 127 mg/dl | Kesadaran:Compos Mentis |
| Kesadaran:Compos Mentis | Akaral: Hangat |
| Akaral: Hangat | Turgor Kulit: Normal |
| Turgor Kulit: Normal | Kekuatan Otot: 5 5 |
| Kekuatan Otot: 5 5 | 5 4 |
| 5 4 | Skala Nyeri: |
| 1. Klien tampak senang mulai membaik | P: Luka Diabetik |
| 2. Terdapat ulkus diabetik pada punggung kaki kiri | Q: Ketusuk-tusuk |
| 3. Odem/ edema pada daerah luka menurun | R:Bagian luka pada tumit kaki kiri |
| 4. Terdapat sianosis pada luka dan tampak kehitaman pada bagian luka dan yang bengkak | S: 5 |
| 5. Akral kulit yang luka teraba hangat | T: Hilang Timbul |
| 6. Tanda-tanda infeksi: (rubor:ada, kalor: ada, dolor: tidak ada, tumor: menurun) | 1. Klien tampak membaik |
| 7. Drainase/eksudat: sedikit | 2. Terdapat ulkus diabetik pada tumit kaki kiri |
| Warna: kemerahan dan kehitaman pada luka | 3. Odem/ edema pada daerah luka menurun |
| Bau: busuk yang menyengat berkurang | 4. Terdapat sianosis pada luka dan tampak kehitaman pada bagian luka dan yang bengkak |
| Ukuran: 7-8 cm | 5. Akral kulit yang luka teraba hangat |
| 8. Tampak adanya nektrotik sedikit pada luka dan | 6. Tanda-tanda infeksi: (rubor:ada, kalor: ada, dolor: menurun, tumor: menurun) |
| | 7. Drainase/eksudat: menurun |
| | Warna: kemerahan dan kehitaman pada luka |
| | Bau: busuk yang menyengat berkurang |
| | Ukuran: lebar dan dalam |

| | |
|--|---|
| tumbuhnya granulasi | menempuh tulang |
| A: Gangguan Integritas Kulit teratasi | 8. Tampak adanya granulasi pada tepi luka |
| P: Intervensi dihentikan | A: Gangguan Integritas Kulit teratasi sebagian |
| Intervensi bagi klien | P: Intervensi dilanjutkan |
| 1. Kontrol rawat luka Wound Dressing Modern 3 hari sekali di Poli DM | 1. Berikan Perawatan luka Wound Dressing Modern 2 hari sekali |
| 2. Monitor tanda-tanda infeksi secara mandiri | 2. Kolaborasi dengan dokter tindakan Debridement |
| 3. Berikan diit DM | 3. Monitor tanda-tanda infeksi |
| | 4. Monitor karakteristik luka (drainase, warna, bau, ukuran) |

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

1. Data Subjektif

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

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

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

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

2. Data Objektif

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

sianosis, luka berbau busuk yang menyengat, terdapat cairan eksudat dan jaringan nekrotik, kekuatan otot 5-5-5-4, keadaan umum cukup lemah, kesadaran: Compos Mentis, GCS: 4-5-6, nafsu makan menurun 2-3 sendok/ porsi, skala nyeri: P: Nyeri luka diabetik Q: Ketusuk-tusuk R: Punggung kaki kiri S: 7 T: Sering, Observasi TTV TD: 139/87 mmHg, N: 84x/m, S: 36,6°C, RR: 22x/m, SpO₂: 98%. Sedangkan pada Klien 2: keadaan umum lemah, tampak meringis menahan nyeri, tampak ulkus diabetik pada tumit kaki kiri yang terbalut kasa, luka tampak odem dan berwarna kehitaman/ sianosis, luka berbau busuk yang menyengat, terdapat cairan eksudat dan jaringan nekrotik, kekuatan otot 5-5-5-4, kesadaran Compos Mentis, GCS: 4-5-6, nafsu makan menurun 2-3 sendok/ porsi, skala nyeri: P: Nyeri luka diabetik Q: Ketusuk-tusuk R: Tumit kaki kiri S: 8 T: Sering, Observasi TTV TD: 94/62 mmHg, N: 74x/m, S: 36,2°C, RR: 22 x/m, SpO₂: 98%.

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

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

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

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

diagnosis keperawatan kedua yaitu gangguan integritas kulit didukung dari data subjektif pada Klien 1 menyatakan nyeri pada luka kaki kiri dan tercium bau busuk yang menyengat dari luka, pada pemeriksaan terdapat luka diabetik pada punggung kaki kiri nampak odem dan warna kehitaman, adanya cairan eksudat dan jaringan nekrotik pada luka klien. Sedangkan pada Klien 2 didukung dari data subjektif klien 2 menyatakan nyeri dengan skala 8 pada luka bagian tumit kaki kiri, pada pemeriksaan klien nampak meringis menahan nyeri dan diagnosis kedua yaitu gangguan integritas kulit didukung dari data subjektif pada klien 2 menyatakan nyeri pada luka kaki kiri dan tercium bau busuk yang menyengat dari luka, pada pemeriksaan terdapat luka diabetik pada tumit kaki kiri yang menembus tulang, nampak odem dan warna kehitaman/sianosis pada daerah luka, adanya cairan eksudat dan jaringan nekrotik pada luka klien. Diabetes Melitus merupakan penyakit yang biasanya terjadi karena pankreas yang tidak dapat menghasilkan insulin yang cukup sehingga tidak dipergunakan secara efektif, dan juga ditafsirkan sebagai salah satu penyakit metabolisme yang diidentifikasi dengan adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah (Aprelia & Suhandia, 2023).

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

4.2.3 Intervensi Keperawatan

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

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

13

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

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

4.2.4 Implementasi Keperawatan

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

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

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

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

9 4.2.5 Evaluasi Keperawatan

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

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

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

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

1

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

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

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

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

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

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

5.2 Saran

1. Bagi klien dan keluarga

1 Bagi klien dan keluarga dapat mengetahui terkait penyakit beserta ilmu pengetahuan terhadap dampak positif dan negatif dari penyakit, dan diharapkan dapat meningkatkan mutu kesetia dirumah dengan melakukan perawatan luka secara mandiri dan dapat mengontrol glukosa darah dengan olahraga teratur dan menjaga pola makan. Oleh karena itu, klien dapat mengintegrasikan perkembangan mutu kesehatan dirumah serta diimbangi dengan melakukan pemeriksaan rutin setiap bulannya.

2. Bagi perawat

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

3. Bagi peneliti lainnya

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

DAFTAR PUSTAKA

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

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

Izzah, A. N., & Solihah, I. (2024). *Penerapan Terapi Kompres Jahe Hangat Untuk Mengurangi Nyeri Pada Pasien Dengan Rheumatoid Arthritis dalam Konteks Keluarga Tahun 2023*. *xx*(1), 8–19.

KEMENKES. (2022). *Sumber Makanan Yang Dapat Dikonsumsi Penderita Diabetes Melitus*. Kemenkes Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1936/diet-bagi-penderita-penyakit-diabetes

28 Lellu, A. (2021). Analisis Hubungan Kadar Glukosa Darah Dengan Terjadinya Gangrene Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di RSUD Batara Guru Belopa Tahun 2021. *Jurnal Kesehatan Luwu Raya*, 8 (1), 51–55. <http://jurnalstikesluwuraya.ac.id/index.php/eq/article/view/95/85>

41 Lukman, Aguscik, & Agustini, V. A. (2023). Penerapan Manajemen Nutrisi Pada Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus Tipe Ii Dengan Masalah Keperawatan Defisit Nutrisi. *Jurnal Aisyiyah Palembang*, 8, 26–42.

6 Maria, I. (2021). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Dan Asuhan Keperawatan Stroke*. 1 Januari 2021. https://books.google.co.id/books?id=u_MeEAAAQBAJ&dq=patofisiologi+diabetes+melitus+secara+umum&lr=&hl=id&source=gbs_navlinks_s

Mhikael, Y. (2021). *Memahami 4 Tahapan dalam Proses Penyembuhan Luka*. <https://helohehat.com/hidup-sehat/pertolongan-pertama/proses-penyembuhan-luka/>

Muhammad, H. (2022). *Suntikan Insulin untuk Diabetes: Begini Cara Tepat Melakukannya!* <https://www.gooddoctor.co.id/penyakit-kronis/diabetes/suntikan-insulin-untuk-diabetes-begini-cara-tepat-melakukannya/>

26 Mustofa, E. E., Purwono, J., Keperawatan, A., Wacana, D., Kunci, K., & Darah, K. G. (2021). Penerapan Senam Kaki Terhadap Kadar Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Purwosari Kec. Metro Utara Tahun 2021. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(1), 78–86.

17 Nurkamila, F. Y. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. E Dengan Diabetes Mellitus Gangren Di Ruang Baitussalam 2 Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. In *Doctoral dissertation, Universitas Islam Sultan Agung Semarang*.

Oliver, J. (2019). Konsep Penyakit Dieabetes Tipe 1 dan 2. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Oliver, R. (2021). Diabetes Mellitus. *Angewandte Chemie International Edition*, 60 (11), 951–952., 2013–2015.

20 Permani, N., Apriliani, I., & Dewi, F. K. (2023). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Utama Resiko Perilaku Kekerasan dengan Diagnosa Medis*

Skizofrenia pada Pasien Gangguan Jiwa. *Journal of Management Nursing*, 2 (2), 191–195. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i2.81>

32 Prabowo, N. A., Ardyanto, T. D., Hanafi, M., & Aryani, N. D. (2021). *Peningkatan Pengetahuan Diet Diabetes , Self Management Diabetes dan Penurunan Tingkat Stres Menjalani Diet pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret*. 24(2), 285–296.

23 Pratiwi, K. (2019). *Gambaran Self Care Management pada Pasien Diabetes Mellitus Di Puskesmas 2 Denpasar Barat Tahun 2021*. 7–32.

Purba, R. J. (2019). Pentingnya Perawat Melakukan Evaluasi Setelah Pelaksanaan Asuhan Keperawatan. In *Jurnal OSF* (pp. 1– 7). <https://osf.io/8d4fm/download/?format=pdf>

RSUD Bangil Pasuruan. (2023). *Prevalensi Penderita Diabetes Melitus 1 Tahun Terakhir*.

49 Santoso, D., Dewe, E., & Murtiani. (2022). Asuhan Keperawatan Hipertermia Pada an S Dengan Febris Di Ruang Firdaus Rsi Banjarnegara. *Jurnal Inovasi Penelitian, Vol.3 No.(7)*, 6915–6922.

8 Saputri, R. D. (2020). Komplikasi Sistemik Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 230–236. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.254>

20 Sari, D. N., Suhartini, T., & Hartono, D. (2023). Pengaruh Modern Dressing Terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetic Foot Dvi RSUD Grati Pasuruan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 2(10), 612–623.

Siloam. (2023a). *Diabetes tipe 2: Penyebab, Gejala dan Langkah Pengobatannya*. Siloam Hospital. <https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/diabetes-tipe-2>

Siloam, H. (2023b). *Apa itu Gangrene? Ini Penyebab, Gejala, dan Pengobatannya*. <https://www.siloamhospitals.com/informasi-siloam/artikel/apa-itu-gangrene>

Suharto, A. (2021). *Perawatan Luka dengan Modern Dressing*. Kemenkes RS Soeradji Tirtonegoro. <https://rsupsoeradji.id/perawatan-luka-dengan-modern-dressing/>

40 Suyani, S. (2022). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Bblr. *JKM (Jurnal Kesehatan Masyarakat) Cendekia Utama*, 10(2), 199. <https://doi.org/10.31596/jkm.v10i2.1069>

18 Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. In *Edisi 1* (Cetakan II).

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. In *Edisi 1* (Cetakan II).

Tim Pokja SLKI DPP, P. (2022). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. In *Edisi 1* (Cetakan II).

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

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