

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS DENGAN GANGREN PEDIS DI RUANG BIMA RSUD JOMBANG

by Agus Agus

Submission date: 26-Sep-2024 01:12PM (UTC+1000)

Submission ID: 2465828817

File name: KIAN_AGUS_2_-_agus_eni.docx (1.02M)

Word count: 7354

Character count: 55177

13
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS
DENGAN GANGREN PEDIS DI RUANG BIMA RSUD JOMBANG**



Oleh :
AGUS

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2024**

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes militus merupakan keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolic akibat gangguan hormonal yang menimbulkan komplikasi pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah (Nugroho, 2021). Adanya penyakit diabetes ini pada awalnya sering kali tidak dirasakan dan tidak disadari oleh penderita, beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian seperti banyak kencing (poliuria), banyak minum (polidipsia), banyak makan (polifagia) dan penurunan berat badan jika tidak segera di tangani akan menyebabkan masalah keperawatan berupa ketidakstabilan kadar glukosa darah, hambatan mobilitas fisik, kurang pengetahuan, dan ketidak seimbangan nutrisi berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral, hipermetabolisme (Wijayanti, 2020).

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

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

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

Penanganan diabetes melitus dapat dikelompokkan dalam 5 pilar Diabetes melitus yang pertama edukasi tentang diabetes, yang kedua perencanaan makanan dan diet DM, yang ketiga latihan jasmani seperti jalan sehat, yang keempat pemberian farmakologis seperti pemberian obat dan pemberian insulin, yang kelima pemeriksaan kadar gula darah atau memonitor kadar gula darah (Soelistijo, 2021). Peran perawat sangat diperlukan dalam menangani klien dengan DM. Selain memberikan asuhan keperawatan perawat juga berperan memberikan edukasi berupa pola hidup sehat, memberikan terapi nutrisi seperti penjadwalan makan, jenis dan jumlah kandungan kalori terutama pasien yang menggunakan obat untuk meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin. Memberikan latihan fisik secara teratur dilakukan untuk meningkatkan kontrol glukosa darah menurunkan berat badan dan meningkatkan kesehatan secara umum. Peran dalam melakukan pemberian obat sangat penting untuk mencapai target glukosa darah dan membantu mengontrol kadar gula dalam darah (Muliani, E.L, 2022).

11

1.2 Rumusan Masalah

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

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

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

1.3.2 Tujuan Khusus

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

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

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

2.4.1 Manfaat Praktis

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

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi Diabetes Melitus

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

Gangren merupakan komplikasi dari penyakit diabetes melitus yang disebabkan karena kerusakan jaringan nekrosis oleh emboli pembuluh darah besar arteri bagian tubuh sehingga suplai darah terhenti. Gangrene dapat terjadi karena adanya neuropati dan gangguan vaskuler di daerah kaki. Gangren muncul di daerah kaki dalam bentuk luka terbuka yang diikuti kematian jaringan setempat (Rosa dkk., 2019).

2.1.2 Etiologi Penyakit

1. Diabetes Melitus Tipe I

- 1) Faktor genetik
- 2) Faktor Lingkungan

2. Diabetes Melitus Tipe II

Rahmasari, (2019) Menyatakan etiologi diabetes melitus tipe II yaitu :

- 1) Obesitas
- 2) Faktor genetik

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

3. Gangren

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

2.1.3 Klasifikasi

Menurut American Diabetes Association (2020) menjelaskan bahwa terdapat empat klasifikasi diabetes mellitus diantaranya, sebagai berikut:

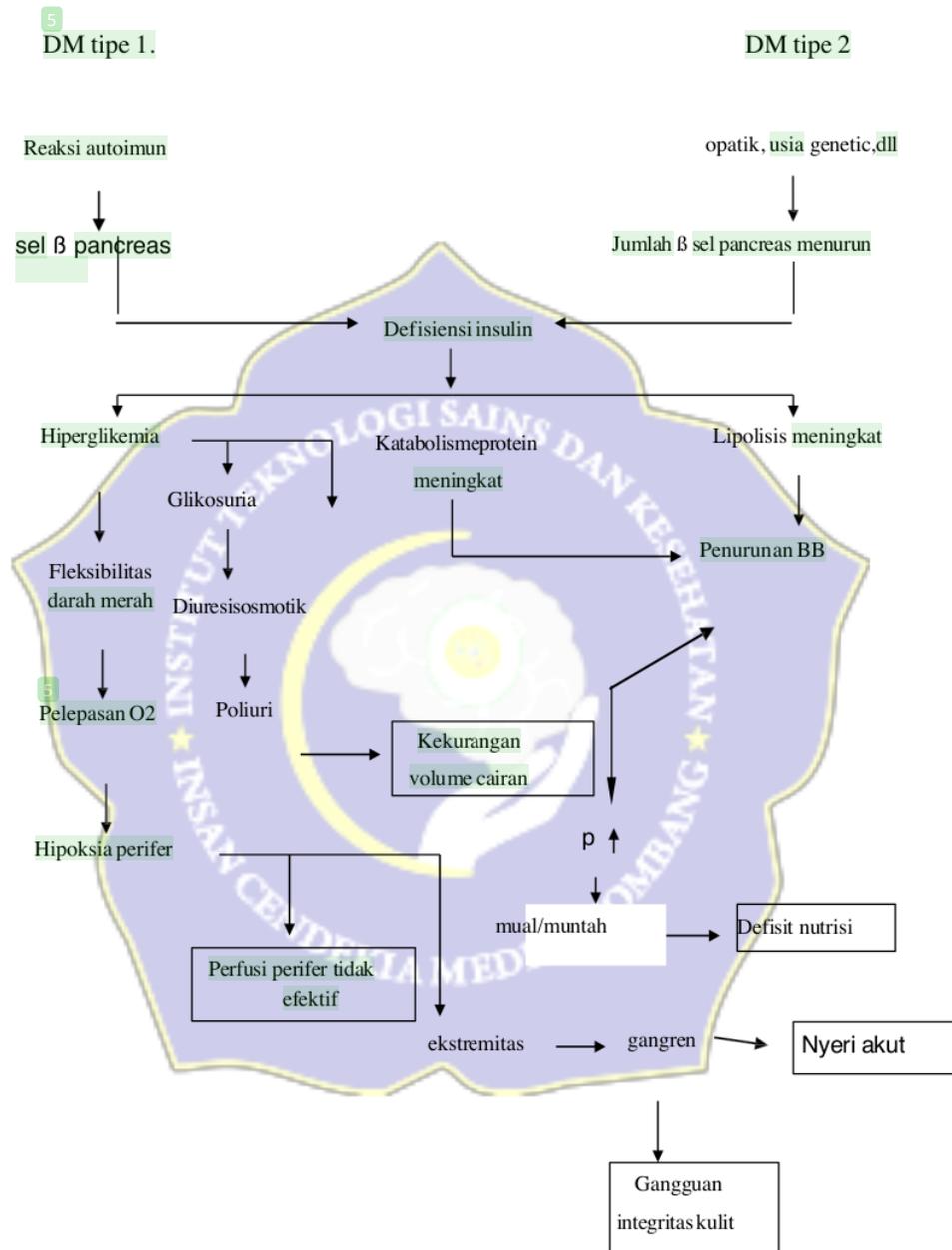
1. Diabetes melitus tipe 1, karena kerusakan sel- β , sehingga menyebabkan kekurangan insulin secara absolut (mutlak).
2. Diabetes melitus tipe 2, karena penurunan secara progresif sekresi insulin, sehingga terjadinya resistensi insulin.
3. Gestational diabetes melitus (GDM), yaitu keadaan diabetes atau intoleransi glukosa yang timbul selama masa kehamilan, biasanya berlangsung hanya sementara atau temporer. Sekitar 4-5% umumnya terdeteksi pada atau setelah trimester kedua.
4. Tipe tertentu lain dari diabetes karena penyebab lain, misalnya sindrom diabetes monogenik, seperti diabetes masa anak-anak, dan atau masa

remaja, penyakit eksokrin pankreas (seperti cystic fibrosis), dan diabetes dengan obat terlarang, seperti penggunaan glukokortikoid, dalam pengobatan HIV / AIDS, atau setelah transplantasi organ.

2.1.4 Patofisiologi

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

2.1.5 Pathway



2.1.6 Manifestasi klinik

⁵ Penderita gangrene diabetik biasanya mengalami gangguan yang ditandai dengan rasa nyeri pada daerah kaki pada waktu istirahat/malam hari, sakit pada telapak kaki setelah berjalan kemudian hilang setelah istirahat, tidak bertahan lama, kaki terasa dingin dan luka sukar sembuh. Pada neuropati perifer didapatkan gangguan sensorik dan motorik yang ditandai dengan menurunnya sensitivitas terhadap rasa panas, dingin, dan sakit

2.1.7 komplikasi

¹ Menurut Suryati, (2021) Diabetes yang tidak terkontrol dengan baik akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis

1. Komplikasi Akut.

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

¹ 2. Hiperglikemia

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

3. komplikasi kronik.

1) Komplikasi Makrovaskuler yang biasanya berkembang pada penderita Diabetes Melitus adalah trombositis otak (pembekuan

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

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

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Edukasi

Edukasi kesehatan merupakan bagian dalam pengolahan DM dengan edukasi orang dengan diabetes akan mengetahui penyakitnya dan memiliki kemampuan dalam merawat dirinya. Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengolahan DM secara holistic

2. terapi nutrisi

Terapi nutrisi adalah pemberian nutrisi sesuai dengan kebutuhan setiap penyandang DM. tujuan secara umum terapi nutrisi atau gizi adalah membantu orang dengan Diabetes memperbaiki kebiasaan gizi dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik. Orang dengan DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan 3J (jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori) terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri. Komposisi makanan yang dianjurkan terdiri dari : karbohidrat sebesar 45% - 65% total asupan energi, Jenis karbohidrat paling baik adalah yang berserat tinggi.

4. latihan jasmani/aktivitas fisik

Pada kondisi normal saat tubuh melakukan latihan fisik/ olahraga energi yang di keluarkan berasal dari glukosa dan asam lemak bebas. Energi awal berolahraga berasal dari cadangan ATP – PC otot, selanjutnya sumber energi dari cadangan glikogen otot, dan berikutnya glukosa. Apabila olahraga/ latihan fisik dilakukan secara terus menerus, maka energi yang digunakan bersumber dari glukosa yang didapatkan melalui pemecahan simpanan glikogen hepar (glikogenolisis).

5. Terapi farmakologis

Terapi farmakologis ditambahkan jika sasaran glukosa darah belum tercapai dengan pengaturan makan dan latihan jasmani. Pengolahan Diabetes secara farmakologis dapat berupa pemberian.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

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

1. Identitas

Usia (Diabetes melitus tipe-1 usis <30 tahun, diabetes melitus tipe-2 usia >30 tahun, cenderung meningkat pada usia >65 tahun). Jenis kelamin sebagian besar dijumpai pada Perempuan dibanding laki-laki karena faktor resiko terjadi diabetes melitus pada perempuan 3-7 kali

lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki 2-3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan (Putra, 2019).

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 (Putra, 2019).

3. Riwayat penyakit sekarang

Perlu ditanyakan kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka, upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengatasinya. Diobservasi P (provokatif) apa penyebab timbulnya rasa nyeri, Q (qualitas) seberapa berat keluhan nyeri terasa, R (region) dimana lokasi nyerinya, S (skala) berapa skala nyeri termasuk nyeri ringan atau sedang atau berat, dan T (time) kapan keluhan nyeri dirasakan (Putra, 2019).

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 artersklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan (Putra, 2019).

5. Riwayat Kesehatan keluarga

Perlu ditanyakan apakah didalam satu keluarga pernah ada yang menderita penyakit diabetes melitus. Penyakit diabetes melitus kalau

keturunan dari ibu sebanyak 50% dari ayah 30%, sedangkan keturunan penyakit diabetes melitus darikedua orangtua maka sang anak akan mengidap penyakit diabetes melitus sebanyak 80% (Putra, 2019).

6. Sejarah alergi

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

7. Pemeriksaan fisik

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

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

6) Mulut, terlihat bibir yang kering dan retak, lidah yang tampak kotor, serta bau mulut yang hadir.

8. Pemeriksaan paru-paru

1) Periksa bentuk dada untuk menilai apakah ada kelainan seperti dada tong (barrel chest), dada burung (pigeon chest), atau dada cekung (funnel chest).

2) Evaluasi status pernapasan termasuk frekuensi pernapasan.

a) Frekuensi pernapasan

Hitung frekuensi pernafasan, yang biasanya berkisar antara 12 hingga 20 kali per menit. Jika pernafasan melebihi 20 kali per menit, disebut sebagai takipnea, sedangkan jika kurang dari 12 kali per menit, disebut bradipnea.

b) Pola pernapasan

Perhatikan pola dan irama pernapasan, apakah teratur (apnea) atau terdapat perubahan dalam pola pernapasan

9. Palpasi paru

Menurut Sumantri (2019), Pemeriksaan fisik diuraikan menjadi dua bagian, yaitu pengamatan palpasi pada bagian belakang dada (toraks posterior) dan palpasi pada bagian depan dada (toraks anterior).

10. Perkusi paru

Menurut Sumantri (2019), Dijelaskan bahwa pemeriksaan fisik melibatkan penggunaan teknik perkusi dalam dua area yang berbeda, yakni perkusi pada bagian belakang dada (toraks posterior) dan perkusi pada bagian depan dada (toraks anterior).

11. Auskultasi paru

Menurut Sumantri (2019), Mengindikasikan bahwa auskultasi bisa mencakup pendengaran suara pada bagian belakang dada (toraks posterior) dan pendengaran suara pada bagian depan dada (toraks anterior).

12. Pemeriksaan jantung

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

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

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

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

13. Pemeriksaan penunjang

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

2.2.1 Diagnosis keperawatan

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

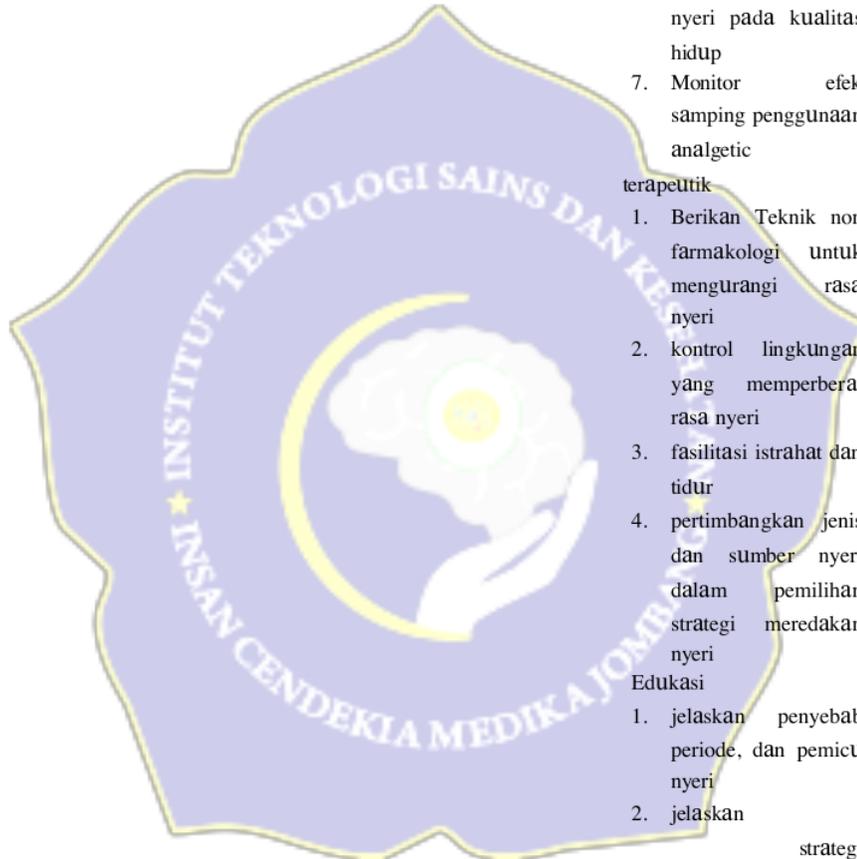
1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer
3. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer

2.2.2 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Konsep Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun kriteria hasil : 1. Frekuensi nadi (5) 2. Pola napas (5) 3. Keluhan nyeri (5) 4. meringis (5)	Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi factor

-
5. Gelisah (5) yang memperberat
6. Kesulitan tidur(5) dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
7. Monitor efek samping penggunaan analgetic terapeutik
1. Berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
3. fasilitasi istirahat dan tidur
4. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- Edukasi
1. jelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri
2. jelaskan strategi meredakan nyeri
3. ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- kolaborasi
1. kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
-



2.	Gangguan integritas kulit\jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit\jaringan meningkat kriteria hasil: <u>1. Elastisitas (3)</u>	Perawatan luka 1. Monitor karakteristik luka 2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Bersihkan dengan cairan Nacl
----	---	--	---

	2. Hidrasi (4)	4. Bersihkan jaringan nekrotik
	3. Kerusakan lapisan kulit (3)	5. Pertahankan Teknik steril
	4. Perdarahan (4)	
	5. Nyeri (4)	
	6. Hematoma (4)	
		6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
3. Resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah membaik kriteria hasil: 1. Kadar glukosa dalam darah (3) 2. Jumlah urine (4) 3. Mengantuk (4) 4. Pusing (4) 5. Lelah/lesu (4) 6. Keluhan	7. Anjurkan mengosumsi makanan berkalori tinggi dan protein Manajemen Hiperglikemia 1. Monitor kadar glukosa darah 2. Berikan asupan cairan oral 3. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga 4. Ajarkan pengelolaan diabetes 5. kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu

2.2.3 Implementasi Keperawatan

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

2.2.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam asuhan keperawatan dapat dilakukan dalam dua tahap, yaitu tahap formatif dan tahap sumatif. Evaluasi formatif

adalah proses evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan berlangsung, sementara evaluasi sumatif merupakan evaluasi yang dilakukan pada akhir dari asuhan keperawatan tersebut. (Mubarag, 2019).

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

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

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang digunakan sebagai pedoman dalam melakukan proses penelitian. Desain penelitian bertujuan untuk memberi penanganan yang jelas dan terstruktur kepada peneliti dalam melakukan penelitiannya (Fachruddin, 2020).

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

3.2 Batasan Istilah

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

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

luka pada bagian kaki kiri dengan skala nyeri 6.

3.3 Partisipan

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

1. Pasien yang berjenis kelamin perempuan
2. Pasien dengan kesadaran composmentis
3. Pasien dan keluarganya yang bersedia menjadi responden

3.4 Lokasi dan Waktu penelitian

1. Lokasi penelitian

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

2. Waktu Penelitian

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

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data sesuai dengan pertanyaan penelitian memerlukan beberapa teknik, antara lain :

1. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan suatu metode pengumpulan informasi dengan mempelajari dokumen-dokumen untuk memperoleh informasi yang berkaitan dengan masalah yang sedang dipelajari. Studi dokumentasi yang dibuat dengan memeriksa E-RM pasien dan pemeriksaan penunjang lain seperti hasil laborat, berserta laporan asuhan keperawatan pasien.

3.6 Uji Keabsahan Data

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

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

3.7 Analisa data

Analisa data merupakan pengumpulan data yang dilakukan dengan menganalisis laporan asuhan keperawatan, analisis dilakukan setelah semua data dikumpulkan. Analisis data mengumpulkan data, membandingkannya dengan teori yang ada, dan memberikan pendapat untuk dibahas. Analisis dilakukan dengan memberikan penjelasan tentang

jawaban penelitian yang ditemukan melalui interpretasi data mendalam yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian. Penelitian ini menganalisis data dalam beberapa langkah:

1) Pengumpulan informasi

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

2) Mereduksi data

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

3) Penyajian data

Informasi disajikan menggunakan teks deskriptif dan tabel. Menjaga identitas responden menjamin kerahasiaan mereka.

4) Pembahasan

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

5) Kesimpulan

Kesimpulan penelitian ini dilakukan untuk membandingkan data dengan temuan dari sebelumnya dengan mempertimbangkan teori tentang

proses keperawatan serta proses Kesehatan data yang terkumpul mencakup pengkajian, diagnostik, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

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

1) Persetujuan menjadi klien (Informed Consent)

Suatu kesepakatan antara penyelidik dan informan laporan studi disebut informed consent. Informed consent akan diberikan dengan menyerahkan formulir persetujuan untuk menjadi responden sebelum penulisan laporan kasus. Tujuan dari informed consent adalah untuk memastikan bahwa subjek memahami visi dan misi penelitian.

2) Anonymity (tanpa nama)

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

3) Confidentiality (kerahasiaan)

Peneliti laporan kasus menjamin kerahasiaan semua informasi yang dikumpulkan.

4) Ethical clearance

Karena penelitian ini melibatkan responden manusia, komite etik penelitian harus mempertimbangkan apakah penelitian ini sesuai. Komite etik penelitian akan memberitahukan secara tertulis apakah penelitian ini layak untuk dilaksanakan.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Bima RSUD Jombang Jl. KH. Wahid

Hasyim No.52, Kepanjen, Kecamatan Jombang, kabupaten Jombang, Jawa Timur. Secara umum ruang Bima memiliki dua Kawasan timur dan barat yang terdiri dari ruang perawatan kelas 1, kelas 2, kelas 3, dan ruang Tetanus.

4.1.2 Karakteristik partisipan

Identitas Klien	Hasil/Data
Tabel 4.1 Identitas Klien	
Nama	Ny.S
Umur	41 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan Islam
Agama	SMA
Pendidikan	Ibu
Pekerjaan	rumah tangga
Alamat	Diwek, Jombang
Status Pemikahan	Menikah
Tanggal Masuk	30 Oktober 2023
Tanggal Pengkajian	31 Oktober 2023
Diagnosa Medis	DM, Gangren pedis.

Sumber : Data Primer, 2023

4.1.3 Data Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

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

Riwayat Kesehatan Keluarga	kemudian dirujuk ke IGD RSUD Jombang pada tanggal 30 Oktober 2023 pada jam 18.30 kemudian dilakukan Tindakan utama pemasangan infus setelah dibawa di ruang Bima. Keluarga klien mengatakan tidak memiliki riwayat DM
----------------------------	--

Sumber : Data Primer, 2023

Tabel 4.3 pola fungsi Kesehatan

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

mengataka
n aktivitas dibantu,
klien
hanya tampak

		berbaring di tempat tidur
Tidur dan Istirahat	Kebiasaan tidur	Klien mengatakan lebih sering memejamkan mata
	Lama tidur	Klien mengatakan lebih sering memejamkan mata
	Masalah tidur	Klien mengatakan tidak ada masalah tidur
Eliminasi	Kebiasaan defekasi	Klien mengatakan tidak pasti
	Pola defekasi	1-2x sehari
	Warna feses	Kuning kecoklatan
	Kolostomi	Tidak ada kolostomi
	Kebiasaan miksi	Klien mengatakan tidak pasti
	Warna urine	Kuning keruh
	Jumlah urine	500 ml
	Harga diri	klien mengatakan harapan dirawat ingin cepat sembuh dan melakukan kegiatan seperti biasanya
	Peran	seorang ibu rumah tangga
	Identitas diri	klien mengatakan sebagai seorang suami dan ayah
Sistem peran	Ideal diri	klien menatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya
	Penampilan koping	bersih
	Peran saat ini	klien mengatakan sebelum sakit melakukan pekerjaan sendiri tapi setelah sakit klien membutuhkan bantuan seorang ibu
	Penampilan peran	bersih
Seksual dan Reproduksi	Sistem pendukung	klien mengatakan sistem pendukungnya adalah keluarga
	Interaksi dengan orang lain	klien mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya
	Frekuensi hubungan seksual	saat di tanya klien tidak berhubungan karena sakit
	Hambatan hubungan	



klien tidak

Kognitif perseptual	seksual Keadaan mental	berhubungan karena sakit klien mengatakan selalu mendapatkan dukungan mental dari keluarga untuk cepat sembuh klien bisa bercara secara normal klien dapat memahami Ketika di ajak bicara klien mengatakan gelisah/ cemas karena luka di kakinya
	Berbicara	
	Kemampuan memahami Ansietas	
	Pendengaran	
	Penglihatan	klien tidak memiliki gangguan pada pendengaran
Nilai dan Keyakinan	Nyeri Agama yang dianut Nilai/keyakinan terhadap penyakit	klien tidak memiliki gangguan penglihatan tidak ada nyeri Islam Klien mengatakan meyakini bahwa allah akan memberikan kesembuhan

Sumber : Data Primer, 2023

Tabel 4.4 pemeriksaan fisik

Pemeriksaan Fisik	Pengkajian	Hasil/data
Vital sign	Tekanan darah Suhu Kesadaran	130/80 mmHg 36,8 ºC Composmentis
Keadaan umum	GCS Status gizi Berat badan Tinggi badan	456 Normal 45 kg 155 cm
Pemeriksaan fisik Kepala	Sikap Warna rambut Kuantitas rambut Tekstur rambut Kulit kepala	Gelisah hitam kasar Bergelombang Bersih
Mata	Bentuk kepala Konjungtiva Sclera Reflek pupil	Simetris Tidak anemis Putih Isokor Normal
Telinga	Bola mata Bentuk telinga Kesimetrisan Pengeluaran cairan	Normal Simetris Tidak ada pengeluaran cairan Simetris

Bentuk hidung

Hidung dan Sinus	Warna	Sawo matang
Mulut dan Tenggorokan	Bibir Mukosa Gigi Lidah Palatum	Kering bersih Kering Bersih Bersih Sedikit kotor
Leher	Faring Bentuk Warna Posisi trakea Pembesaran tiroid	Normal Pendek Sawo matang Ditengah Tidak ada pembesaran tiroid
Thorax	JVP Paru-paru : Bentuk dada Frekuensi nafas Jenis pernafasan Pola nafas Retraksi dada Irama nafas Ekspansi paru Vocal premitus Nyeri Batas paru Suara nafas Jantung : Ictus cordis Nyeri Batas jantung	Normal Normal chest 20x/menit Perut Takipnea Simetris kanan kiri Ireguler Simetris kanan kiri Terdapat vocal premitus Tidak ada nyeri ICS 7 normal ICS 4 Tidak ada nyeri Batas ICS 4, batas kanan pada linea parasternalis kanan
Abdomen	Bentuk perut Warna kulit Lingkar perut Massa Acites Nyeri	Cembung Sawo matang 90 cm Tidak terdapat massa
Genetalia	Bising usus Kondisi meatus Kelainan skrotum Kekuatan otot Turgor Odem Nyeri	Tidak terdapat massa Tidak terdapat nyeri Normal Normal tidak ada kelainan
Ekstermitas	Nyeri warna kulit Akral Sianosis Parese Alat bantu	Gerakan normal Normal Tidak ada odem Tidak ada nyeri Sawo matang Hangat Tidak terdapat sianosis Tidak ada gangguan Tidak menggunakan alat Adanya luka
Ekstermitas bawah		

gangren pedis,
dengan
skala

nyeri 6

Tabel 4.5 Hasil pemeriksaan penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil
Radiologi	YTH
Tanggal 31 oktober 2023	X FOTO THORAX COR : Bentuk dan letak normal Pulmo : Corakan Broncovaskuler Merapat Tak tampak bercak maupun nodul pada kedua lapangan paru
Laboratorium	Darah lengkap :
Tanggal 31 oktober 2023	Glukosa darah sewaktu
	PT
	APTT
	Hemoglobin
	Leukosit
	Hematokrit
	MCV
	MCH
	RDW-CV
	Trombosit
	Segmen
	Hasil lab :
	204
	13
	30
	10.6
	25.51
	32.4
	73.6
	24.1
	15.1
	476
	85
	Nilai normal:
	100 - 140
	11-15
	25-35
	11.7-15.5
	3.6-11
	35-47
	82-92
	27-31
	11.5-14.5
	150-440
	50-70

Sumber : Radiologi dan Laboratorium RSUD Jombang, 2023

Tabel 4.6 Terapi Medis

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

Sumber : Rekam Medik, 2023

Tabel 4.7 Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
DS : Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri dikarenakan adanya luka P: akibat luka dm Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk R: di bagian kaki kiri daerah luka saja	Agen pencedera Fisiologis	Nyeri Akut

S: skala nyeri 6
T: nyeri dirasakan hilang timbul

DO :

- Klien tampak meringis
- Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri)
- Klien tampak gelisah
- Klien tampak kesulitan tidur
- Tanda-tanda vital;
TD:130\80 mmhg N:88x\mnt
S:36,8C RR:20x\mnt SPO2:98%

DS :

Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri Neuropati Gangguan
dikarenakan adanya luka perifer intergritas
DO : kulit\jaringan

- elastisitas
- hidrasi
- Kerusakan lapisan kulit
- perdarahan
- nyeri
- hematoma
- tanda-tanda vital :
TD:130\80 mmhg N:88x\mnt
S:36,8C RR:20x\mntSPO2:98%

DS:

Klien mengatakan nyeri di kaki kiri Hiperglikemia Resiko
dikarenakan adanya luka ketidakstabilan
DO: kadar glukosa dalam darah kadar
jumlah urin glukosa darah
mengantuk
pusing
Lelah\lesu
Keluhan lapar

- tanda-tanda vital :
TD:130\80 mmhg N:88x\mnt
S:36,8C RR:20x\mnt SPO2:98%

Sumber : Data Primer, 2023

1) Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
Gangguan integritas kulit\jaringan berhubungan dengan neuropati perifer
Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

2) Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 intervensi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi (5) 2. Pola napas (5) 3. Keluhan nyeri (3) 4. Meringis (3) 5. Gelisah (3) 6. Kesulitan tidur (4)	Manajemen nyeri 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Control lingkungan yang mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur 5. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 6. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat kriteria hasil: 1. Elastisitas (3) 2. Hidrasi (4) 3. Kerusakan lapisan kulit (3) 4. Perdarahan (4) 5. Nyeri (4) 6. Hematoma (4)	Perawatan luka 1. Monitor karakteristik luka 2. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Bersihkan dengan cairan Nacl 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jelaskan tanda dan

gejala infeksi

Resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah membaik kriteria hasil: 1. Kadar glukosa dalam darah (3) 2. Jumlah urine (4) 3. Mengantuk (4) 4. Pusing (4) 5. Lelah/lesu (4) 6. Keluhan lapar (5)	Manajemen Hiperglikemia 1. Monitor kadar glukosa darah 2. Berikan asupan cairan oral 3. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga 4. Ajarkan pengelolaan diabetes 5. kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu	7. Anjurkan mengosumsi makanan berkalori tinggi dan protein
---	--	---	---

Sumber : SDKI SLKI SIKI, 2020

3) Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 implementasi keperawatan

No	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	TTD
1.	Selasa 31/10/2023	08.00	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri di bagian kaki kiri, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.	
		08.15	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 6, dirasakan terus menerus jika digerakan	
		09.00	Melepas balutan dan plester secara perlahan Hasil : balutan dan plester telah di lepas terdapat rembesan	
		09.25	Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil : tidak memegang benda yang non steril	
		10.00	Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : pasien memahami dan mampu melakukan	

			Teknik relaksasi napas dalam
		12.30	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil : pasien mengatakan nyaman dengan tirai tertutup
		13.00	Memberikan asupan cairan oral Hasil : diberikan sesuai anjuran dokter
		13.30	Anjurkan kepatuan diet Hasil: mengosumsi makanan berkalori dan protein seperti sayuran
2.	Rabu 01/11/2023	08.00	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri di bagian kaki kiri, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.
		08.30	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 6, dirasakan terus menerus jika digerakan
		09.00	Melepas balutan dan plester secara perlahan Hasil : balutan dan plester telah di lepas terdapat rembesan
		09.30	Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil : tidak memegang benda yang non steril
		10.00	Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : pasien memahami dan mampu melakukan Teknik relaksasi napas dalam
		12.30	Monitor kadar gula darah Hasil : cek gda 200
		13.00	Memberikan cairan oral Hasil : diberikan sesuai anjuran dokter
		13.30	Anjurkan kepatuan diet Hasil: mengosumsi makanan berkalori dan protein seperti sayuran
3.	Kamis 02/11/2023	08.00	Mengidentifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : klien mengatakan nyeri di bagian kaki kiri, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.
		08.05	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 6, dirasakan terus menerus jika digerakan

- 08.50 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal
Hasil : ekspresi wajah tampak meringis Ketika digerakan, klien bersikap protektif
- 09.00 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
Hasil : klien mengatakan memperingankan nyeri Ketika beristirahat dan tidak banyak melakukan pergerakan
- 09.15 Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Hasil : pasien memahami dan mampu melakukan Teknik relaksasi napas dalam
- 10.00 Mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Hasil : pasien memahami dan mampu melakukan Teknik relaksasi napas dalam
- 12.00 Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
Hasil : pasien mengatakan nyaman dengan tirai tertutup
- 13.00 Memberikan analgetic
Hasil : diberikan sesuai anjuran dokter

Sumber : Data Primer

4) Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11 evaluasi keperawatan

No	No.DX	Hari/Tanggal	Jam	Evaluasi	TTD
1.	1.	Selasa 31/10/2023	12.00	<p>S : klien mengatakan nyeri di bagian kaki kiri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis 2. Klien masih terlihat gelisah 3. Klien kesulitan tidur 4. Klien bersikap protektif 5. Tanda-tanda vital <p>: TD : 130\80 mmhg N : 88x\mnt S : 36,8 RR : 20x\mnt Spo2 : 98%</p> <p>A : masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi</p> <p>P : intervensi terus dilakukan</p>	

2. 1. Rabu 13.00 S : klien mengatakan masih merasakan
01/11/2023 nyeri di kaki kiri
10
O :
1. Klien tampak meringis
2. Klien masih terlihat gelisah
3. Klien kesulitan tidur
4. Klien bersikap protektif
5. Tanda-tanda vital :
TD : 130\80 mmhg
N : 88x\mnt
S : 36,8
RR : 20x\mnt
Spo2 : 98%
A ; masalah keperawatan nyeri akut
belum teratasi
P : intervensi terus dilakukan

3. 1. Jumat 12.30 S : klien mengatakan nyeri mulai
02/11/2023 berkurang
O :
1. Klien tampak
meringis berkurang
2. Klien gelisah berkurang
3. Klien kesulitan tidur
4. Klien bersikap protektif
5. Tanda-tanda vital :
TD : 130\80 mmhg
N : 88x\mnt
S : 36,8
RR : 20x\mnt
Spo2 : 98%
A : masalah keperawatan nyeri akut
teratasi sebagian
P : intervensi terus dilakukan

Sumber : Data Primer, 2023

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 31 oktober 2023 pukul 13.00 WIB pada klien Ny.S dengan melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik di dapatkan data yaitu Ny.S berusia 41 tahun pasien saat ini didiagnosa Diabetes melitus dengan Gangren pedis oleh dokter.

Keluhan utama: klien mengatakan merasa nyeri di kaki kiri karena adanya luka Diabetes.

Salah satu komplikasi diabetes melitus adalah gangren diabetes. Gangrene diabetes ini disebabkan oleh inflasi luka pada fase lanjut yang dikarenakan perawatan yang kurang intensif atau perubahan degenerative. Gejala gangren dengan nyeri biasa di tandai dengan rasa menusuk, tajam, atau berdenyut di area yang terkena sehingga menyebabkan kehilangan sensasi dan menjadi mati rasa (Wibowo H, Rizany, 2021).

Menurut penulis teori tersebut Diabetes melitus sering kali ditandai rasa nyeri yang intens karena akumulasi asam laktat dan produk sampingan metabolik lain yang merangsang reseptor nyeri. Penelitian menunjukkan bahwa nyeri ini sering menjadi salah satu tanda awal gangren.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

Nyeri akut adalah nyeri yang muncul secara tiba-tiba dan biasanya memiliki durasi yang relatif singkat, meskipun intensitasnya bisa sangat tinggi. Ini seringkali merupakan respons terhadap cedera, infeksi, atau kondisi medis mendasar yang merusak jaringan tubuh, seperti luka, fraktur, atau infeksi. Dalam konteks diabetes mellitus dan

gangren, nyeri akut dapat terjadi karena iskemia jaringan atau infeksi yang mengiritasi reseptor nyeri dan menyebabkan rasa sakit yang mendalam dan intens (Decroli E, 2020).

Menurut peneliti teori tersebut ditemukan data yang mendukung ditegakkannya diagnosa nyeri akut dengan kriteria frekuensi nadi (5), pola napas (5), keluhan nyeri (3), meringis (3), gelisah (3), kesulitan tidur (4), hingga merasakan rasa sakit yang mendalam.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien adalah manajemen nyeri akut dengan menekankan pada poin terapeutik mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengatasi masalah nyeri akut yang di alami klien.

Intervensi nonfarmakologis seperti terapi fisik, penggunaan alat bantu, dan pendidikan pasien dapat membantu meningkatkan kualitas hidup dengan mengurangi nyeri, meningkatkan mobilitas, dan membantu pasien beradaptasi dengan perubahan fisik (Mahmotob, 2021).

Menurut peneliti intervensi keperawatan yang diberikan pada klien sudah sesuai dengan teori yaitu manajemen nyeri akut diberikan pada klien dengan menekankan pada point terapeutik mengajarkan Teknik non farmakologis berupa teknik tarik napas dalam.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Penerapan implementasi keperawatan pertama pada tanggal 31 oktober 2023 pukul 08.00 WIB. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada klien sudah sesuai dengan apa yang ada pada intervensi yaitu manajemen nyeri dengan menekankan pada point terapeutik mengajarkan Teknik non farmakologis untuk mengatasi masalah nyeri akut yang dirasakan oleh klien didapatkan data Klien mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan Teknik non farmakologis. Klien mengatakan masih nyeri, Klien gelisah, TTV N: 88 x/mnt. S: 36,8°C. RR: 20x/mnt. SPO2: 98%. Yang menunjukkan adanya perbaikan setelah di lakukan implementasi keperawatan pada klien.

Menurut (Ashina *et al.*, 2019), mengimplementasikan berbagai strategi keperawatan merupakan langkah keempat dari proses keperawatan, ada dua jenis implementasi rencana Tindakan: Tindakan mandiri oleh perawat dan tindakan bersama dengan professional kesehatan terkait. Rencana Tindakan keprawatan tidak harus diimplementasikan, Tindakan yang diimplementasikan dapat disesuaikan dengan kondisi klien.

Menurut peneliti teori tersebut implementasi pada klien sudah sesuai dengan hasil dari pemeriksaan klien. Implementasi Teknik non farmakologis menggunakan teknik Tarik napas dalam dilaksanakan setiap merasakan nyeri saat bergerak. Teknik non farmakologis efektif dapat mengurangi rasa nyeri yang di alami klien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan pengkajian, hasil tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari berurutan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis diperoleh evaluasi keperawatan yang disesuaikan dengan kriteria hasil berdasarkan SLKI yaitu : pada hari pertama 31/10/2023 frekuensi nadi (4), pola napas (4), keluhan nyeri (3), meringis (4), gelisah (4), kesulitan tidur (4) pada hari kedua 01/11/2023 frekuensi nadi (4), pola napas (4), keluhan nyeri (3), meringis (4), gelisah (4), kesulitan tidur (4) pada hari ketiga 02/11/2023 frekuensi nadi (5), pola napas (5), keluhan nyeri (4), meringis (4), gelisah (4), kesulitan tidur (5)

Menurut (Thomas W., 2019), evaluasi adalah Tindakan terakhir dalam metode keperawatan untuk menentukan apakah hasil rencana keperawatan telah berhasil. Saat melakukan evaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menarik Kesimpulan tentang tujuan yang dicapai, dan kemampuan menghubungkan intervensi keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan.

Menurut peneliti pada catatan perkembangan evaluasi keperawatan selama 3x24 jam dengan metode SOAP, pada studi kasus Ny.S yang dilakukan pada tanggal 31 oktober - 02 november 2023 yang terdiri dari subyektif, obyektif Analisa dan planning untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut. Pada hari pertama klien masih belum memenuhi kriteria hasil hal ini dikarenakan keluhan dan tanda gejala

klien belum mengalami perubahan atau masalah belum teratasi, klien masih merasa nyeri saat bergerak dengan skala nyeri 6, RR : 20x/menit. Dihari kedua dan ketiga klien mengalami perubahan, klien mengatakan nyeri berkurang, terdapat kemajuan pada klien dihari ke 3 berarti analisis masalah keperawatan tersebut teratasi Sebagian.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian asuhan keperawatan didapat keluhan utama pada pengkajian klien mengalami nyeri pada kaki kiri didapatkan data fokus keadaan umum cukup, klien tampak meringis, tampak gelisah, kesulitan tidur, nyeri luka dengan skala 6. Menurut penulis untuk mengatasi nyeri yang dialami dapat dilakukan teknik nonfarmakologi yaitu tarik nafas dalam dari hidung dikeluarkan melalui mulut serta dengan cara mengalihkan nyeri dengan mengobrol dan istirahat tidur. Diagnosa keperawatan yang muncul dari data pengkajian klien adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
2. diagnosa keperawatan prioritas utama dari data pengkajian klien adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dengan pengakajian keluhan utama nyeri luka pada kaki kiri yang menyebabkan pasien sulit bergerak.
3. intervensi yang dilakukan pada Ny. S diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik yaitu: (1) identifikasi lokasi, (2) karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, (3) identifikasi skala nyeri, (4) berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, (5) ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
4. implementasi Ny. E dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik yang dilakukan yaitu, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi

skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara tarik nafas dalam. Untuk diagnosa gangguan integritas kulit\jaringan berhubungan neuropati perifer, mengidentifikasi adanya rembesan pada luka, dan melakukan perawatan luka dengan Teknik steril. Dan untuk diagnosa resiko ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia dilakukan implementasi yaitu, memonitor gula darah, memberikan asupan cairan oral, anjurkan kepatuhan diet dan olahraga, kolaborasi pemberian insulin jika perlu. Evaluasi keperawatan pada klien dengan nyeri akut diperoleh hasil dalam waktu tiga hari tidak dapat teratasi sesuai indikator yang sudah ditentukan dan hanya teratasi Sebagian, namun kondisi klien sudah memperlihatkan kemajuan.

5. hasil evaluasi Ny. S dengan diagnosa nyeri akut di peroleh hasil dalam waktu tiga hari tidak dapat teratasi sesuai indikator yang sudah di tentukan dan hanya teratasi Sebagian. klien mengatakan nyeri mulai berkurang dan kondisi klien sudah memperlihatkan kemajuan.

5.2 Saran

1. Bagi pasien

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

2. Bagi keluarga

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

3. Bagi perawat

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



DAFTAR PUSTAKA

- Dinkes Jatim, D. K. P. J. T. (2022). Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2021. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, tabel 53.
- Decroli E. Diabetes Melitus. 1st Ed. Kam A, Efendi YP, Decroli GP, Rahmadi A, Editors. Pusat Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas; 2019.
- IDF, I. D. F. (2021). IDF Diabetes Atlas, 10th Edition. In Journal of Experimental Biology. <https://doi.org/10.1242/jeb.64.3.665>
- Kemkes RI, K. K. R. I. (2022). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021. P2PTM Halaman | 15 | Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Misnadiarly. (2022). Diabetes Mellitus, Mengenali Gejala, Menanggulangi, Mencegah Komplikasi. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Maria, I. (2021). asuhan keperawatan diabetes melitus. https://books.google.co.id/books?id=u_MeEAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=diabetes+mellitus&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&ovdme=1&sa=X&ved=2ahUKEwigwdziqrn9AhVT1nMBHcdlBaIQ6AF6BAgHEAM
- Muliani, E.L. (2022). Penggunaan obat penderita diabetes mellitus dan faktor-faktor yang berhubungan di wilayah kerja Puskesmas Rejosari Pekanbaru Tahun 2022. Jurnal Kesehatan Komunitas. vol. 3(1): 47-52.
- Nugroho, Y.W. and Handono, N.P., (2021). Hubungan Tingkat Kepatuhan Diet terhadap Kadar Glukosa Darah pada Penderita Diabetes Mellitus di Kelurahan Bulusulur. Jurnal KEPERAWATAN GSH, 6(1).
- Putra, K. W. (2019). *Handout Askep Diabetes Mellitus*.
- Perkeni, P. E. I. (2021). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Dewasa di Indonesia. 119.
- PPNI. 2019. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Edisi 1 Cetakan III (Revisi). Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. 2019. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1 Cetakan II. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. 2020. Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1 Cetakan II. Jakarta : DPP PPNI

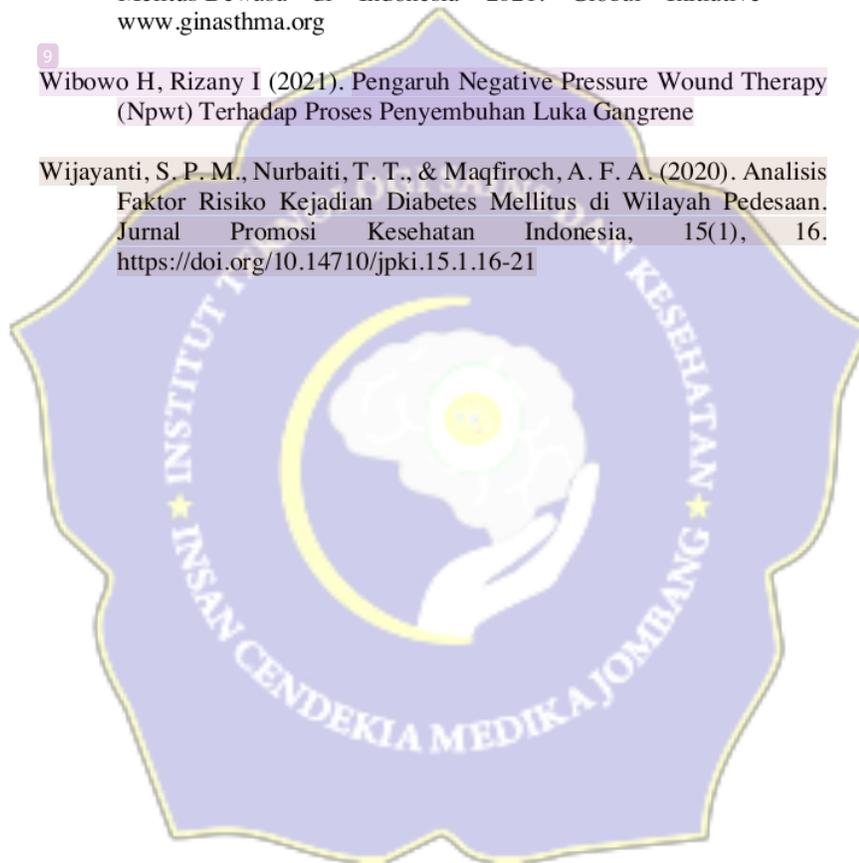
Rosa, dkk. 2019. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Timbulnya Gangrene Pada Pasien Diabetes Mellitus Di RSUD K.R.M.TWongsonegoro Semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 7(1) : 192 -202

Rahmasari, I., & Wahyuni, E. S. (2019). Penurunan Kadar Glukosa Darah. Infokes, 9(1), 57–64.

Soelistijo, S. (2021). Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Dewasa di Indonesia 2021. Global Initiative www.ginasthma.org

⁹ Wibowo H, Rizany I (2021). Pengaruh Negative Pressure Wound Therapy (Npwt) Terhadap Proses Penyembuhan Luka Gangrene

Wijayanti, S. P. M., Nurbaiti, T. T., & Maqfiroch, A. F. A. (2020). Analisis Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus di Wilayah Pedesaan. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, 15(1), 16. <https://doi.org/10.14710/jpki.15.1.16-21>



ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS DENGAN GANGREN PEDIS DI RUANG BIMA RSUD JOMBANG

ORIGINALITY REPORT

17%

SIMILARITY INDEX

16%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

9%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1 repository.poltekkes-kaltim.ac.id 6%
Internet Source

2 repository.itskesicme.ac.id 3%
Internet Source

3 e-journal.lppmdianhusada.ac.id 2%
Internet Source

4 repository.stikeshangtuahsby-library.ac.id 2%
Internet Source

5 pdfcoffee.com 1%
Internet Source

6 id.123dok.com 1%
Internet Source

7 Submitted to Universitas Islam Bandung <1%
Student Paper

8 Submitted to Badan PPSDM Kesehatan <1%
Kementerian Kesehatan
Student Paper

ejurnal.ung.ac.id

9

Internet Source

<1 %

10

eprints.kertacendekia.ac.id

Internet Source

<1 %

11

d3keperawatan.akesrustida.ac.id

Internet Source

<1 %

12

text-id.123dok.com

Internet Source

<1 %

13

adoc.pub

Internet Source

<1 %

14

repo.stikesicme-jbg.ac.id

Internet Source

<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DIABETES MELITUS DENGAN GANGREN PEDIS DI RUANG BIMA RSUD JOMBANG

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

GENERAL COMMENTS

/0

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49

PAGE 50

PAGE 51

PAGE 52

PAGE 53

PAGE 54
