

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSIS MEDIS DIABETES  
MELLITUS TIPE 2 + GANGREN DIGITI 1 PEDIS DEXTRA  
DI RUANG 4 LT.3 RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
gelar Ahli Madya Keperawatan**



**OLEH : BUNGA  
NUR HANIVA  
NIM. 202.0008**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANGTUAH SURABAYA  
2023**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Januari 2023

Bunga Nur Haniva  
NIM. 2020008

## HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan kami amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Bunga Nur Haniva  
NIM : 2020008  
Program Studi : D3 Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosis Medis Diabetes  
Melitus Tipe 2 + Gangren Digiti 1 Pedis Dextra di Ruang  
4 Lt.3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan- perbaikan sepenuhnya, akan kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar :

### AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd. Kep)

Pembimbing Institusi

Pembimbing Klinik

**Christina Yulastuti S.Kep.,Ns., M.Kep.**  
NIP.03.017

**Dul Majid. S.Kep.Ns. M.Tr.Kep.**  
NIP.198108062008121003

Mengetahui,  
STIKES Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D3 Keperawatan

**Dya Sustrami. S.Kep., Ns., M.Kes.**  
NIP.03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Februari 2023

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Bunga Nur Haniva  
NIM : 2020008  
Program Studi : D3 Keperawatan  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis  
Diabetes Melitus Tipe 2 + Gangren Digni 1 Pedis Dextra  
Hari Ke 4 di Ruang 4 Lt.3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang  
Tuah Surabaya, pada :

Hari, Tanggal : Senin, 20 Februari 2023  
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN Pada Prodi D-III  
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji 1	<b><u>Puji Hastuti. S.Kep.,Ns.,M.Kep.</u></b> NIP.03.010	_____
Penguji 2	<b><u>Christina Yulastuti S.Kep.,Ns., M.Kep.</u></b> NIP.03.017	_____
Penguji 3	<b><u>Dul Majid. S.Kep.Ns. M.Tr.Kep.</u></b> NIP.198108062008121003	_____

Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi DIII Keperawatan

**Dya Sustrami. S.Kep., Ns., M.Kes.**  
NIP.03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Februari 2023

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan .

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi tersekesainya penulis, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan sebesar- besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., MM, selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., FISQua, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan Pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Penguji Ketua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Christina Yulastuti S,Kep.,Ns., M.Kep, selaku Penguji dan Pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Dul Majid, S.Kep.Ns, M.Tr.Kep, Selaku Penguji dan Pembimbing lahan, yang dengan tulus dan ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi- materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Orang Tua dan Nenek yang telah tulus dan ikhlas memberikan kasih sayang, cinta doa, perhatian. Dukungan moral dan materil yang telah diberikan selama ini. Terimakasih telah meluangkan segenap waktunya untuk mengasuh, mendidik, membimbing dan mengiringi perjalanan hidup penulis dengan iringan alunan doa yang tiada henti agar penulis sukses dalam menggapai cita- cita.
9. Sahabat- sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah

ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.

10. Pasien Ny. S yang telah bersedia memberikan data dan mau bekerja sama dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Penulis berharap, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 23 Januari 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	ix
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	x
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xi
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	5
1.5 Metode Penulisan .....	6
1.6 Sistematika Penulisan .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	9
2.1 Konsep Penyakit Diabetes Mellitus .....	9
2.1.1 Pengertian .....	9
2.1.2 Anatomi Fisiologis .....	11
2.1.3 Etiologi .....	13
2.1.4 Manifestasi Klinik .....	15
2.1.5 Patofisiologi .....	16
2.1.6 Komplikasi .....	17
2.1.7 Penatalaksanaan .....	19
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang .....	21
2.2 Konsep Nyeri .....	23
2.2.1 Pengertian Nyeri .....	23
2.2.2 Faktor yang mempengaruhi Nyeri .....	23
2.2.3 Klasifikasi Nyeri .....	25
2.2.4 Mekanisme Nyeri .....	25
2.2.5 Pengukuran Nyeri .....	26
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Diabetes Mellitus .....	29
2.3.1 Pengkajian .....	29
2.3.2 Diagnosis Keperawatan .....	33
2.3.3 Perencanaan .....	34
2.3.4 Pelaksanaan .....	38
2.3.5 Evaluasi .....	39
2.4 Kerangka Masalah Keperawatan .....	40
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS</b> .....	41
3.1 Pengkajian .....	41
3.1.3 Identitas .....	41
3.1.4 Keluhan Utama .....	41
3.1.5 Riwayat Penyakit Sekarang .....	42

3.1.6	Riwayat Penyakit Dahulu.....	43
3.1.7	Riwayat Kesehatan Keluarga .....	43
3.1.8	Genogram .....	43
3.1.9	Observasi dan Pemeriksaan Fisik .....	43
3.1.2	B1 Pernafasan (Breath) .....	44
3.1.3	B2 Kardiovaskuler (Blood) .....	44
3.1.4	B3 Persyarafan (Brain).....	45
3.1.10	B4 Perkemihan (Blader).....	46
3.1.11	B5 Pencernaan (Bowel).....	46
3.1.12	B6 Muskuluskeletal dan Integumen (Bone).....	47
3.1.13	Endokrin .....	48
3.1.14	Kemampuan Perawatan Diri.....	48
3.1.15	Pemeriksaan Penunjang .....	48
3.2	Diagnosis Keperawatan.....	51
3.2.1	Analisis Data .....	51
3.2.2	Prioritas Masalah .....	53
3.3	Intervensi Keperawatan.....	54
3.4	Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....	59
<b>BAB 4</b>	<b>PEMBAHASAAN</b> .....	<b>84</b>
4.1	Pengkajian .....	84
4.1.1	Identitas Pasien .....	84
4.1.2	Riwayat Pasien.....	85
4.1.3	Pemeriksaan Fisik .....	88
4.2	Diagnosis Keperawatan .....	92
4.3	Perencanaan .....	96
4.4	Pelaksanaan .....	98
4.5	Evaluasi .....	100
<b>BAB 5</b>	<b>PENUTUP</b> .....	<b>102</b>
5.1	Simpulan.....	102
5.2	Saran.....	103
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	.....	<b>105</b>
<b>LAMPIRAN</b>	.....	<b>108</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Ny. S 19 Januari 2023.....	48
Tabel 3.2 Terapi Obat Ny. S pada 21 Januari 2023 .....	49
Tabel 3.3 Analisis Data Pada Ny. S .....	51
Tabel 3.4 Prioritas Masalah yang muncul pada Ny.S .....	53
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Diabetes Mellitus pada Ny. S .....	54
Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny. S .....	59

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Pankreas.....	12
Gambar 2. 2 Visual Analog Scale.....	27
Gambar 2. 3 Numeric Rating Scale .....	28
Gambar 2. 4 Verbal Rating Scale .....	28
Gambar 2. 5 Faces Pain Scale .....	29
Gambar 2. 6 Kerangka Masalah Diabetes Mellitus .....	40
Gambar 3. 1 Genogram Keluarga Ny. S .....	43
Gambar 3. 2 Gangren Digni 1 pada Ny. S .....	51

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 .....	108
Lampiran 2 .....	111

## DAFTAR SINGKATAN

CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DKA	: Diabetik Ketoasidosis
DM	: Diabetes Mellitus
DO	: Data Obyektif
DS	: Data Subjektif
IDF	: International Diabetes Federation
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
GDA	: Gula Darah Acak
MRS	: Masuk Rumah Sakit
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
ROM	: <i>Range of Motion</i>
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SMRS	: Sebelum Masuk Rumah Sakit
SOAP	: Subjektif, Obyektif, <i>Assesment</i> , <i>Planing</i>
TD	: Tekanan Darah

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus merupakan suatu penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai peningkatan kadar glukosa dalam darah atau yang sering disebut (hiperglikemia), disebabkan karena ketidakseimbangan antara suplai kebutuhan dan kebutuhan insulin di dalam tubuh. Sehingga insulin tidak dapat memenuhi produksi yang digunakan dalam metabolisme dan pertumbuhan sel (tarwoto, 2016). Sedangkan komplikasi kronis yang terjadi seperti mikroangiopati dan makroangiopati, neuropati, ulkus diabetik dan juga KAD ( Ketoasidosis diabetik). Ulkus diabetikum merupakan hal yang sering terjadi di ruangan dimana terjadi akibat kerusakan saraf dan pembuluh darah karena kadar gula darah yang tidak terkontrol. Hal ini dapat memicu munculnya luka di bagian bawah ibu jari atau telapak kaki bagian depan. Fenomena yang terjadi di R4 Lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya berdasarkan Pengamatan yang memiliki riwayat diabetes melitus merupakan kasus terbanyak yang ada pada ruangan tersebut.

*World Health Education* (WHO) tahun 2022 menunjukkan Pada tahun 2014, 8,5% orang dewasa berusia 18 tahun ke atas menderita diabetes. Pada tahun 2019, diabetes menjadi penyebab langsung 1,5 juta kematian dan 48% dari seluruh kematian akibat diabetes terjadi sebelum usia 70 tahun. 460.000 kematian penyakit ginjal lainnya disebabkan oleh diabetes, dan peningkatan glukosa darah menyebabkan sekitar 20% kematian kardiovaskular (WHO, 2022). Dimasa era digital modern saat ini penyakit Diabetes Melitus (DM) merupakan masalah kesehatan yang sering dikeluhkan oleh masyarakat di dunia karena pola kejadiannya mengalami peningkatan. Angka kejadian diabetes mellitus dari tahun ke tahun akan semakin meningkat karena populasi masyarakat seiring dengan gaya

hidup dan pola makan. Organisasi International Diabetes Federation (IDF) memperkirakan sedikitnya terdapat 463 juta orang pada usia 20-79 tahun di dunia menderita pada tahun 2019 atau setara dengan angka prevalensi sebesar 9,3% dari total penduduk pada usia yang sama. Berdasarkan jenis kelamin, IDF memperkirakan prevalensi diabetes di tahun 2019 yaitu 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki. Prevalensi diabetes meningkat seiring penambahan umur penduduk menjadi 19,9% atau 111,2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka diprediksi terus meningkat hingga mencapai 578 juta di tahun 2030 dan 700 juta di tahun 2045 (Pangestika, Ekawati dan Murni, 2022).

Data dari Riskesdas yang dilaksanakan tahun 2019 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes mellitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada umur  $\geq$  15 tahun sebesar 2,2 %. Angka ini menunjukkan peningkatan dibandingkan prevalensi diabetes mellitus pada penduduk  $\geq$  15 tahun pada hasil Riskesdas tahun 2017 sebesar 2,5%. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 melaporkan prevalensi angka diabetes melitus pada wilayah provinsi Jawa Timur sebesar 0,5%. Sedangkan prevelensi penderita diabetes mellitus di Kota Surabaya cenderung memiliki prevalensi yang tinggi terdiagnosis penyakit diabetes melitus pada semua kalangan umur (RISKESDAS, 2018). Pengumpulan data melalui SIM RSPAL dr. Ramelan periode Januari 2022 sampai dengan Januari 2023 sebanyak 2.013 kasus diabetes yang berobat ke RSPAL dr. Ramelan. Berdasarkan pengumpulan data di Ruang 4 Lantai 3 dalam 3 bulan terakhir sebanyak 360 Kasus yang terjadi di ruangan. Pasien dengan Diabetes + Gangren sebanyak 280 sedangkan untuk Diabetes mellitus tanpa gangren sebanyak 80 kasus.

Penderita yang memiliki Diabetes Melitus karena tidak adekuat produksi insulin oleh pancreas. Dimana terjadi peningkatan kebutuhan insulin dan kelainan sel beta

pankreas. Hal ini menyebabkan hilangnya sel beta sampai kegagalan sel beta melepas insulin. Adapun faktor – faktor lingkungan yang mengubah fungsi sel beta antara lain agen yang dapat menimbulkan infeksi, melakukan diet dimana karbohidrat dan gula di proses secara berlebihan oleh tubuh, obesitas dan kehamilan, gangguan sistem imunitas. Sistem ini dapat dilakukan oleh autoimunitas yang disertai pembentukan sel – sel antibodi anti pankreatik dan mengakibatkan kerusakan sel - sel penyekresi insulin, kemudian peningkatan kepekaan sel beta oleh virus. Kelainan insulin pada pasien obesitas, terjadi gangguan kepekaan jaringan terhadap insulin akibat kurangnya reseptor insulin yang terdapat pada membran sel yang responsir terhadap insulin. (Sya'diyah., 2020). Komplikasi diabetes melitus secara garis besar terbagi ke dalam 2 kategori yakni: Komplikasi mikrovaskular Komplikasi makrovaskular. Komplikasimikrovaskular adalah kategori komplikasi yang ditimbulkan dimana penyakit ini menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah kecil. Jenis komplikasi yang ditimbulkan seperti kerusakan mata (retinopati), saraf (neuropati), dan ginjal (nepropati). Komplikasi makrovaskular terjadi ketika penyakit telah mengakibatkan kerusakan pada pembuluh darah besar. Komplikasi yang ditimbulkan seperti gangguan aliran darah, penyakit jantung, dan stroke (WHO, 2022). Dampak terburuk yang ditimbulkan bisa fisik maupun psikologis. Dampak Fisik seperti infeksi kaki berat yang menimbulkan gangren yang dapat mengakibatkan amputasi dan Dampak Psikologis yang menimbulkan pasien merasa cemas dengan keterbatasannya, malu, hilang harapan, dan depresi.

Upaya dalam melakukan pencegahan dari permasalahan prevalensi Diabetes Mellitus yang terus meningkat di masyarakat maka bisa dilakukan tindakan pencegahan dan pengobatan dengan cara melakukan terapi sederhana yang dapat dilakukan di rumah dengan biaya yang terjangkau. Adapun solusi yang dapat

dilakukan meliputi :

(1) Rutin Berjemur di pagi hari. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pola hidup sehat akan membawa ke peningkatan kualitas dan kebaikan hidup sehingga menghasilkan pemikiran yang positif untuk diri sendiri dan lingkungan sekitar. (2) Pelaksanaan terapi di pagi hari secara rutin sebagai bentuk praktik Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) agar terciptanya kualitas hidup yang tinggi. (Nurmalya, 2022). Dalam pencegahan diabetes melitus adapun 4 pelaksanaan pilar diabetes melitus yaitu : Edukasi, Terapi gizi, Terapi medis (obat-obatan), Olahraga (PERKENI, 2021). Hal itu merupakan tahap pencegahan yang bisa dilakukan oleh masyarakat secara individu. Adapun peran perawat sebagai perawat pelaksana dan educator dalam mendukung suatu program yang ada di lingkungan yaitu : mengkaji serta melakukan pencegahan dengan pasien datang ke faskes terdekat, mengajarkan pentingnya merawat diri, menilai kecukupan gizi, memonitor urine dan glukosa darah, mengaplikasikan obat, mengantisipasi terjadinya hipokalemia dan hiperkalemia.

## **1.2 Rumusan Masalah**

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Diabetes Mellitus Tipe 2 Digni 1 Pedis Dextra di Ruang 4 Lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Pasien dengan diagnosis medis Diabetes mellitus Tipe 2 + Gangren Digni 1 Pedis Dextra di Ruang 4 Lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengkaji pasien dengan diagnosis medis diabetes mellitus di ruang 4 lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis diabetes mellitus di Ruang 4 lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis diabetes mellitus di Ruang 4 lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
4. Melaksanakan Tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis diabetes mellitus di Ruang 4 Lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosis Diabetes Mellitus di Ruang 4 Lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya
6. Mendokumentasikan tindakan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Diabetes Mellitus di Ruang 4 Lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

### **1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis , hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus.
2. Secara praktisi tugas akhir ini bermanfaat bagi :
  - a. Bagi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien diabetes mellitus dengan baik.

b. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulis berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus.

c. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil penulisan ini dapat menjadi tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien diabetes mellitus.

## **1.5 Metode Penulisan**

1. Metode

Metode penulis yang digunakan dalam penulisan adalah deskriptif dimana penulis mendeskripsikan atau menggambarkan asuhan keperawatan diagnosis Medis Diabetes Mellitus Tipe 2 + Gangren Digni 1 Pedis Dextra Di Ruang 4 Lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan pendekatan proses pengkajian, diagnosis medis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi

2. Teknik Pengumpulan Data

Dalam pengkajian yang dilakukan oleh penulis selama melakukan tindakan di Ruang 4 Lantai 3 yaitu :

a. Wawancara

Data diperoleh dari hasil percakapan dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

b. Observasi

Data yang diambil dari hasil pengamatan secara visual maupun percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium sebagai pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosa keperawatan dan untuk tindakan selanjutnya.

3. Sumber Data

Dalam melaksanakan Tindakan keperawatan di Ruang 4 Lantai 3 penulis mendapatkan data- data pengkajian meliputi :

a. Data Primer

Data primer diperoleh dari pasien dan keluarga.

b. Data Sekunder

Data Sekunder diperoleh dari keluarga ataupun orang terdekat pasien, catatan rekam medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan lainnya yang tercantum dalam SIMRS RSPAL Dr. Ramelan.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber referensi yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang sedang dibahas. Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis memperoleh sumber dari Buku dan Journal baik fisik maupun non fisik (online).

### **1.6 Sistematika Penulisan**

Dalam menyusun karya tulis ini penulis menerapkan sistematika penulisan supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

2. Bagian Inti, terdiri dari lima bab, yang masing- masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 :

Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 :

Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis diabetes mellitus, serta kerangka masalah.

BAB 3 :

Tinjauan Kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 :

Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 :

Penutup berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam Bab 2 penulis menyajikan konsep penyakit Diabetes Mellitus dan asuhan keperawatan Diabetes Mellitus. Konsep penyakit diabetes mellitus, Konsep Nyeri dan Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus. Asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan kerangka masalah.

#### **2.1 Konsep Penyakit Diabetes Mellitus**

##### **2.1.1 Pengertian**

Diabetes Mellitus merupakan gangguan metabolisme dalam tubuh yang ditandai dengan hiperglikemia dan berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan penyakit komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular, dan neuropati (Fadul, 2019).

Diabetes mellitus adalah penurunan kesehatan yang disebabkan oleh proses metabolisme dalam tubuh yang tidak normal yang ditandai dengan terjadinya hiperglikemia yakni kondisi medis yang dimana terjadi peningkatan kadar glukosa darah yang tidak stabil di dalam tubuh.(Faza., 2022)

Diabetes Mellitus adalah penyakit gangguan metabolik dengan ciri karakteristik kadar glukosa darah yang (hiperglikemik) yang terjadi karena kelainan sekresi insulin dan kerja insulin. Kadar glukosa darah yang tinggi dapat berdampak besar pada masalah Kesehatan karena dapat berbang menjadi penyakit yang lebih kompleks seperti penyakit kardiovaskuler, stroke dan gagal ginjal. (Ekasari dan Dhanny, 2022)

Diabetes Mellitus adalah penyakit kronis yang memiliki komplikasi menahun yang ditandai dengan kadar glukosa darah melebihi batas normal dalam tubuh. Penyakit Diabetes Mellitus dengan komplikasi telah menjadi salah satu penyebab meningkatnya jumlah kematian yang diakibatkan penyakit tidak menular di Indonesia. Kaki diabetes dengan ulkus menjadi salah satu komplikasi dari banyak komplikasi yang dapat dialami oleh penderita diabetes. Ulkus kaki diabetic disebabkan oleh proses neuropati perifer, penyakit arteri perifer. Proses terjadinya penyakit ini melibatkan adanya gangguan perfusi perifer pada penderita diabetes yang tidak ditangani dengan benar (Wijayanti dan Warsono, 2022)

Luka gangren merupakan proses atau keadaan luka kronis yang ditandai dengan adanya jaringan mati atau yang sering disebut nekrosis. Namun secara mikrobiologis luka gangren adalah proses nekrosis yang disebabkan oleh terjadinya infeksi. Gangren kaki diabetik adalah luka pada kaki dengan ciri merah kehitaman dan berbau busuk akibat sumbatan yang terjadi di pembuluh darah sedang atau besar di kaki. Luka diabetik juga dikarakteristikan sebagai luka kronis yang tidak kunjung sembuh sehingga menjadi faktor resiko infeksi dan penyebab utama dilakukan amputasi serta menyebabkan kematian. Dampak dari luka gangren yang dialami pasien salah satunya pada pola nutrisi dan metabolisme karena akibat produksi insulin yang tidak adekuat atau adanya defisiensi insulin maka kadar gula darah tidak dapat dipertahankan sehingga menimbulkan sering kencing, banyak makan, banyak minum, berat badan menurun, mudah Lelah. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan gangguan nutrisi dan metabolisme yang dapat mempengaruhi status Kesehatan bagi penderita. Luka diabetic merupakan masalah yang paling mencemaskan bagi pasien maupun tenaga Kesehatan. Hasil pengobatan buruk berupa angka amputasi maupun angka kematian yang tinggi disertai dengan biaya

perawatan yang mahal (Hariyadi, 2022).

Gangren atau ulkus kaki diabetik adalah lesi non traumatis pada kulit (sebagian atau seluruh lapisan) pada kaki penderita diabetes melitus. Gangren atau Ulkus kaki diabetik biasanya disebabkan oleh besar tekanan berulang pada kaki dengan adanya komplikasi terkait diabetes yang disebabkan dari neuropati perifer atau penyakit arteri perifer, dan penyembuhannya sering dipersulit oleh perkembangan infeksi yang terjadi (Nafi, 2022). Pembagian derajat beratnya Ulkus pedis :

- a. Grade 0 : Hanya nyeri pada kaki, memiliki faktor risiko
- b. Grade 1 : Ulkus dipermukaan kulit
- c. Grade 2 :Ulkus yang lebih dalam (mencapai tendon dan tulang)
- d. Grade 3 : Abses dalam dengan atau tanpa Osteomielitis
- e. Grade 4 : Gangren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis.
- f. Grade 5 :Gangren seluruh kaki atau sebagian tungkai

### **2.1.2 Anatomi Fisiologis**

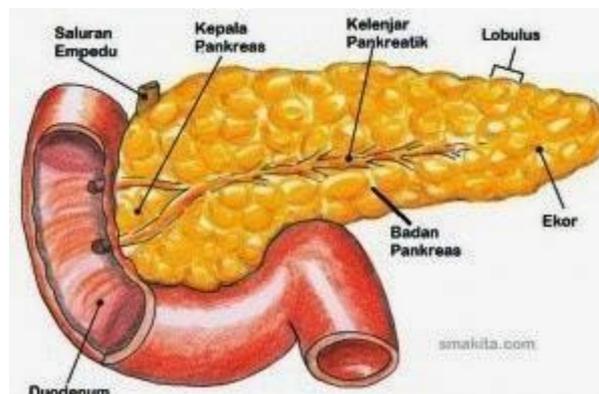
#### **1. Anatomi Pankreas**

Pankreas adalah suatu bagian tubuh yang terletak di daerah retroperitoneal yang melindungi organ dan melapisi rongga abdomen bagian atas, di depan 9 vertebrae lumbalis I dan II. Kepala Pankreas terletak dekat kepala pankreas berada dekat kepala duodenum sedangkan ekornya sampai ke lien. Pankreas mendapat darah dari arteri lienalis dan arteri mesentrika superior. Pankreas dapat menghasilkan dua kelenjar yaitu kelenjar endokrin dan eksokrin. Pankreas menghasilkan kelenjar endokrin yang membuat dan melepaskan hormon penting ke aliran darah merupakan fungsi pulau Langerhans. Pulau Langerhans berbentuk oval dimana di

dalam tubuh manusia dapat menghasilkan 1 – 2 juta. Pankreas terdiri sel alpha ( $\alpha$ ) yang menghasilkan hormone glucagon sedangkan sel beta ( $\beta$ ) menghasilkan hormone insulin separuh dari sel mensekresi insulin sedangkan polipetida dari bagian pankreas diturunkan bagian eksokrin dari pankreas (Kesehatan, 2019).

Struktur organ pankreas tersusun atas :

- a. Kepala Pankreas, merupakan bagian yang paling lebar terletak disebelah kanan rongga abdomen dan di dalam duodenum.
- b. Badan Pankreas, merupakan bagian utama pada organ ini, letaknya di belakang lambung dan di depan vertebra lumbalis pertama.
- c. Ekor Pankreas adalah bagian meruncing yang ada di perut kiri.



Gambar 2. 1 Anatomi Pankreas

## 2. Fisiologi Pankreas

Fungsi kelenjar eksokrin adalah penghasil getah pancreas yang mengandung enzim yang memecah karbohidrat, protein dan lemak. Seperti saluran cerna, stimulasi saraf simpatis meningkatkan sekresi getah pankreas dan stimulasi saraf simpatis bekerja sebaliknya. Kelenjar pankreas yang tersebar berada dalam sel-sel khusus yang disebut pulau pankreas (Langerhans). Pulau ini tidak memiliki ductus (saluran) sehingga hormone berdifusi secara langsung kedalam darah. Kelenjar pankreas menyekresi hormon insulin dan glukagon, yang pada dasarnya

berhubungan dengan pengendalian kadar glukosa darah. Arteri yang memperdarahi pankreas adalah arteri mesentrika dan splenik. Vena yang memperdarahi pankreas adalah vena yang memiliki nama yang sama dengan vena lain yang bergabung membentuk vena porta. (Ariana, 2018)

### **2.1.3 Etiologi**

Etiologi dari penyakit diabetes merupakan gabungan antara faktor genetik dan faktor lingkungan. pengertian Etiologi lain dari diabetes yaitu sekresi atau kerja insulin, abnormalitas metabolik yang mengganggu sekresi insulin, abnormalitas mitokondria, dan sekelompok kondisi lain yang mengganggu toleransi glukosa dalam tubuh. Diabetes mellitus dapat muncul akibat penyakit eksokrin pankreas ketika terjadi kerusakan pada mayoritas islet dari pankreas itu sendiri. Hormon yang bekerja sebagai antagonis insulin juga dapat menyebabkan diabetes mellitus. Resistensi insulin pada otot adalah kelainan yang paling awal terdeteksi pada diabetes mellitus tipe 1. Adapun penyebab dari resistensi insulin yaitu: obesitas atau kelebihan berat badan, glukokortikoid berlebih (sindrom cushing atau terapi steroid), hormon pertumbuhan berlebih (akromegali), kehamilan, diabetes gestasional, penyakit ovarium polikistik, lipodistrofi (didapat di genetik, terkait dengan akumulasi lipid di hati), autoantibodi pada reseptor insulin, mutase reseptor insulin, mutasi reseptor activator proliferasi peroksisom, mutasi yang menyebabkan obesitas genetik (misalnya: mutasi reseptor melanokortin), dan hemochromatosis (penyakit keturunan yang menyebabkan akumulasi besi jaringan) (Zulkarnain, 2021)

Pada diabetes tipe I, sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun tubuh, sehingga insulin tidak dapat diproduksi oleh tubuh sendiri. hiperglikemia puasa terjadi karena kadar glukosa darah yang tidak dapat diukur oleh hati.

Meskipun glukosa dalam makanan tetap berada di dalam darah dan menyebabkan terjadinya hiperglikemia postprandial (setelah makan), glukosa tidak dapat disimpan di hati. Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak akan maksimal dalam melakukan penyerapan kembali semua glukosa yang telah disaring. Oleh karena itu fungsi ginjal tidak dapat menyerap semua glukosa yang disaring. Akibatnya, muncul dalam produksi urine (kencing manis). Saat glukosa menghasilkan produksi yang berlebih maka diekskresikan dalam urine, limbah ini akan disertai dengan ekskreta dan elektrolit yang berlebihan. kondisi ini biasa disebut dengan diuresis osmotik. Apabila tubuh kehilangan cairan yang berlebihan dapat menyebabkan peningkatan buang air kecil (poliuria) dan haus (polidipsia) . Kekurangan produksi insulin juga dapat mengganggu metabolisme protein dan lemak, yang menyebabkan penurunan berat badan. Jika terjadi kekurangan produksi insulin, kelebihan protein dalam darah yang bersirkulasi tidak akan disimpan di jaringan. Dengan tidak adanya insulin, semua aspek metabolisme lemak akan meningkat pesat. Biasanya hal ini terjadi di antara waktu makan, saat sekresi insulin minimal, namun saat sekresi insulin mendekati, metabolisme lemak pada DM akan meningkat secara signifikan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah pembentukan glukosa dalam darah, diperlukan peningkatan jumlah insulin akan disekresikan oleh sel beta pankreas. Pada penderita yang memiliki gangguan toleransi glukosa, kondisi ini terjadi akibat produksi sekresi insulin yang berlebihan dan akan menghasilkan kadar glukosa akan tetap pada level normal atau sedikit meningkat. Namun, jika sel beta tidak mampu memenuhi permintaan insulin yang meningkat maka kadar glukosa akan meningkat dan diabetes tipe II akan berkembang.(Hanum, 2019)

#### 2.1.4 Manifestasi Klinik

Manifestasi Klinik Diabetes Mellitus Menurut (Srywahyuni, Amelia dan Zulita, 2021) yaitu sebagai berikut :

1. Diabetes Tipe 1
  - a. Hiperglikemia
  - b. Glukosuria, diuresis osmotik, poliuria, polidipsia, polifagia
  - c. Keletihan dan kelemahan
  - d. Ketoasidosis Diabetik (mual, nyeri abdomen, muntah, perubahan tingkat kesadaran)
2. Diabetes Tipe 2
  - a. Intoleransi glukosa progresif
  - b. Poliuria, polidipsia, keletihan, luka di kulit yang tak kunjung sembuh
  - c. Komplikasi jangka Panjang ( retinopati, neuropati, penyakit vaskular perifer)

#### 3. Ulkus Diabetikum

Ulkus diabetik karena microangiopati juga disebut borok panas meskipun mereka adalah nekrotik, daerah akral terlihat merah dan terasa panas oleh iritasi dan biasanya terlihat pembuluh darah distal yang berdenyut. Perjalanan mikroangiopati menyebabkan penyumbatan pembuluh darah hal ini menyebabkan indikasi klinis 5P, Yaitu :

- a. *Pain* (Nyeri)
- b. *Paleness* (Kepucatan)
- c. *Paresthesia* (Kesemutan)
- d. *Pulselessness* (Denyut Nadi Hilang)
- e. *Paralysis* (Kelumpuhan)

Sumbatan kronik menurut Febrinasari, Sholikhah, Pakha, & Putra (2020) Bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis menurut pola dari fontaine:

- a. Stadium I : asimtomatis atau gejala tidak khas (kesemutan).
- b. Stadium II : terjadi klaudikasio intermiten.
- c. Stadium III : timbul nyeri saat istirahat.
- d. Stadium IV : terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus).

Apabila seseorang sudah mengalami ulkus diabetikum maka akan mempengaruhi aktivitas mobilitas fisik. Hambatan mobilitas fisik merupakan keterbatasan pergerakan fisik tubuh dari salah satu ataupun semua ekstremitas yang mandiri maupun terarah hal ini ditandai dengan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan untuk berpindah ke suatu posisi atau tempat (kartika, 2018)

### **2.1.5 Patofisiologi**

Pada diabetes tipe I, sel beta pankreas telah dihancurkan oleh autoimun tubuh, sehingga insulin tidak dapat diproduksi. Hiperglikemia terjadi karena produksi glukosa yang tidak dapat diukur oleh hati sehingga tidak bisa bekerja secara optimal. Meskipun glukosa dalam makanan tetap berada di dalam darah dan menyebabkan hiperglikemia postprandial (setelah makan), glukosa tidak dapat disimpan kembali oleh hati. Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak akan dapat menyerap kembali semua glukosa yang telah disaring sehingga produksi urin akan terus meningkat. Oleh karena itu ginjal tidak dapat menyerap semua glukosa yang disaring oleh tubuh. Akibatnya muncul dalam urine. Saat glukosa berlebih akan dieksresikan dalam urine, limbah ini akan disertai dengan ekskreta dan elektrolit yang berlebihan. Kondisi ini dinamakan diuresis

osmotik. Kehilangan cairan yang berlebihan dapat menyebabkan peningkatan buang air kecil (poliuria) dan haus (polidipsia) bagi penderita. Kekurangan insulin juga dapat mengganggu metabolisme karbohidrat, protein dan lemak, yang menyebabkan penurunan berat badan. Jika terjadi kekurangan insulin, kelebihan protein dalam darah yang bersirkulasi tidak akan disimpan di jaringan tubuh. Dengan tidak adanya produksi insulin di dalam tubuh, semua aspek metabolisme lemak akan meningkat pesat. Biasanya hal ini terjadi di antara waktu makan, saat sekresi insulin minimal, namun saat sekresi insulin mendekati, metabolisme lemak pada DM akan meningkat secara signifikan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah pembentukan glukosa dalam darah, diperlukan peningkatan jumlah insulin yang disekresikan oleh sel beta pancreas (Nurkamila, 2022). Pada penderita gangguan toleransi glukosa, kondisi ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan, dan kadar glukosa akan tetap pada level normal atau sedikit meningkat. Namun, jika sel beta tidak dapat memenuhi permintaan insulin yang meningkat, maka kadar glukosa akan meningkat dan diabetes tipe II akan berkembang.

### **2.1.6 Komplikasi**

Komplikasi Akut Menurut Sya'diyah.,(2020) komplikasi akut diabetes melitus sebagai berikut:

#### **a. Hipoglikemia**

Hipoglikemia merupakan komplikasi akut diabetes melitus yang dapat terjadi secara berulang-ulang dan dapat memperberat penyakit diabetes bahkan menyebabkan kematian. Resiko hipoglikemia terjadi akibat ketidaksempurnaan terapi saat ini, dimana pemberian insulin masih belum sepenuhnya dapat menirukan pola sekresi insulin yang fisiologis.

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

Diabetik ketoasidosis (DKA) adalah salah satu komplikasi akut karena kondisi kehilangan air, kalium, ammonium dan natrium menyebabkan hipovolemia, ketidakseimbangan elektrolit, kadar glukosa tinggi, dan pemecahan asam lemak bebas menyebabkan asidosis dan sering terjadi koma.

c. Komplikasi Kronik

1) Komplikasi Makrovaskuler

a) Penyakit Arteri Coroner

Penyakit arteri coroner menyebabkan penyakit jantung coroner adalah salah satu komplikasi makrovaskuler. Proses terjadinya penyakit jantung coroner pada penderita diabetes melitus disebabkan oleh control. glukosa darah yang buruk dalam waktu yang lama disertai dengan hipertensi, resistensi insulin, hiperinsulinemia, hiperalinimea, dislipedemia, gangguan sistem koagulasi dan hiperhomosisteinemia.

b) Penyakit Serebrovaskuler

Pasien yang mengalami perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah serebral atau atau pembentukan emboli ditempat lain dalam

sistem pembuluh darah sering terbawa aliran darah dan terkadang terjepit dalam pembuluh darah serebral. Keadaan diatas dapat mengakibatkan serangan iskemia sesaat (TIA: *Transient Ischemic Attack*). Gejala penyakit serebrovaskuler seperti pusing, fertigo, gangguan penglihatan, bicara pelo dan kelemahan.

c) Penyakit Vaskuler Perifer

Pasien diabetes melitus beresiko tinggi mengalami penyakit oklusif arteri perifer disbanding pasien non- diabetes melitus. Hal ini disebabkan karena pasien diabetes melitus cenderung mengalami perubahan aterosklerotik dalam pembuluh darah besar pada ekstermitas bawah

2) Komplikasi Mikrovaskular

Perubahan mikrovaskuler melibatkan kelainan struktur dalam membran pembuluh darah kecil dan kapiler. Kelainan pembuluh darah ini menyebabkan dinding pembuluh darah menebal dan mengakibatkan penurunan perfusi jaringan. Komplikasi mikrovaskuler terjadi di retina yang menyebabkan retinopati diabetic dan di ginjal menyebabkan nefropati diabetic.

3) Komplikasi Neuropati

Neuropati diabetic merupakan sindroma penyakit yang mempengaruhi semua jenis syaraf yaitu saraf perifer, otonom dan spinal. Komplikasi neuropati perifer dan otonom menimbulkan permasalahan dikaki yaitu gangren kaki diabetic.

### 2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang bisa dilakukan oleh penderita diabetes menurut jurnal

yang ditulis (Suprayitna, 2021) ada 4 pilar yakni :

### 1. Diet

Diet pada penderita diabetes sangat dianjurkan karena mengatur pola makan. Diet lebih diutamakan dalam manajemen dalam mengontrol kadar glukosa dalam tubuh. Penderita diabetes mellitus harus memperhatikan asupan makanan dengan insulin yang didapatkan melalui obat-obatan per oral, latihan fisik dalam mengontrol gula darah. Batasan diet untuk diabetes mellitus yaitu: karbohidrat 130 gram/hari, kolesterol konsumsi 200 mg/hari, lemak tersaturasi hanya 7%/hari, dan tinggi protein.

### 2. Latihan fisik

Prinsipnya latihan fisik pada diabetes sama dengan olahraga secara umum yaitu: memenuhi frekuensi, intensitas, durasi dan tipe. Latihan fisik pada diabetes sangat dianjurkan terutama pada diabetes tipe 2 dalam mengontrol gula darah dan dapat menjaga stamina.

### 3. Edukasi

Edukasi kesehatan juga memiliki peran penting dalam manajemen pengendalian glukosa darah pada diabetes. Selain pasien, keluarga juga penting untuk mendapatkan pendidikan kesehatan terkait dengan merawat anggota keluarganya yang menderita diabetes. Edukasi pada diabetes mellitus dapat mengoptimalkan kontrol metabolisme, menurunkan gejala atau mengatasi kondisi kegawatan, mencegah dan manajemen komplikasi, koping adaptasi positif pada kondisi dan mendukung hubungan tenaga kesehatan dan pasien dalam perencanaan perawatan. Edukasi pemberian insulin juga penting untuk mandirikan penderita diabetes

mellitus dan mencegah komplikasi.

#### 4. Obat anti diabetes (OAD)

Terapi farmakologi pada diabetes mellitus mempertimbangkan bagaimana penyebab diabetes mellitus, antara lain kekurangan insulin, resistensi insulin atau keduanya. Terapi Insulin diberikan pada penderita dengan tipe 1 dan tipe 2, namun diet dan olahraga tidak mampu mengontrol gula darah atau pada kondisi infeksi berat. Berikut ini beberapa terapi anti diabetes ;

- a. Meningkatkan insulin; obat sulfonylureas  
(Glibenclamide, Tolazamide, Chlorpropamide)
- b. Meningkatkan sensitivitas insulin, biguanides (metformin)
- c. Insulin; beberapa jenis insulin : rapid acting ( Aspart/Novolog),

#### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan glukosa darah menurut (Lestari, 2021) yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan bahan plasma darah vena agar lebih akurat. Pemantauan dari Hasil pengobatan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler dengan glukometer. Diagnosis tidak dapat ditegakkan atas dasar adanya glukosuria. Berbagai keluhan dapat ditemukan pada penderita Diabetes Melitus. Kecurigaan adanya Diabetes Melitus pada penderita perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan seperti :

1. Keluhan Yang sering dirasakan pada penderita Diabetes Melitus : poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
2. Keluhan lain yang dirasakan : lemah badan, kesemutan, gatal ,mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita.

Kriteria diagnosa Diabetes Mellitus menurut (Wijayanti dan Warsono, 2022) yaitu :

1. Pemeriksaan glukosa plasma puasa adalah  $\geq 126$  mg/dl. Puasa adalah dimana kondisi tidak ada asupan kalori makanan minimal 8 jam.
2. Pemeriksaan glukosa plasma adalah  $\geq 200$ mg/dl – jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram.
3. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu adalah  $\geq 200$ mg/dl.
4. Pemeriksaan HbA1c  $\geq 6,5\%$  dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh National Glycohaemoglobin Standarization Program (NGSP).

Hasil pemeriksaan yang tidak memenuhi kriteria normal atau kriteria Diabetes Melitus digolongkan kedalam kelompok prediabetes yang meliputi : toleransi glukosa terganggu (TGT) dan glukosa darah puasa terganggu (GDPT),

1. Glukosa Darah Puasa Terganggu (GDPT) : Hasil pemeriksaan glukosa plasma puasa antara 100-125 mg/dl dan pemeriksaan TTGO glukosa plasma 2- jam.
2. Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) : Hasil pemeriksaan glukosa plasma 2- jam setelah TTGO antara 140-199mg/dl dan glukosa plasma puasa  $<100$ mg/dl.
4. Bersama-sama didapatkan GDPT dan TGT.
5. Diagnosis prediabetes dapat juga ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan HbA1c yang menunjukkan angka 5,7-6,4%

Tabel 2. 1 Kadar Tes Laboratorium Darah untuk Diagnosis Diabetes Mellitus dan Prediabetes

	<b>HbA1c (%)</b>	<b>Glukosa Darah Puasa (mg/dL)</b>	<b>Glukosa Plasma 2 jam setelah TTGO (mg/dL)</b>
Diabetes	≥6,5	≥126 mg/dL	≥200 mg/dL
Prediabetes	5,7 – 6,4	100 – 125	140 – 199
Normal	<5,7	<100	<140

## 2.2 Konsep Nyeri

### 2.2.1 Pengertian Nyeri

Nyeri umumnya menggambarkan sensasi tidak nyaman di tubuh. Itu berasal dari aktivasi sistem saraf yang ada di dalam tubuh. Rasa sakit dapat mengganggu dan membuat badan menjadi lemas sehingga tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya, dan bisa juga terasa seperti tikaman tajam atau sakit tumpul pada area yang indikasi nyeri. Nyeri dapat digambarkan sebagai berdenyut, menyengat, sakit, dan mencubit. Nyeri dapat dirasakan secara konsisten, bisa mulai dan berhenti dengan sendirinya, atau dapat muncul hanya dalam beberapa kondisi (Mayasari, 2020). Orang yang mengalami suatu nyeri dapat merespons rasa sakit secara berbeda. Beberapa orang memiliki toleransi yang tinggi terhadap rasa sakit yang dialami, sementara yang lain memiliki toleransi yang rendah terhadap nyeri yang dirasakan. Untuk alasan ini, rasa sakit dan nyeri sangat subjektif.

### 2.2.2 Faktor yang mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri menurut (Alfi, 2018) tersebut antara lain :

#### 1. Pengalaman Nyeri Masa Lalu

Seorang individu jika sering mengalami nyeri yang dirasakan maka , makin takut pula individu tersebut terhadap peristiwa menyakitkan yang akan diakibatkan oleh nyeri tersebut.

## 2. Kecemasan Ditinjau dari aspek fisiologis

Pada dasarnya seseorang akan mengalami kecemasan yang berhubungan dengan nyeri sehingga meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri. Kecemasan sangat berperan penting terhadap fisiologis saraf sehingga menyebabkan tidak adekuatnya pengobatan.

## 3. Umur

Pada Umumnya seseorang menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani. Selain itu, proses penyakit kronis yang lebih umum terjadi pada dewasa tua seperti penyakit gangguan kardiovaskuler atau diabetes mellitus.

## 4. Jenis Kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri.

## 5. Sosial Budaya

Budaya yang berkembang di masyarakat berupa nilai kebudayaan yang dianut oleh seseorang mengenali nilai-nilai kebudayaan yang dimiliki seseorang dan memahami mengapa nilai-nilai ini berbeda dari nilai-nilai kebudayaan lainnya dapat membantu untuk menghindari mengevaluasi perilaku pasien berdasarkan pada harapan dan nilai budaya seseorang.

## 6. Nilai Agama

Pada beberapa agama, individu menganggap nyeri dan penderitaan sebagai cara untuk membersihkan dosa dan mendekatkan diri kepada sang pencipta.

## 7. Lingkungan dan Dukungan Orang Terdekat

Dukungan oleh Lingkungan dan Keluarga terdekat merupakan bentuk peduli terhadap seseorang sehingga dapat mempengaruhi tingkat nyeri yang

dirasakan.

### **2.2.3 Klasifikasi Nyeri**

Klasifikasi Nyeri secara umum dibagi menjadi dua yaitu Nyeri akut dan Nyeri Kronis. Klasifikasi ini berdasarkan pada waktu dan tingkat nyeri :

#### **1. Nyeri Akut**

Nyeri akut didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). Dalam Nyeri Akut pasien sering mengeluhkan perasaan sakit yang dirasakan namun masih bisa diatasi sendiri. Tingkat nyeri yang di rasakan juga beragam namun masih bisa diatasi dengan pencegahan. Apabila tidak segera diatasi maka akan menimbulkan ketidaknyamanan pada penderita.

#### **2. Nyeri Kronis**

Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan yang menjadi pokok utama dalam masalah keperawatan ataupun diagnosis keperawatan (PPNI, 2017). Dalam Nyeri Kronis pasien sering mengeluhkan perasaan sakit yang dirasakan secara mendalam dan menyeluruh pada dirinya. Tingkat nyeri yang di rasakan juga beragam sehingga perlu penanganan lebih lanjut. Apabila tidak segera diatasi maka akan menimbulkan ketidaknyamanan pada penderita.

### **2.2.4 Mekanisme Nyeri**

Suatu proses neurofisiologis yang kompleks yang merupakan rangkaian dari

mekanisme nyeri dimana memiliki 4 tahapan yakni : transduksi, transmisi, modulasi, persepsi. Dimulai saat adanya stimulus yang terjadi di perifer sampai dirasakan nyeri pada sistem saraf pusat (Bahrudin, 2018).

1. Transduksi

Merupakan proses perubahan energi yang disebabkan rangsangan dari stimulus noxius ( mekanikal, kimia, termal) yang diubah menjadi aktivitas elektrik di ujung saraf oleh reseptor sensoris yang dinamakan nosiseptor.

2. Transmisi

Merupakan proses penjalaran sinyal neural dari proses transduksi perifer yang diteruskan ke medulla spinalis otak.

3. Modulasi

Merupakan proses inhibitor pada jalur desenden dan mempengaruhi penjalaran sinyal nosiseptif pada setiap tingkat di medulla spinalis otak.

4. Persepsi

Merupakan hasil akhir dari proses interaksi yang kompleks dari transduksi, transmisi, modulasi aktivitas sensorik yang sampai pada area primer sensorik korteks serebri.

### **2.2.5 Pengukuran Nyeri**

1. Visual Analog Scale (VAS)

Visual analog scale (VAS) adalah cara menilai skala nyeri yang paling di setiap sentimernya banyak digunakan. Begitu sederhana, alat ukurnya berupa garis sepanjang 10 cm yang tercetak pada selembar kertas. Di sepanjang garis tersebut disertai tanda pada setiap sentimernya yang merupakan tanda dari gradasi tingkat nyeri yang dialami pasien. Ada pula yang tidak ada tanda, yang terpenting rentangnya 10 cm. Oleh sebab itu,

skala nyeri ini hanya untuk anak di atas 8 tahun dan dewasa. Tidak cocok bagi orang yang memiliki gangguan kesadaran dan konsentrasi



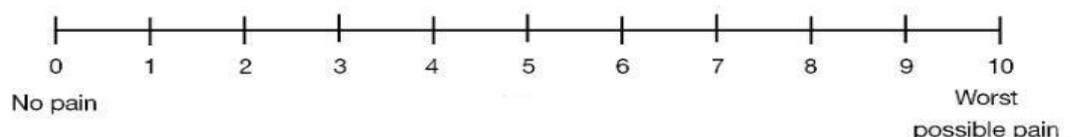
Gambar 2. 2 Visual Analog Scale

## 2. Numeric Rating Scale

Cara mengukur skala nyeri dengan Numeric Rating Scale juga terbilang sederhana dan mudah. Bahkan lebih mudah dimngerti dibanding VAS karena pada garis yang digunakan sudah diberikan angka 0 sampai 10.

- a. Skala 0 berarti tidak ada nyeri sama sekali
- b. Skala 1-3 berarti nyeri ringan (masih bisa ditahan, tidak sampai mengganggu aktifitas)
- c. Skala 4-6 berarti Nyeri Sedang (sudah mulai mengganggu aktifitas)
- d. Skala 7-10 berarti Nyeri Berat (sampai tidak bisa melakukan aktifitas fisik secara mandiri)

Skala nyeri NRS ini lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, memiliki keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik.



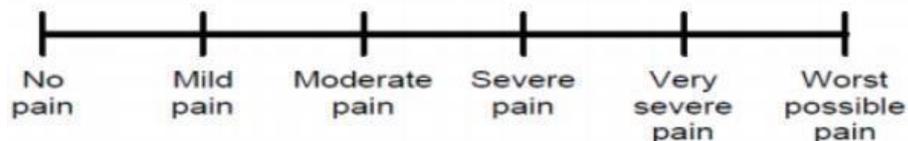
Gambar 2. 3 Numeric Rating Scale

## 3. Verbal Rating Scale (VRC)

Dalam menggambarkan tingkat nyeri, digunakan kata-kata berurutan dari kiri ke kanan, seperti:

- a. Tidak nyeri (no pain) pada ujung kiri akhir skala
- b. Nyeri ringan
- c. Nyeri sedang (tidak menyenangkan)
- d. Nyeri berat (menyedihkan)
- e. Nyeri sangat berat (mengerikan)
- f. Nyeri paling berat (menyiksa).

Cara mengukur skala nyeri ini, pasien diminta untuk memilih kata yang menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan.



Gambar 2. 4 Verbal Rating Scale

## 4. Faces Pain Scale (FPS)

Metode pengukuran skala nyeri ini digunakan untuk pasien anak dan pemeriksa yang menentukannya. Setiap tampilan ekspresi wajah menunjukkan hubungan yang erat dengan nyeri yang dirasakan, termasuk alis turun kebawah, bibir diketatkan/pipi dinaikkan, kerutan hidung/bibir dinaikkan, dan mata tertutup.



Gambar 2. 5 Faces Pain Scale

Penilaian Skala nyeri ekspresi wajah, Wong-Baker FACES:

- a. Wajah Pertama 0 : tidak ada rasa sakit sama sekali
- b. Wajah Kedua 2: Sedikit sakit.
- c. Wajah Ketiga 4: Lebih sakit dan agak mengganggu aktifitas.
- d. Wajah Keempat 6: Jauh lebih sakit dan mengganggu aktifitas.
- e. Wajah Kelima 8: Sangat sakit dan sangat mengganggu aktifitas.
- f. Wajah Keenam 10: Sangat sakit tak tertahankan sampai-sampai menangis

Meskipun FPS awal mulanya dirancang untuk digunakan pada anak, namun penelitian yang terbaru telah dievaluasi sehingga dapat digunakan juga pada pasien dewasa khususnya pada pasien dengan gangguan nonverbal, gangguan kognitif, atau memiliki hambatan bahasa.

## 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Diabetes Mellitus

### 2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan, pengujian, analisa, dan data mengenai pasien pada saat itu. Tujuan dalam pengkajian kepada pasien adalah membantu dalam pembuatan data riwayat Kesehatan pasien dari keluhan riwayat terdahulu hingga keluhan riwayat sekarang.

(Arkianti, 2023)

Pengkajian merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan beberapa sumber untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi dari riwayat penyakit Kesehatan pasien pada saat itu. Data yang diperoleh dalam menuliskan suatu pengkajian meliputi tahapan bio- psiko-sosio-spiritual pasien. Sehingga dalam proses pengkajian akan memperoleh data yang wajib yaitu pengumpulan data dan analisis data terkait riwayat Kesehatan pasien tersebut.

#### 1. Pengumpulan Data

Pada tahap pengumpulan data yaitu memperoleh dan menghimpun informasi data- data pada pasien saat pengkajian yang meliputi bio-psiko-spiritual yang dituliskan secara lengkap dan relevan serta efisien untuk memberikan suatu arahan dalam memberikan suatu tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien.

##### a. Identitas

Nama pasien, suku bangsa, jenis kelamin, pendidikan, umur, pekerjaan, agama, penanggung jawab, status, alamat

##### b. Keluhan utama

Biasanya ditandai dengan luka yang tidak sembuh-sembuh, dan pasien mengatakan nyeri pada kakinya yang terdapat luka khas diabetes mellitus.

##### c. Riwayat Penyakit Sekarang

Cerita kronologi awal mula terjadinya penyakit sekarang hingga dibawa ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

##### d. Riwayat Penyakit Dahulu

Meliputi penyakit waktu muda, apa pernah dirawat dirumah sakit, obat

apa yang biasa digunakan.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang pernah dialami oleh anggota keluarga, mungkin ada anggota keluarga yang mengalami diabetes mellitus.

f. Observasi dan Pemeriksaan fisik

1) Meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital [TD (adanya peningkatan tekanan darah pada pasien diabetes dengan riwayat hipertensi) , Suhu, Nadi, RR] , Antropometri (TB, BB SMRS, BB Setelah MRS).

2) Pernafasan (B1 : *Breath*)

Meliputi pemeriksaan bentuk dada, pergerakan dada, ada tidak nya penggunaan otot bantu nafas tambahan, irama nafas, pola nafas, suaranafas, suara nafas tambahan, ada tidaknya sesak nafas, batuk, sputum, sianosis.

3) Kardiovaskuler (B2 : *Blood*)

Meliputi pemeriksaan Ictus cordis teraba atau tidak, irama jantung normal (lub-dup) atau tidak (ada suara tambahan (S3 dan S4), ada tidaknya bunyi jantung tambahan, CRT (normalnya <2detik), akral dingin atau hangat, oedem, hepatomegali, ada tidaknya perdarahan.

4) Persyarafan (B3 : *Brain*)

Meliputi pemeriksaan GCS (E : 4 , V : 5 , M : 6), Refleks Fisiologis (Biceps, Triceps, Patella), Refleks patologis (kaku kuduk, BruzinskiI, Bruzinski II, Kernig, 12 nervus kranial, ada tidaknya nyeri kepala maupun paralisis, penciuman (meliputi :

bentuk hidung, septum, polip), wajah dan penglihatan ( mata, pupil, refleks, konjuntiva anemis, tidak adanya gangguan, sclera anikterik), Pendengaran (telinga simetris, tidak ada kelainan, kebersihan telinga, tidak adanyapenggunaan alat bantu), Lidah (kebersihan lidah, uvula simetris dantidak ada radang, palatum tidak pucat, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada gangguan bahasa).

5) Perkemihan (B4 : *Blader*)

Meliputi pemeriksaan kebersihan genitalia, ekskresi, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, frekuensi eliminasi urin SMRS dan setelah MRS, jumlah, warna, dan tidak ada penggunaan kateter urine pada pasien.

6) Pencernaan (B5 : *Bowel*)

Meliputi pemeriksaan mulut pasien bersih atau tidak, membran mukosa kering, gigi tanggal semua, faring tidak ada radang, Diit SMRS dan setelah MRS, tidak terpasang NGT, porsi makan, frekuensi minum dan frekuensi makan, pemeriksaan abdomen (meliputi : bentuk perut, tidak ada kelainan abdomen,hepar,lien, tidak ada nyeri abdomen), pemeriksaan Rectum dan anus (tidak ada hemoroid), Eliminasi BAB SMRS dan setelah MRS, frekuensi, warna dan konsistensi.

7) Muskuluskeletal dan integumen (B6 : *Bone*)

Meliputi pemeriksaan rambut dan kulit kepala, tidak ada scabies, warna kulit pucat, kebersihan kuku, turgor kulit menurun, ROM,

kekuatan otot, Deformitas tidak ada, fraktur tidak ada.

8) Endokrin

Meliputi pemeriksaan tidak ada pembesaran KGB, mengalami hiperglikemi, tidak mengalami hipoglikemi, menderita diabetes mellitus dengan HbA1C : 9,5% (normalnya : <5,7 ; Prediabetes : 5,7 – 6,4 ; Diabetes :  $\geq$ 6,5) GDA : 264 mg/dL (normalnya : <126 mg/dL).

9) Kemampuan perawatan diri

Meliputi kemampuan mandi, berpakaian, toileting/eliminasi, mobilitas di tempat tidur, alat bantu, kemampuan berjalan, naik tangga, berbelanja, berpindah.

### 2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas dan padat yang berhubungan dengan status Kesehatan pada pasien yang harus diatasi dengan rencana asuhan ataupun tindakan keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien. Dalam menentukan masalah keperawatan atau Diagnosis Keperawatan harus berfokus pada Kesehatan pasien baik yang nyata ataupun resiko yang kemungkinan akan terjadi (Astuti, 2019).

Diagnosis yang sering muncul pada pasien yang memiliki Diabetes Mellitus menurut (Marpaung, 2019) adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan akibat hipoksiaperifer
- b. Gangguan integritas jaringan/nekrosis jaringan berhubungan dengan Neuropati Perifer
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah
- e. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri
- f. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- g. Risiko Infeksi dengan Faktor Risiko : Penyakit Diabetes Melitus
- h. Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah dengan Faktor Risiko : Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes
- i. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Diagnosis yang dapat diambil ataupun diputuskan oleh perawat harus sesuai dengan data di awal pengkajian yang dilakukan pada pasien sehingga pada saat melakukan perencanaan keperawatan dapat disesuaikan dengan masalah yang dialami oleh pasien.

### **2.3.3 Perencanaan**

Intervensi keperawatan yang disebut juga sebagai rencana keperawatan merupakan rangkaian terapi yang diberikan oleh perawat sesuai dengan penyakit yang dimiliki oleh pasien. Intervensi diberikan untuk mencapai kesembuhan, pencegahan serta pemulihan baik individu, keluarga maupun komunitas. Intervensi diberikan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditetapkan serta disesuaikan dengan kondisi klien saat itu. Sistem intervensi mendeskripsikan kemampuan perawat dalam menetapkan solusi penyelesaian masalah secara efektif dan efisien (Syafriyani, 2021).

#### **1. Diagnosis 1**

Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik abses (SDKI D.0077)  
(PPNI, 2017)

- a. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat nyeri

menurun. (SLKI L.08066) (PPNI, 2018)

b. Kriteria Hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Frekuensi nadi membaik

c. Intervensi Manajemen Nyeri (SIKI I.08238) (PPNI, 2018)

1. Identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
4. Memberikan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
5. Jelaskan penyebab nyeri
6. Jelaskan strategi meredakan nyeri
7. Mengajarkan Teknik nonfarmakologis
8. Memberikan pemberian analgetic

2. Diagnosis 2

Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah. (SDKI D.0027) (PPNI, 2017)

a. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka kestabilan kadarglukosa darah meningkat. (SLKI L.05022) (PPNI, 2018b)

b. Kriteria Hasil :

- 1) Kadar glukosa dalam darah membaik
- 2) Mulut kering menurun

3) Rasa haus menurun

4) Lesu menurun

c. Intervensi Manajemen Hiperglikemia (SIKI I. 03115) (PPNI, 2018a)

1) Identifikasi penyebab hiperglikemia

2) Monitor kadar glukosa darah

3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia

4) Berikan asupan oral

5) Anjurkan monitor kadar glukosa secara mandiri

6) Berikan pemberian insulin

### 3. Diagnosis 3

Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (SDKI D.0009) (PPNI, 2017)

a. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka perfusi perifer meningkat. ( SLKI L.02011) (PPNI, 2018)

b. Kriteria Hasil :

1) CRT Normal

2) Akral membaik

3) Pengisian kapiler membaik

4) Turgor kulit membaik

5) Warna kulit pucat menurun

6) Nyeri ekstremitas menurun

7) Tekanan darah diastolic dan sistolik membaik

c. Intervensi Perawatan Sirkulasi (SIKI I.02079) (PPNI, 2018)

1) Periksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna, suhu)

- 2) Identifikasi faktor resiko gangguan perifer (Diabetes Mellitus, Hipertensi)
  - 3) Monitor kemerahan (nyeri, bengkak pada ekstremitas)
  - 4) Lakukan perawatan kaki dan kuku
  - 5) Lakukan hidrasi
4. Diagnosis 4
- Gangguan Integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (SDKI D.0129) (PPNI, 2017)
- a. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka integritas kulit dan jaringan meningkat. (SLKI L.14125) (PPNI, 2018)
  - b. Kriteria Hasil :
    - 1) Kerusakan jaringan menurun
    - 2) Kerusakan lapisan kulit menurun
    - 3) Nyeri menurun
    - 4) Nekrosis menurun
    - 5) Kemerahan menurun
  - c. Intervensi Perawatan Luka (SIKI 14564) (PPNI, 2018a)
    1. Monitor karakteristik luka
    2. Monitor tanda dan gejala infeksi
    3. Lepaskan balutan perban
    4. Bersihkan dengan cairan NaCl
    5. Bersihkan jaringan nekrotik
    6. Pasang balutan sesuai dengan jenis luka
    7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

## 5. Diagnosis 5

Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

( SDKI D.0054) (PPNI,2017)

a. Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatam, maka mobilitas fisik meningkat. (SLKI L.050420) (PPNI, 2018b) (PPNI, 2018)

b. Kriteria Hasil :

1) Pergerakan ekstremitas meningkat

2) Kekuatan otot meningkat

3) ROM meningkat

4) Gerakan Terbatas meningkat

c. Intervensi Dukungan Ambulansi (SIKI I.05173) (PPNI, 2018a)

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik

2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu

4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan

5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

6. Ajarkan mobilisasi sederhana

### **2.3.4 Pelaksanaan**

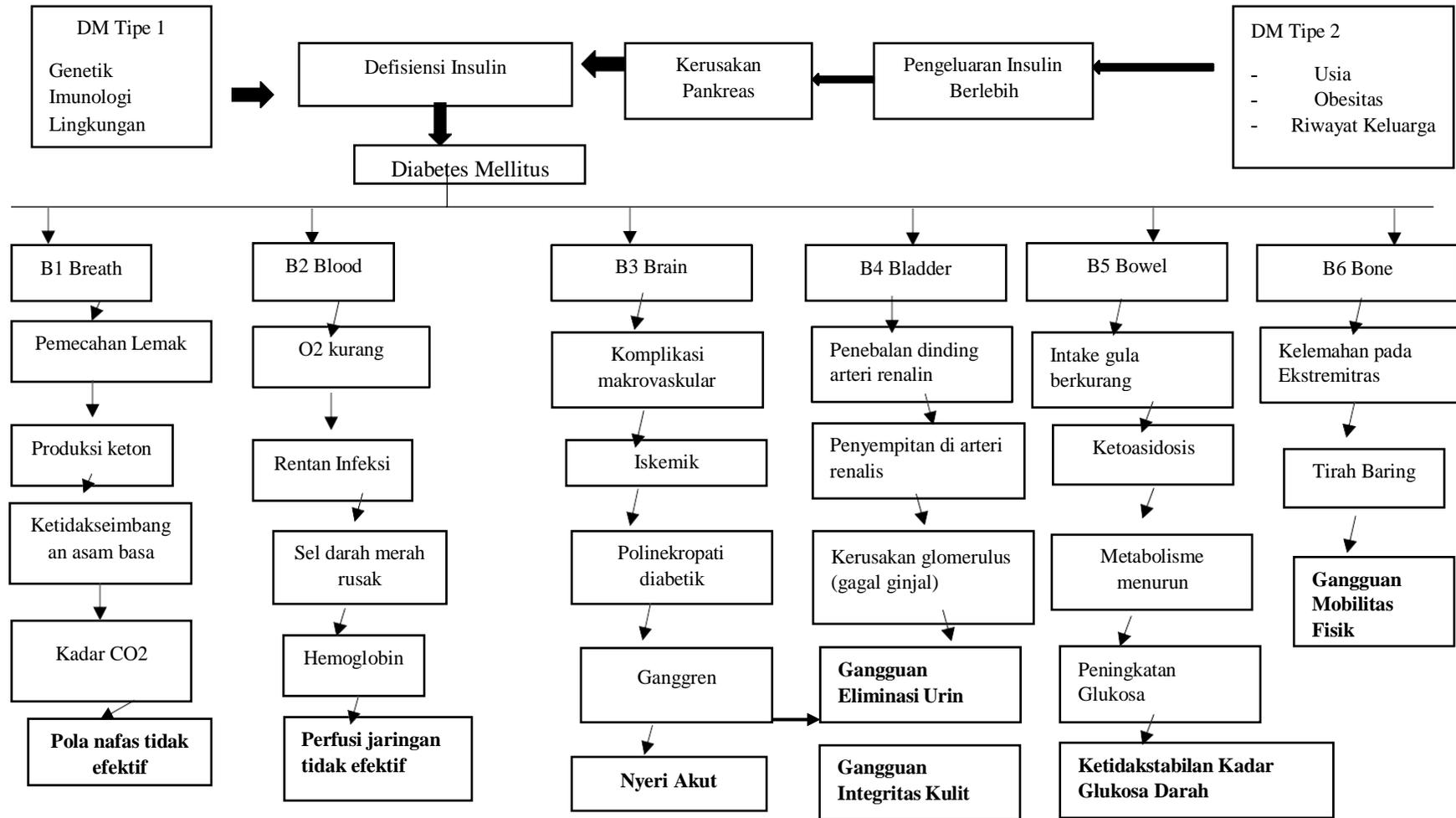
Implementasi keperawatan adalah bentuk pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan (Intervensi) yang sudah dibuat sebelumnya yang akan dilakukan kepada pasien. Implementasi merupakan suatu rangkaian dari pelaksanaan asuhan keperawatan (intervensi) yang telah direncanakan kemudia di dokumentasikan sebagai bukti bahwa tindakan yang telah direncanakan sudah dilakukan secara

maksimal (Efendi, Winani dan Suheryadi, 2022). Dalam hal ini dilakukan suatu asuhan rencana keperawatan dan mengacu pada kemampuan perawat secara mandiri ataupun kolaborasi.

### **2.3.5 Evaluasi**

Evaluasi keperawatan merupakan suatu proses yang dilakukan dengan mengidentifikasi dampak dari Tindakan atau rencana asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien (Fatihah, 2019). Tahap Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir asuhan keperawatan dimana perawat mengevaluasi hasil dari rencana asuhan keperawatan yang telah dilakukan sudah optimal atau tidak. Sehingga apabila belum dilakukan secara optimal maka evaluasi akan dilakukan sampai rencana tindakan menemukan titik optimal.

2.4 Kerangka Masalah Keperawatan



Gambar 2. 6 Kerangka Masalah Diabetes Mellitus

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab 3 ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosis medis Diabetes Melitus Tipe 2 + Gangren Digits 1 Pedis Dextra di Ruang 4 Lt.3 RSPAL Dr. Ramelan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 23 Januari- 25 Januari 2023. Anamnesa diperoleh dari pasien, keluarga, rekam medis dengan data sebagai berikut :

#### **3.1 Pengkajian**

Pada saat dilakukan pengkajian asuhan keperawatan Pada tanggal 23 Januari 2023 pukul 07.00 Wib, pada pasien Ny. S dengan diagnosis medis Diabetes Mellitus Tipe 2 + Gangren Digits 1 pedis Dextra di Ruang 4 Lt.3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

##### **3.1.3 Identitas**

Ny. S (54 Tahun) beragama Islam, Jawa, Ibu Rumah Tangga, Sudah menikah, mempunyai dua orang anak perempuan, Penanggung jawab Anak, Ny. S tinggal di daerah Banyu Urip Wetan Surabaya. Ny. S MRS tanggal 19 Januari 2023.

##### **3.1.4 Keluhan Utama**

Pasien mengatakan nyeri dibagian kakinya yang terdapat luka di ibu jari kaki kanan. P : Nyeri Hilang Timbul, Q : Cekot- cekot, R : Nyeri dibagian ibu jaridan punggung kaki kanan, S : Skala 6, T : Setiap Saat

### 3.1.5 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada bulan Desember 2022 pasien mengatakan bahwa bagian samping ibu jari memiliki luka yang menghitam kecil seperti bintik. Pasien mengatakan luka tersebut semakin nyeri dan bengkak. Pada tanggal 20 Desember 2022 pasien datang ke Rumah Sakit Islam Surabaya karena mengeluh nyeri dan ceket- ceket. Di Rumah Sakit Islam Surabaya menyarankan untuk operasi Ibu jari kaki kanan pada tanggal 05 Januari 2023. Kembali lagi seminggu kemudian untuk kontrol. Pada saat kontrol pertama operasi ibu jari jahitan bagus dan belum ada luka meluas dan nanah di atasnya. Setelah kontrol pertama pada tanggal 15 Januari 2023 pasien mengatakan ada luka di atasnya yang mengalami peradangan luas dan timbul nanah. Karena pasien mengeluh sakit dan nyeri pasien dibawa Kembali ke RSI Surabaya pada tanggal 18 Januari 2023 diberi surat rujukan ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Pada tanggal 19 Januari 2023. Pada tanggal 19 Januari 2023 pukul 17.40 pasien datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya rujukan dari RSI Surabaya. Pasien datang dengan keluhan nyeri di kaki bagian kanan dengan luka yang sudah meluas dan bernanah. Di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Pasien diberikan Tindakan pemasangan infus Natrium Chlorida 0,9% dan terapi Antrain 1 gr/iv. Pasien melakukan Swab PCR + Antigen dengan hasil negative. Pada tanggal 20 Januari 2023 pasien dipindahkan ke R4 Lantai 3 dan diberikan infus flutrolit 1000 cc/ 24 jam, injeksi ceftriaxone 1 g, dan pemberian obat oral. Setelah pasien dipindahkan ke Ruang 4 Lantai 3 dilakukan tindakan rawat luka setiap pagi hari dan pengecekan GDA. Saat dikaji pasien tampak lemah di tempat tidur dan luka terbalut kasa yang telah diganti. Saat masuk ruangan pasien mengeluh nyeri pada kaki bagian kanannya yang disebabkan oleh luka diabetik. Pasien mengatakan bahwa luka di kakinya terasa nyeri dan tidak nyaman dan saat dilakukan perawatan luka, luka terdapat

nanah dan ibu jari sudah menghitam.

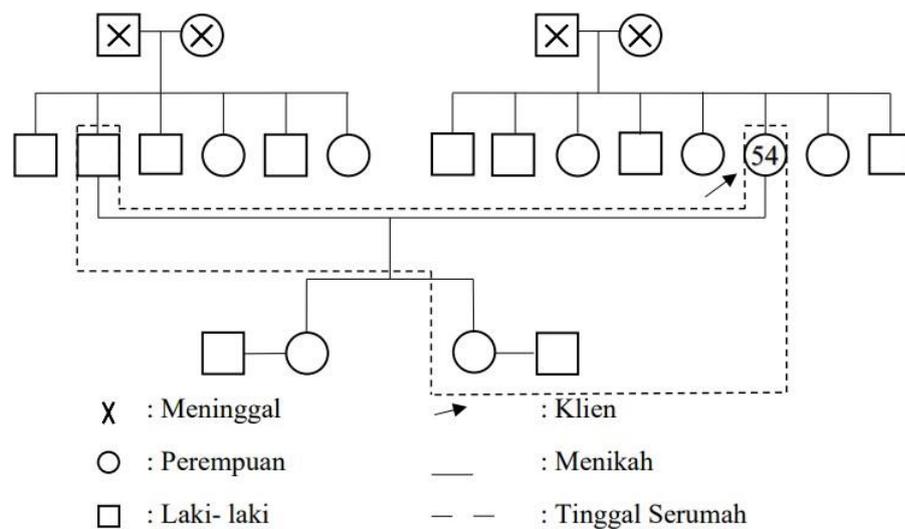
### 3.1.6 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien memiliki Riwayat Hipertensi dan Stroke pada tahun 2011. Pasien mengatakan untuk Hipertensinya terkontrol obat seperti Amlodipine 10 mg. Obat tersebut diminum 2 x 1 dalam sehari sesuai anjuran dokter di klinik sebelumnya.

### 3.1.7 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan keluarga memiliki Riwayat Hipertensi Ibu Ny. S memiliki Riwayat Hipertensi.

### 3.1.8 Genogram



Gambar 3. 1 Genogram Keluarga Ny. S

### 3.1.9 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

- Keadaan Umum : Pasien tampak sedang tiduran diatas tempat tidur dan tampak ibu jari kaki kanan pasien terbalut perban.
- Kesadaran : Compos mentis
- Tanda- tanda vital dan observasi Antropometri pasien Suhu/Nadi:35,9 N : 90x/menit, RR : 20x/menit, TD : 200/100 mmHg, TB : 156 cm, BB SMRS : 55 Kg

BB MRS : 55 Kg

### 3.1.2 B1 Pernafasan (Breath)

Inspeksi : Bentuk dada normo chest, tidak ada nafas tertinggal, Gerakan toraks kanan dan kiri simetris, tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan, tidak ada kelainan pada pernafasan, pola nafas eupnea, tidak memakai masker oksigen, tidak ada sesak nafas, tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak sianosis, kemampuan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga

Auskultasi : Irama nafas regular, Vocal Fremitus normal, suara nafas vesicular, tidak ada suara nafas tambahan

### 3.1.3 B2 Kardiovaskuler (Blood)

Inspeksi : Terdapat bengkak di kaki kanan bawah, tidak ada perdarahan.

Auskultasi : Irama jantung normal lub dub, Bunyi jantung S1 dan S2 normal (lup dup), tidak ada suara tambahan ( S3 S4), tidak ada bunyi jantung tambahan, Ictus Cordis teraba di ruang intercosta kiri 5 agak ke medial (2cm) dari linia mid clavicularis kiri

Palpasi : Tidak ada nyeri dada, akral teraba dingin, CRT > 3 detik (saat kuku ditekan tidak segera Kembali ke semula)

### 3.1.4 B3 Persyarafan (Brain)

- a. GCS : 4E 5V 6M (Compos Mentis)
- b. Refleks fisiologis : Biceps +/+, triceps +/+
- c. Refleks Patologis : Kaku kuduk Negative, Bruzinski I -/-, Bruzinski II -/-, Kernik Negatif
- d. 12 Nervus Kranial :
  - 1) NI : Normal tidak ada gangguan penciuman
  - 2) NII : Penglihatan masih tajam
  - 3) NII : Reaksi cahaya langsung positif
  - 4) NIV : Reflek akomodasi positif
  - 5) NV : Pasien dapat mengunyah
  - 6) NVI : Pasien dapat menggerakkan bola mata
  - 7) NVII : Pasien dapat menghasilkan ekspresi wajah
  - 8) NVIII : Pasien dapat mendengar dengan jelas
  - 9) NIX : Pasien dapat menelan
  - 10) NX : Pasien dapat menelan
  - 11) NXI : Pasien dapat menggerakkan leher ke kanan dan kiri
  - 12) NXII : Pasien dapat menggerakkan lidah
- e. Nyeri Kepala : Tidak ada
- f. Paralisis : Ada paresis pada kaki bagian kiri karena memiliki Riwayat stroke pada 2011.
- g. Penciuman : Pada Inspeksi bentuk hidung normal , septum normal terletak persis ditengah memisahkan bagian kiri dan kanan hidung, tidak ada polip, tidak ada kelainan

- h. Wajah dan penglihatan: Pada inspeksi mata simetris kanan kiri, pupil isokor, refleks cahaya normal +/+, konjungtiva ananemis, tidak ada gangguan, sklera anikterik
- i. Pendengangan : Pada Inspeksi telinga tidak ada kelainan, tidak ada serumen, tidak ada penggunaan alat bantu pendengaran. Pada Palpasi tidak ada benjolan.
- j. Lidah : Pada Inspeksi tidak ada gangguan menelan, tidak ada gangguan bahasa

#### **3.1.10 B4 Perkemihan (Blader)**

- Inspeksi : Menurut pasien kebersihan bersih, warna urin kuning jernih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, tidak menggunakan kateter. Selama MRS pasien mendapat intake infus flutrolit 1000 cc/ 24 jam, air putih yang diminum  $\pm$  1,5 liter. Jumlah ekskresi urin kurang lebih 1000 cc/ hari
- Palpasi : Tidak ada distensi kandung kemih

#### **3.1.11 B5 Pencernaan (Bowel)**

- Inspeksi : Mulut pasien bersih, tidak berbau karna melakukan oral hygiene, membrane kering, tidak memiliki radang, pola makan SMRS pasien makan secara teratur, nafsu makan ada, tidak ada alergi makanan, Jenis makanan yang di konsumsi selama dirumah seperti : nasi, telur, sayur, tempe, ayam. Selama MRS pola makan pasien teratur dengan Kolaborasi Bersama diit ahli gizi dengan jenis makanan yang dikonsumsi seperti : Nasi putih, perkedel daging, oseng tempe, sup makaroni, namun hanya makan dari ½ porsi piring, frekuensi minum air putih

kurang lebih 1,5 liter/ hari, frekuensi eliminasi alvi MRS 2 hari sekali tanpa konstipasi (tidak terdapat stoma)

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan abdomen

### 3.1.12 B6 Muskuluskeletal dan Integumen (Bone)

Inspeksi : Tidak ada scabies, warna kulit pucat, terdapat bekas jahitan operasi di ibu jari kaki pasien, ibu jari kaki pasien mengalami nekrosis dan menghitam, ROM bebas, tidak ada deformitas, tidak ada krepitasi, tidak ada fraktur.

Palpasi : Ketika ibu jari kaki pasien sebelah kanan di beri rangsang seperti cubitan pasien masih merasa adanya cubitan.

Lain- lain :Pasien mengatakan nyeri di kaki kanannya bagian punggung kaki dan ibu jari mengalami pembengkakan dan merasa kebas. Rasa nyeri hilang timbul, terasa cekot- cekot, skala nyeri 6, nyeri setiap saat

Kekuatan otot :

5555	5555
2222	2222

Kaki kanan dan Kiri dapat menggerakkan otot bagian yang lemah sesuai perintah seperti mengangkat kaki ke atas dan pada saat ditahan sudah jatuh. Namun pada kaki kiri pasien memiliki Riwayat stroke pada 2011 yang menyebabkan paralisis di kaki bagian kiri.

### 3.1.13 Endokrin

Inspeksi : Tidak ada pembesaran KGB

Lain- lain : Pasien terdiagnosa Diabetes Mellitus dengan GDA 272 mg/dL HbA1C 7,1% ( dengan rentang Normal : < 5.7 : Prediabetes : 5.7 – 6.4 ; Diabetes : >=6,5 )

### 3.1.14 Kemampuan Perawatan Diri

Kemampuan Perawatan Diri Pasien selama di Rumah Sakit seperti : mandi, berpakaian, toileting, mobilitas ditempat tidur, berpindah masih dibantu oleh keluarga.

### 3.1.15 Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 19 Januari 2023 18:46

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium Ny. S 19 Januari 2023

No.	Jenis Pemeriksaan	Hasil (Satuan)	Nilai Normal (Satuan)
1.	Leukosit	13,35 $10^3/\mu\text{L}$	4,00 – 10,00 $10^3/\mu\text{L}$
2.	Neutrofil#	10,43 $10^3/\mu\text{L}$	2,00 – 7,00 $10^3/\mu\text{L}$
3.	Neutrofil%	78,10 %	50,0 – 70,0%
4.	Limfosit%	15,40 $10^3/\mu\text{L}$	0,80 – 4,00 $10^3/\mu\text{L}$
5.	IMG#	0,0130 $10^3/\mu\text{L}$	1.01- 0.04 $10^3/\mu\text{L}$
6.	IMG%	1.000 %	0.16 – 0.62 %
7.	Hemoglobin	10.00 g/dL	12 – 15 g/dL
8.	Hematokrit	30,40 %	37.0 – 47.0 %
9.	PCT	0,340 $10^3/\mu\text{L}$	0.108 – 0.282 $10^3/\mu\text{L}$
10	GDS	212 mg/Dl	< 200 mg/Dl
11	HbA1C	7,1%	Normal : < 5.7 Prediabetes : 5.7 – 6.4 Diabetes : >=6,5
12	BUN	8	10 – 24 mg/dL
13	Kreatin	0,56	0,6 – 1,5 mg/dL

## 2. Hasil Pemeriksaan Radiologi

Tanggal Pemeriksaan : 19 Januari 2023

Cor : Ukuran kesan normal aortic knob kalsifikasi

Pulmo : Tak tampak infiltrate , sinus phrenicocostalis kiri kanan tajam

Kesimpulan : Tak tampak pneumonia, aortic knob kalsifikasi

## 3. Terapi Obat

Mulai Tanggal : 21 Januari 2023

Tabel 3.2 Terapi Obat Ny. S pada 21 Januari 2023

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan
1.	Flutrolit	1000cc/24 jam	IV	Mengganti cairan elektrolit, membantu mengatasi dehidrasi isotonic
2.	Pletaal	50 mg( 2 x 1)	Tablet	Mengurangi nyeri dan meredakan pembengkakan pada kaki akibat peredaran darah yang tidak lancar, menghentikan trombosit yang saling menempel dan mencegah penumpukan gumpalan darah.
3.	Ceftriaxone	1 g ( 2 x 1)	IV	Antibiotik, menghambat dinding sel bakteri

4.	Amlodipine	10 mg (1 x 1)	Tablet	Anti Hipertensi golongan Calcium Channel Blocker (CCB), menghambat ion kalsium ke dalam otot pembuluh darah dan jantung
5.	Bisoprolol	5 mg (1 x 1)	Tablet	Mengatasi hipertensi golongan beta blockers, memperlambat detak jantung dan menurunkan tekanan otot jantung saat berdetak
6.	Candesertan	16 mg (2 x 1)	Tablet	Menangani hipertensi, menghambat pengikatan angiotensin II ke reseptor AT1 pada jaringan tubuh.
7.	Levemir	6 Unit (3 x 1)	IM	Insulin tambahan, menurunkan kadar gula darah secara perlahan dan bertahap dalam jangka panjang

## 4. Dokumentasi



Gambar 3. 2 Gangren Digits 1 pada Ny. S

## 3.2 Diagnosis Keperawatan

## 3.2.1 Analisis Data

Tabel 3.3 Analisis Data Pada Ny. S

No	Data	Penyebab	Masalah (Problem)
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan merasakan nyeri di ibu jari kaki kanan dan punggung kaki</p> <p>P : Nyeri Hilang TimbulQ :</p> <p>Cekot- cekot</p> <p>R : Nyeri dibagian ibu jari dan punggung kaki</p> <p>S : Skala 6</p> <p>T : Setiap Saat</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pada kaki kanan di ibujari tampak berwarna hitam dan bau tidak sedap</li> <li>- TTV :</li> <li>TD : 200/100 mmHg</li> <li>Nadi : 90x/ menitRR : 20x/ menit</li> </ul>	<p>Agen Pencedera fisik (Abses)</p>	<p>Nyeri Akut (SDKI D.0077)</p>

2.	DS : -DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil Lab dan GDA 272, HbA1C 7,1% ( dengan rentang Normal : &lt; 5.7 Prediabetes : 5.7 – 6.4 Diabetes : &gt;=6,5 )</li> <li>- Pasien tampak lesu lemah</li> <li>- Mulut kering</li> </ul>	Gangguan toleransi glukosa darah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (SDKI D.0027)
3.	DS : - Pasien mengatakan nyeri di ibu jari kaki kanan DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu Jari kaki kanan mengalami kematian jaringan (nekrosis)</li> <li>- CRT &gt; 3 (Kuku saat ditekan lama Kembali ke semula)</li> <li>- Kaki Nampak bengkak</li> <li>- Warna kulit pucat</li> <li>- Turgor kulit menurun</li> <li>- GDA : 272 mg/dL ( diambil pada 23-01-2023)</li> </ul>	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif (SDKI D.0009)
4.	DS : -DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu jari kaki kanan mengalami kematian jaringan ( nekrosis)</li> <li>- Nampak menghitam di bagian punggung kaki karena luka yang telah mengering</li> <li>- Nyeri saat dirangsang cubit</li> <li>- Nampak bengkak TD : 200/100 mmHg Nadi : 90x/ menit RR : 20x/ menit</li> </ul>	Neuropati Perifer	Kerusakan Integritas jaringan (SDKI D.0129)

5.	DS : Pasien mengatakan nyeri di ibujari kaki bagian kanan dan pasien mengatakan bahwa kakikirinya terasa lemah karena pernah mengalami stroke.	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik (SDKI D.0054)
	DO : - Terlihat kaki kanan pasien terbalut perbandan saat dilakukan perawatan luka ibu jari kaki kanan mengalami nekrosis - Fisik pasien lemah Nampak berbaring di tempat tidur		
	5555   5555		
	2222   2222		

### 3.2.2 Prioritas Masalah

Tabel 3.4 Prioritas Masalah yang muncul pada Ny.S

No	Masalah Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Abses) (SDKI D.0077)	23 – 01 - 2023	Belum Teratasi	BNH
2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungandengan gangguan toleransi glukosa darah (SDKI D.0027)	23 – 01 - 2023	Belum Teratasi	BNH
3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (SDKI D.0009)	23 – 01 – 2023	Belum Teratasi	BNH
4.	Gangguan Integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (SDKI D.0129)	23 – 01 – 2023	Belum Teratasi	BNH
5.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0054)	23 – 01 – 2023	Belum Teratasi	BNH

### 3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan Diabetes Mellitus pada Ny. S

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Abses) (SDKI D.0077)	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Gelisah menurun \</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi , frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan Teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan penyebab nyeri</li> <li>6. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>7. Ajarkan Teknik nonfarmakologis</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Berikan pemberian obat oral pletaal 2 x 50 mg.</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui lokasi nyeri , karakteristik, durasi, frekuensi , kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Untuk mengetahui skala nyeri</li> <li>3. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Untuk memberikan Teknik relaksasi Tarik nafas dalam</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Agar pasien mengetahui penyebab nyeri</li> <li>6. Agar pasien mengetahui strategi meredakan nyeri</li> <li>7. Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</li> <li>8. Untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>

2.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah (SDKI D.0027)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat Dengan Kriteria Hasil : 1. Kadar glukosa dalam darah membaik 2. Mulut kering menurun 3. Rasa haus menurun 4. Lesu menurun	Manajemen Hiperglikemia (I. 03115) <b>Observasi</b> 1. identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi 2. monitor kadar glukosa darah 3. monitor tanda dan gejala hiperglikemia (polyuria, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) <b>Teraupetik</b> 4. berikan asupan cairan oral <b>Edukasi</b> 5. anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri <b>Kolaborasi</b>	<b>Observasi</b> 1. untuk mengetahui kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. untuk memantau kadar glukosa darah 3. untuk memantau tanda dan gejala hiperglikemia (polyuria, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) <b>Teraupetik</b> 4. untuk memberikan asupan cairan secara oral <b>Edukasi</b> 5. untuk memonitor kadar glukosa darah <b>Kolaborasi</b> 6. Pemberian Insulin
			6. Berikan Pemberian insulin Levemir 6 unit	

3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (SDKI D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka perfusi perifer kembali efektif. Dengan Kriteria Hasil : 1. CRT normal (normalnya <2 detik) 2. Akral membaik 3. Pengisian kapiler membaik 4. Turgor kulit membaik 5. Warna kulit pucat menurun 6. Nyeri ekstremitas menurun 7. Tekanan darah sistolik diastolic membaik	Perawatan sirkulasi (I.02079) <b>Observasi</b> 1. Periksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna, suhu) 2. identifikasi factor risiko gangguan perifer (diabetes, hipertensi) 3. monitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas <b>Terapeutik</b> 4. lakukan pencegahan infeksi 5. lakukan perawatan kaki dan kuku 6. lakukan hidrasi	<b>Observasi</b> 1. untuk mengetahui sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna, suhu) 2. untuk mengetahui factor risiko gangguan perifer (diabetes, hipertensi) 3. untuk memantau kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas <b>Terapeutik</b> 4. untuk mencegah infeksi 5. agar kaki dan kuku pasien terawat 6. untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien
4.	Gangguan Integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (SDKI D.0129)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 maka integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :	Perawatan Luka ( SIKI I. 14564) <b>Observasi</b> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda tanda	<b>Observasi</b> 1. Untuk mengetahui karakteristik luka 2. Untuk mengetahui tanda tanda infeksi <b>Terapeutik</b>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> <li>5. Nekrosis menurun</li> </ol>	<p>infeksi</p> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan perban</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan Nacl</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>4. Pasang balutan sesuai dengan jenis luka</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Melepaskan balutan perban</li> <li>4. Membersihkan luka dengan Nacl</li> <li>5. Membuang jaringan nekrotik</li> <li>6. Memasang balutan perban</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Agar mengetahui tanda dan gejala infeksi</li> </ol>
5.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0054)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak meningkat</li> <li>4. Gerakan Terbatas</li> </ol>	<p>Dukungan Mobilisasi (SIKI I.05173)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui keluhan fisik dan nyeri</li> <li>2. Untuk mengetahui toleransi gerak</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memfasilitasi aktivitas pergerakan</li> <li>4. Melibatkan keluarga dalam membantu meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Agar mengetahui tujuan dari procedure mobilisasi</li> </ol>

		menurun	<p>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li><li>2. Ajarakan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan</li></ol>	<p>7. Mengajarkan mobilisasi sederhana ( mis. Miring kanan kiri)</p>
--	--	---------	---	--

### 3.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny. S

NO DX	Waktu (Tgl & Jam )	Tindakan	TT	Waktu (Tgl &Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1	23-01-2023 Shift Pagi			23- 01-2023	DX 1 :	<b>Bunga</b>
	08.00	Melakukan timbang terima dengan shift malam	<b>Bunga</b>	14.00	S : Pasien masih mengeluh kaki nyeri dengan skala O : Kaki terbalut perban A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5	
	08.05	Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi , frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : - Pasien mengeluh kaki kanannyeri P : Nyeri Hilang Timbul Q : Cekot- cekot R : Nyeri dibagian ibu jari dan punggung kaki S : Skala 6 T : Setiap Saat	<b>Bunga</b>		DX 2 S : Pasien mengatakan makan teratur dengan makanan diit dari ahli gizi O : Pasien hanya makan ½ porsi A : Masalah belum teratasi	
1	08.10	Mengidentifikasi skala yeri Hasil : Skala nyeri 6	<b>Bunga</b>			<b>Bunga</b>
3	08.20	Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna, suhu)	<b>Bunga</b>			

3	08.20	<p>Hasil : Ibu jari kaki kanan terlihat menghitam, dan punggung kaki terdapat nanah</p> <p>Mengidentifikasi factor risiko gangguan perifer (diabetes, hipertensi)</p> <p>Hasil : Terdapat luka di punggung kaki dan ibu jari kaki kanan yang nekrotik</p>	<b>Bunga</b>		<p>P : Intervensi Dilanjutkan 1,2,3,4,5</p> <p>DX 3 :</p> <p>S : Pasien mengatakan punya penyakit diabetes melitus</p> <p>O : Ibu jari kaki kanan terlihat menghitam, dan punggung kaki terdapat nanah</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5</p>	<b>Bunga</b>
4	08.25	<p>Memonitor kemerahan,nyeri, bengkak pada ekstremitas</p> <p>Hasil : Kaki bengkak</p>	<b>Bunga</b>			
4	08.30	<p>Memonitor karakteristik luka</p> <p>Hasil : Terdapat Nanah</p>	<b>Bunga</b>			
4	08.33	<p>Memonitor tanda tanda infeksi</p> <p>Hasil : Terdapat Nanah</p>	<b>Bunga</b>			
4	08.40	<p>Melepaskan balutan perban</p> <p>Hasil : Bengkak Terdapat sedikit nanah</p>	<b>Bunga</b>		DX 4	<b>Bunga</b>
4	08.50	<p>Membersihkan dengan cairan Nacl</p> <p>Hasil : Luka dibersihkan menggunakan kasa yang sudah diberi larutan NaCl</p>	<b>Bunga</b>		<p>S : Pasien mengatakan nyerinya menurun karena luka sudah dibersihkan.</p> <p>O : Perban balutan luka sudah diganti dan luka sudah dibersihkan</p> <p>A : Masalah Belum teratasi</p>	
4	08.53	<p>Memasang balutan sesuai dengan jenis luka</p> <p>Hasil : Dibalut menggunakan perban kasa</p>	<b>Bunga</b>			
	08.55	Menjelaskan penyebab nyeri	<b>Bunga</b>			

1	10.00	<p>Hasil : Pasien mengetahui jika nyerinya disebabkan oleh penyakit diabetesnya</p> <p>Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Hasil : Meredakan nyeri pada luka dengan melakukan Teknik relaksasi nafas dalam</p>	<b>Bunga</b>		<p>P : Intervensi dilanjutkann 1,2,3,4,5</p>	<b>Bunga</b>
1	11.35	<p>Mengajarkan Teknik nonfarmakologis</p> <p>Hasil : Mengajarkan teknik Relaksasi nafas dalam</p>	<b>Bunga</b>		<p>DX 5 :</p> <p>S : Pasien mengatakan masih susah untuk miring kanan dan kiri</p> <p>O : pasien terbaring di tempat tidur</p> <p>A : Masalah Belum teratasi</p>	
1	11.45	<p>Mengajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Hasil : Memperoleh obat analgesic sesuai resep dokter</p>	<b>Bunga</b>		<p>P : Intervensi 1,2,3,4,5 Dilanjutkan</p>	
2	12.00	<p>Memberikan pemberian analgetic yaitu Pletaal dengan konsumsi oral dengan dosis 25mg</p>	<b>Bunga</b>			
2	13.10	<p>Memonitor kadar glukosa darah acak 23-01-2023</p> <p>Hasil : GDA 272 mg/dL</p>	<b>Bunga</b>			
	11.20	<p>Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (polyuria, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)</p> <p>Hasil : Merasa Lemas</p>	<b>Bunga</b>			

5	12.00	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil : Keluhan nyeri di kaki kanan	<b>Bunga</b>			
5	12. 22	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil : Pasien sedikit bisa miring kanan dan kiri	<b>Bunga</b>			
5	12. 35	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) Hasil : Pasien miring kanan kiri berpegangan dengan pagar	<b>Bunga</b>			
5	13.17	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : mengedukasi keluarga tentang Tindakan yang dilakukan	<b>Bunga</b>			
	13.20	Ajarakan mobilisasi sederhana yang harus di lakukan Hasil : Pasien melakukan miring kanan kiri				
	23- 01- 2023 Shift Sore			23-01-2023 Shift Sore 21.00		

1	14.10 14.20	Memvalidasi keluhan pasien Mengobservasi TTV dan keluhan TD : 190/130 mmHg S : 35,9 N: 90x/ menit RR : 20x/ menit	FA		DX 1 S : Pasien masih mengeluh kaki nyeri O : Kaki terbalut perban A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan	FA
	15.20	Memberikan terapi injeksi Hasil : Inject. Ceftriaxone 1g/IV				
	15.30	Mengobservasi tanda tanda alergi Hasil : Tidak ada reaksi alergi				
	16.00	Personal Hygine Hasil : Pasien dibantu anaknya dalam oral hygine			DX 2 S : Pasien mengatakan makan teratur dengan makanan diit dari ahli gizi O : Pasien hanya makan ½ porsi	
	16.30	Memberikan obat oral pletal 50mg, pamol 1 tab, amlodipine 10 mg, Hasil : Obat sesuai resep dokter			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 Dilanjutkan	
2	17.35 17.50	Memberikan inject Humalog 6 unit sc Memberikan makan sesuai diit DM ganggren 1900 kal				
1	19.40	Memberikan usulan Teknik relaksasi distraksi				
	21.00	Melakukan timbang terima dengan shift malam			DX 3 : S : Pasien mengatakan memiliki penyakit diabetes melitius	

					<p>O : Ibu jari kaki kanan terlihat menghitam, dan punggung kaki terdapat nanah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan</p> <p>DX 4 : S : Pasien mengatakan nyerinya sudah menurun O : Perban luka sudah diganti A : Masalah Belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkann</p> <p>DX 5 : S : Pasien mengatakan masih susah untuk miring kanan dan kiri O : Pasien Nampak berbaring di tempat tidur A : Masalah Belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 Dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	---	--

	23 – 01 – 2023 Shift malam		DJ	23-01-2023 Shift malam 07.00	DX 1 :  S : Pasien masih mengeluh kaki nyeri dan O : Kaki terbalut perban A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4,5 dilanjutkan  DX 2 S : Pasien mengatakan makan teratur dengan makanan diit dari ahli gizi O : Pasien hanya makan ½ porsi A : Masalah belum teratasi	DJ
	21.10	Melaksanakan timbang terima dengan shift sore				
1	21.20	Mengobservasi keluhan pasien				
5	21.30	Memastikan pengamanan tempat tidur terpasang dengan aman				
2	22.05	Memberikan injeksi Levemir 10 unit SC				
5	22.10	Memberikan posisi dan lingkungan yang nyaman				
1	23.30	Mengobservasi istirahat tidur pasien				
1	02.00	Mengobservasi istirahat tidur pasien				
	04.00	Memberikan injeksi ceftriaxone 1g/ iv				
4	04.10	Mengobservasi tidak ada tanda alergi obat				
	04.30	Mengobservasi TTV dan keluhan TD : 180/90 mmHg				

		<p>N : 95 S : 36,2 RR : 20x / menit</p>			<p>P : Intervensi 1,2,3,4,5 Dilanjutkan</p>	
5	05.10	Membantu mobilisasi pasien			DX 3 :	
2	05.15	Cek GDA			S : Pasien mengatakan	
		Hasil : 141 mg/dL			punya penyakit	
2	05.55	Melakukan injeksi Humalog 6 unit			diabetes melitus	
	06.00	Memberikan diet 1 porsi dan terapi			O : Ibu jari kaki kanan	
		pletaal 50mg			terlihat menghitam,	
					dan punggung kaki	
					terdapat nanah	
					A : Masalah belum	
					teratasi	
					P : Intervensi	
					1,2,3,4,5 dilanjutkan	
					DX 4 :	
					S : Pasien mengatakan	
					nyerinya sudah	
					menurun	
					O : Perban luka sudah	
					terdapat rembesan	
					A : Masalah Belum	
					teratasi	
					P : Intervensi	
					1,2,3,4,5 dilanjutkann	

					<p>DX 5 :</p> <p>S : Pasien mengatakan masih susah untuk miring kanan dan kiri</p> <p>O : Pasien Nampak berbaring di tempat tidur</p> <p>A : Masalah Belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5 Dilanjutkan</p>	
1	<p>24 – 01 – 2023</p> <p>Shift Pagi</p> <p>08.00</p> <p>08.15</p> <p>08.30</p>	<p>Timbang terima dengan shift malam</p> <p>Memvalidasi keluhan Nyeri pasien dan TTV</p> <p>Hasil : Pasien mengatakan kakinya terasa masih nyeri di ibu jari kaki bagian kanan</p>	<p><b>Bunga</b></p> <p><b>Bunga</b></p>		<p>DX 1 :</p> <p>S : Pasien masih mengeluh kaki nyeri dengan skala 5</p> <p>O : Kaki terbalut perban</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan</p>	<b>Bunga</b>

1	08.45	Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi , frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Nyeri terasa di kaki bagian ibu jari dan punggung kaki bagian kanan	<b>Bunga</b>		DX 2 S : Pasien mengatakan makan teratur dengan makanan diit dari ahli gizi O : Pasien hanya makan ½ porsi A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan	<b>Bunga</b>
1	08.45	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Pasien mengatakan nyeri Skala 5	<b>Bunga</b>			
3	08.50	Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna, suhu) Hasil : Ibu jari kaki kanan menghitam namun nanah sudah mulai mengering	<b>Bunga</b>			
3	08.50	Monitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas Hasil : Kaki masih bengkak	<b>Bunga</b>		DX 3 : S : Pasien mengatakan kakinya bengkak O : Ibu jari kaki kanan terlihat menghitam, dan punggung kaki terdapat nanah namun sudah lebih mengering A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan	<b>Bunga</b>
4	08.52	Monitor karakteristik luka Hasil : Luka mengering namun masih ada sedikit nanah	<b>Bunga</b>			
4	08.55	Monitor tanda tanda infeksi Hasil : Luka mengering danberbau	<b>Bunga</b>			
4	08.57	Melepaskan balutan perban Hasil : Bengkak Terdapat sedikit nanah	<b>Bunga</b>			
4	08.57	Bersihkan dengan cairan Nacl Hasil : Mencuci luka dengan kasa	<b>Bunga</b>			

4	09.10	yang telah dibasahi dengan NaCl Memasang balutan sesuai dengan jenis luka Hasil : Dibalut menggunakan perban kasa	<b>Bunga</b>		DX 4 S : Pasien mengatakan nyerinya menurun karena luka sudah dibersihkan.	<b>Bunga</b>
4	11.10	Mengajarkan melakukan pencegahan infeksi dengan mencuci tangan yang benar	<b>Bunga</b>		O : Perban balutan luka sudah diganti dan luka sudah dibersihkan	
2	11.30	Mengecek GDA 24-01-2023 Hasil : 195 mg/dL	<b>Bunga</b>		A : Masalah Belum teratasi	
2	11.40	Menginjeksi Humalog pen 6 unit SC			P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkann	
1	12.00	Mengobservasi reaksi pemberian terapi farmakologis	<b>Bunga</b>			
1	12.10	Memberikan Obat Pletaal dengan dosis 50 mg dengan pemberian oral			DX 5 : S : Pasien mengatakan masih susah untuk miring kanan dan kiri O : pasien terbaring di tempat tidur A : Masalah Belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan	<b>Bunga</b>

	24-01-2023 Shift Sore			24-01-2023 Shift sore	
1	14.10 14.30	Timbang Terima dengan dinas pagi Memvalidasi keluhan dan nyeri pasien Mengobservasi TTV dan keluhan TD : 170/120 mmHg S : 36,0 N: 85x / menit RR : 20x / menit	MA	21.00	DX 1 :  S : Pasien masih mengeluh kaki nyeri dengan skala 5 O : Kaki terbalut perban A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan
	14.40	Memberikan terapi injeksi Hasil : Inject. Metronidazole			DX 2 : S : Pasien mengatakan kakinya bengkak O : Ibu jari kaki kanan terlihat menghitam, dan punggung kaki terdapat nanah namun sudah lebih mengering
	14.55	Mengobservasi tanda tanda alergi			
	16.00	Hasil : Tidak ada reaksi alergi Personal Hygine			
1	16.40	Hasil : Pasien dibantu anaknya dalam oral hygiene Memberikan obat oral pletal 50mg, amlodipine 10 mg, cilostazol 1 x 50 mg			
2	17.20	Hasil : Obat sesuai resep dokter			
2	17.30	Memberikan inject Humalog 6 unit scMemberi diet pasien dan terapi oral paracetamol 500			

1	19.00 21.00	Memberikan usulan Teknik relaksasi distraksi Melakukan timbang terima dengan shift malam			<p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan</p> <p>DX 3 S : Pasien mengatakan nyerinya menurun karena luka sudah dibersihkan. O : Perban balutan sudah diganti tadi pagi A : Masalah Belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkann</p> <p>DX 4 : S : Pasien mengatakan masih susah untuk miring kanan dan kiri O : pasien terbaring di tempat tidur dibantu anaknya A : Masalah Belum teratasi</p>	
---	----------------	---	--	--	--	--

					<p>P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan</p> <p>DX 5 S : Pasien mengatakan makan teratur dengan makanan diit dari ahli gizi O : Pasien sudah mau makan 1 porsi A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan</p>	
	<p>24-01-2023 Shift Malam 21.15</p> <p>1 21.20</p> <p>5 21.40</p>	<p>Melaksanakan timbang terima dengan shift sore</p> <p>Mengobservasi keluhan dan nyeri pasien</p> <p>Memastikan pengamanan tempat tidur terpasang dengan aman</p>	BD	<p>24-01-2023 Shift Malam 07.00</p>	<p>DX 1 :</p> <p>S : Pasien masih mengeluh kaki nyeri dengan skala 5 O : Kaki terbalut perban</p>	BD

2	22.20	Memberikan injeksi Levemir 10 unit SC			A : Masalah belum teratasi
5	22.25	Memberikan posisi dan lingkungan yang nyaman			P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan
5	03.00	Mengobservasi istirahat tidur pasien			
	04.30	Memberikan injeksi ceftriaxone 1g/iv			
	04.45	Mengobservasi tidak ada tanda alergi obat			
	05.00	Mengobservasi TTV dan keluhan TD : 180/110 N : 75 S : 36,1 RR : 20x			DX 2 : S : Pasien mengatakan makan teratur dengan makanan diit dari ahli gizi
5	05.10	Membantu mobilisasi pasien			O : Pasien sudah mau makan 1 porsi
2	05.30	Cek GDA Hasil : 210			A : Masalah belum teratasi
2	05.40	Melakukan injeksi HKP 6 unit			P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan
2	06.00	Memberikan diet 1 porsi dan terapi pletaal 50mg			DX 3 : S : Pasien mengatakan kakinya bengkak O : Ibu jari kaki kanan terlihat menghitam, dan punggung kaki terdapat

					<p>nanah namun sudah lebih mengering A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan</p> <p>DX 4 : S : Pasien mengatakan nyerinya menurun karena luka sudah dibersihkan. O : Perban balutan sudah diganti tadi pagi A : Masalah Belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkann</p> <p>DX 5 : S : Pasien mengatakan masih susah untuk miring kanan dan kiri</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					O : pasien terbaring di tempat tidur dibantu anaknya A : Masalah Belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan	
1	25-01-2023 Shift Pagi 08.00 08.15	Timbang terima dengan shift malam Memvalidasi keluhan Nyeri pasien dan TTV Hasil : pasien mengatakan nyeri skala 4	<b>Bunga Bunga</b>	25-01-2023 Shift Pagi 14.00	DX 1 :  S : Pasien masih mengeluh kaki nyeri dengan skala 4 O : Kaki terbalut perban namun tidak ada rembesan nanah A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan	<b>Bunga</b>
1	08.20	Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi , frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : Nyeri terasa di kaki bagianibu jari dan punggung kaki bagiankanan dengan skala 4	<b>Bunga</b>			
1	08.25	Mengidentifikasi skala nyeri Hasil : Pasien mengatakan nyeriSkala 4				

3	08.30	Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna, suhu) Hasil : Ibu jari kaki kanan menghitam sudah tidak adananah dan mengering	<b>Bunga</b>		DX 2 : S : Pasien mengatakan makan teratur dengan makanan diit dari ahli gizi	<b>Bunga</b>
3	08.35	Memonitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas	<b>Bunga</b>		O : Pasien sudah mau makan 1 porsi	
4	08.38	Hasil : Kaki masih bengkak Memonitor karakteristik luka	<b>Bunga</b>		A : Masalah belum teratasi	
3	08.40	Hasil : Luka mengering dan tidak ada nanah	<b>Bunga</b>		P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan	
4	08.45	Memonitor tanda tanda infeksi Hasil : Luka mengering danberbau	<b>Bunga</b>		DX 3 : S : Pasien mengatakan setuju dalam	<b>Bunga</b>
4	08.50	Melepaskan balutan perban Hasil : Bengkak sudah tidak bernanah	<b>Bunga</b>		melakukan tindakan amputasi	
4	08.55	Membersihkan dengan cairan Nacl Hasil : Membersihkan luka menggunakan kasa yang telah diberi NaCl	<b>Bunga</b>		O : Ibu jari kaki kanan terlihat menghitam, dan punggung kaki sudah menghitang karena lukanya kering	
4	09.10	Memasang balutan sesuai dengan jenis luka Hasil : Dibalut menggunakan perban kasa	<b>Bunga</b>		A : Masalah belum teratasi	
1	11.50	Memberikan Obat Pletaal dosis 50mg dengan pemberian oral Mengajarkan melakukan	<b>Bunga</b>		P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan	

		<p>pengecahan infeksi dengan mencuci tangan yang benar</p> <p>Mengecek GDA</p> <p>    Hasil : 219 mg?dL</p> <p>Menginjeksi Humalog pen 6 unit SC</p> <p>Mengajarkan mobilisasi sederhana</p> <p>    Hasil : Pasien masih dibantu keluarga saat miring kanan dan kiri</p> <p>Memberikan edukasi pengetahuan kepada keluarga tentang Tindakan amputasi</p> <p>    Hasil : Pasien dan keluarga setuju akan dilakukannya Tindakan amputasi</p>	<p><b>Bunga</b></p> <p><b>Bunga</b></p> <p><b>Bunga</b></p>	<p>DX 4 :</p> <p>S : Pasien mengatakan nyerinya menurun karena luka sudah dibersihkan dan setuju dengan prosedur amputasi</p> <p>O : Perban balutan sudah diganti tadi pagi</p> <p>A : Masalah Belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkann</p> <p>DX 5 :</p> <p>S : Pasien mengatakan miring kanan kiri masih dibantu oleh keluarga</p> <p>O : pasien terbaring di tempat tidur dibantu anaknya</p> <p>A : Masalah Belum teratasi</p> <p>P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan</p>	<p><b>Bunga</b></p> <p><b>Bunga</b></p>
--	--	--	---	--	--

	25-01-2023 Shift Sore		BD	25-01-2023 Shift Sore 21.00		BD
1	14.10 15.00	Memvalidasi keluhan dan nyeri pasien Mengobservasi TTV dan keluhan TD : 170/110 mmHg S : 35,6 N: 89 / menit RR : 20x / menit			DX 1 :  S : Pasien masih mengeluh kaki nyeri dengan skala 4 O : Kaki terbalut perban namun tidak ada rembesan nanah A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan	
	15.40	Memberikan terapi injeksi Hasil : Inject. Ceftriaxone 1g/IV				
	16.00	Mengobservasi tanda tanda alergi Hasil : Tidak ada reaksi alergi				
	16.10	Personal Hygine Hasil : Pasien dibantu anaknya dalam oral hygiene				
	17.00	Memberikan obat oral pletal 50mg, amlodipine 10 mg, cilostazol 1 x 50 mg Hasil : Obat sesuai resep dokter			DX 2 : S : Pasien mengatakan makan teratur dengan makanan diit dari ahli gizi O : Pasien sudah mau makan 1 porsi A : Masalah belum teratasi	
2	18.00	Memberikan inject Humalog 6 unit sc				
1	19.30	Memberikan usulan Teknik relaksasi distraksi				
	21.00	Melakukan timbang terima dengan shift malam				

					<p>P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan</p> <p>DX 3 : S : Pasien mengatakan setuju dalam melakukan tindakan amputasi O : Ibu jari kaki kanan terlihat menghitam, dan punggung kaki sudah menghitang karena lukanya kering A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan</p> <p>DX 4 : S : Pasien mengatakan nyerinya menurun karena luka sudah dibersihkan dan setuju dengan prosedur amputasi</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>O : Perban balutan sudah diganti tadi pagi  A : Masalah Belum teratasi  P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan</p> <p>DX 5 :  S : Pasien mengatakan miring kanan kiri masih dibantu oleh keluarga  O : pasien terbaring di tempat tidur dibantu anaknya  A : Masalah Belum teratasi  P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan</p>	
	25-01-2023			25-01-2023 Shift Malam		

	Shift Malam			07.00	DX 1 :	
1	21.00	Melaksanakan timbang terima dengan shift sore			S : Pasien masih mengeluh kaki nyeri dengan skala 4	
4	21.15	Mengobservasi keluhan dan nyeri pasien			O : Kaki terbalut perban namun tidak ada rembesan nanah	
2	21.30	Memastikan pengamananan tempat tidur terpasang dengan aman			A : Masalah teratasi sebagian	
5	22.10	Memberikan injeksi Levemir 10 unit SC			P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan	
	22.15	Memberikan posisi dan lingkungan yang nyaman			DX 2 :	
	02.00	Mengobservasi istirahat tidur pasien			S : Pasien mengatakan makan teratur dengan makanan diit dari ahli gizi	
	04.40	Memberikan injeksi ceftriaxone 1g/iv			O : Pasien sudah mau makan 1 porsi	
	04.55	Mengobservasi tidak ada tanda alergi obat			A : Masalah belum teratasi	
	05.10	Mengobservasi TTV dan keluhan TD : 180/110 mmHg N : 75/ menit S : 36,1 RR : 20x/menit			P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan	
5	05.30				DX 3 :	
2	06.10	Membantu mobilisasi pasien Cek GDA				
2	06.15	Hasil : 190 mg/dL Melakukan injeksi HKP 6 unit				
	06.15	Memberikan diet 1 porsi				

					<p>S : Pasien mengatakan setuju dalam melakukan tindakan amputasi O : Ibu jari kaki kanan terlihat menghitam, dan punggung kaki sudah menghitang karena lukanya kering A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan</p> <p>DX 4 S : Pasien mengatakan nyerinya menurun karena luka sudah dibersihkan dan setuju dengan prosedur amputasi O : Perban balutan sudah diganti tadi pagi A : Masalah Belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>DX 5 : S : Pasien mengatakan miring kanan kiri masih dibantu oleh keluarga O : pasien terbaring di tempat tidur dibantu anaknya A : Masalah Belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 Dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	--	--

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAAN**

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan Pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis Diabetes Mellitus Tipe 2 + Gangren Digni 1 Pedis Dextra di Ruang 4 Lt.3 RSAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak perbedaan tetapi diantara keduanya memiliki beberapa kesamaan yaitu :  
Identitas Pasien, Riwayat Penyakit Sekarang, Riwayat Penyakit Dahulu, Riwayat Penyakit Keluarga.

##### **4.1.1 Identitas Pasien**

Pada kasus Ny. S dengan Diabetes Mellitus yang didapatkan dari hasil pengkajian adalah usia 54 tahun. Sesuai pernyataan (Faza., 2022). Diabetes Mellitus adalah suatu gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia dan berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan penyakit komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular, dan neuropati. Penulis berpendapat bahwa hal ini

disebabkan karena pasien memiliki Riwayat penyakit Diabetes Mellitus yang bisa disebabkan oleh pola makan serta pola hidup yang meningkatkan resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dimana pankreas kurang memproduksi insulin yang akan didistribusikan ke seluruh tubuh. Pasien harus lebih perhatian terhadap pencegahan diabetes mellitus dengan melakukan kontrol di faskes terdekat dan pemberian insulin secara teratur dan terkontrol.

#### **4.1.2 Riwayat Pasien**

##### **1. Keluhan Utama**

Pada kasus Ny. S keluhan utama yang dirasakan pasien adalah nyeri dibagian kaki yang terdapat luka di ibu jari kaki kanan. Dijelaskan bahwa keluhan utama pada pasien dengan Diabetes Mellitus gangren adalah adanya nyeri pada luka, Nyeri umumnya menggambarkan sensasi tidak nyaman di tubuh. Itu berasal dari aktivasi sistem saraf yang ada di dalam tubuh. Rasa sakit dapat mengganggu dan membuat badan menjadi lemas sehingga tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya, dan bisa juga terasa seperti tikaman tajam atau sakit tumpul pada area yang indikasi nyeri. Nyeri dapat digambarkan sebagai berdenyut, menyengat, sakit, dan mencubit. Nyeri dapat dirasakan secara konsisten, bisa mulai dan berhenti dengan sendirinya, atau dapat muncul hanya dalam beberapa kondisi. Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa data keluhan utama pada kasus yang dialami oleh pasien dengan teori menurut (Mayasari, 2020) memiliki keluhan utama yang sama. Penulis berpendapat bahwa yang sangat tampak dari nyeri yang dialami pasien adalah karena pasien memiliki Luka Gangren yang berada pada kaki kanannya. Hal itu juga disebabkan luka tersebut menghasilkan bengkak dan terdapat nanah yang menyebabkan rasa nyeri itu dirasakan.

## 2. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang berisi tentang cerita kronologi awal mula terjadinya penyakit sekarang hingga dibawa ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya meliputi kapan terjadi luka, penyebab luka, dan upaya yang dilakukan Ny. S untuk mengatasi luka tersebut. Pada kasus Ny. S didapatkan pasien mengeluh terdapat luka pada ibu jari kaki kanan yang tidak kunjung sembuh setelah melakukan operasi ibu jari pada tanggal 5 Januari 2023. Pada bulan Desember 2022 pasien mengatakan bahwa bagian samping ibu jari memiliki luka yang menghitam kecil seperti bintik. Pasien mengatakan luka tersebut semakin nyeri dan bengkak. Sesuai dengan pernyataan nyeri menurut (Mayasari, 2020) Nyeri umumnya menggambarkan sensasi tidak nyaman di tubuh. Itu berasal dari aktivasi sistem saraf yang ada di dalam tubuh. Rasa sakit dapat mengganggu dan membuat badan menjadi lemas sehingga tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya, dan bisa juga terasa seperti tikaman tajam atau sakit tumpul pada area yang indikasi nyeri.

Pada tanggal 20 Desember 2022 pasien datang ke Rumah Sakit Islam Surabaya karena mengeluh nyeri dan cekit- cekit. Di Rumah Sakit Islam Surabaya menyarankan untuk operasi Ibu jari kaki kanan pada tanggal 05 Januari 2023. Kembali lagi seminggu kemudian untuk kontrol. Pada saat kontrol pertama operasi ibu jari jahitan bagus dan belum ada luka meluas dan nanah di atasnya. Setelah kontrol pertama pada tanggal 15 Januari 2023 pasien mengatakan ada luka di atasnya yang mengalami peradangan luas dan timbul nanah. Karena pasien mengeluh sakit dan nyeri pasien dibawa Kembali ke RSI Surabaya pada tanggal 18 Januari 2023 diberi surat rujukan ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Pada tanggal 19 Januari 2023. Pada tanggal 19 Januari 2023 pukul 17.40 pasien datang ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya rujukan dari RSI Surabaya. Pasien datang dengan

keluhan nyeri di kaki bagian kanan dengan luka yang sudah meluas dan bernanah. Di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Pasien diberikan Tindakan pemasangan infus Natrium Chlorida 0,9% dan terapi Antrain 1 gr/iv. Pasien melakukan Swab PCR + Antigen dengan hasil negative. Pada tanggal 20 Januari 2023 pasien dipindahkan ke R4 Lantai 3 dan diberikan infus flutrolit 1000 cc/ 24 jam, injeksi ceftriaxone 1 g, dan pemberian obat oral. Setelah pasien dipindahkan ke Ruang 4 Lantai 3 dilakukan tindakan rawat luka setiap pagi hari.

Berdasarkan data pengkajian dan jurnal yang dikutip penulis berpendapat bahwa nyeri yang dirasakan oleh Ny. S merupakan bagian dari penyakit komplikasi diabetes mellitus. Hal ini ditandai karena adanya bengkak dan luka yang meluas serta bernanah di kaki bagian kanannya.

### 3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada kasus Ny. S memiliki Riwayat Hipertensi dan Mengalami Stroke pada tahun 2011. Namun Hipertensinya terkontrol oleh obat seperti Amlodipin 10 mg. Sesuai pernyataan (Lestari, 2021) Diabetes mellitus dapat disebabkan oleh berbagai macam faktor, antara lain tekanan darah tinggi, obesitas, riwayat keluarga yang memiliki diabetes mellitus, usia, serta gaya hidup dan makanan yang tidak sehat. Gejala awal diabetes mellitus memang sering tidak terlihat. oleh sebab itu banyak orang yang baru sadar adanya komplikasi karena penyakit diabetes mellitus. Diabetes mellitus yang tidak terkontrol dapat menyebabkan komplikasi jangka panjang, merusak pembuluh darah dan saraf serta organ penting didalam tubuh bahkan kematian. Penulis berpendapat bahwa Riwayat penyakit dahulu sebelum diabetes mellitus adalah hipertensi. Hal ini ditekankan dimana pola gaya hidup dan pola makan yang tidak terkontrol dan tidak diimbangi oleh gaya hidup sehat.

Dimana jika kontrol dari gaya hidup tidak diperbaiki makan akan menimbulkan penyakit komplikasi yang lain seperti stroke. Stroke terjadi karena pecahnya pembuluh darah di otak sehingga terputusnya pasokan oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan.

#### 4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pada Kasus Ny. S didapatkan pada keluarganya yaitu Ibu Ny. S memiliki Riwayat hipertensi. Menurut (Nursa, Fauzi dan Habibi, 2022) Diabetes ialah kondisi metabolik ditandai dengan hiperglikemia dan beberapa faktor genetik dan lingkungan. Apabila keluarga yang menderita diabetes melitus adalah rata-rata anggota keluarga terdekat yang memiliki hubungan darah yaitu ayah ibu dan saudara kandung. Orang yang mempunyai anggota keluarga yang memiliki diabetes akan beresiko untuk mengalami diabetes mellitus juga, semakin dekat ikatan keluarga maka semakin besar pula risiko seseorang akan mengalami diabetes mellitus. Hal ini disebabkan karena seseorang yang sudah mengetahui dirinya memiliki resiko untuk terkena diabetes mellitus lebih menjaga pola hidup yang baik, seperti berolahraga, menjaga pola makan, istirahat yang cukup sehinggarisiko untuk terkena diabetes mellitus menjadi kecil. Hal ini dikarenakan banyak faktor yang berhubungan dengan diabetes mellitus, diantaranya umur, Hipertensi, obesitas, pola hidup dan lainnya. Penulis berpendapat bahwa hipertensi yang dimiliki oleh pasien merupakan suatu penyakit keturunan yang diturunkan oleh sang ibu Ny. S. Namun hipertensi bisa dilakukan pencegahan dengan menerapkan gaya hidup sehat.

#### 4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Dari pemeriksaan fisik didapatkan ada beberapa masalah yang bisa digunakan sebagai data untuk menegakan diagnose keperawatan yang aktual. Adapun

pemeriksaan dilakukan pemeriksaan B1 sampai B6 di bawah ini :

1. B1 (*Breathing*) Pernafasan

Saat dilakukan pengkajian Ny. S yaitu inspeksi didapatkan bentuk dada normo chest, tidak ada nafas tertinggal, Gerakan toraks kanan dan kiri simetris, tidak ada penggunaan otot bantu nafas tambahan. Tidak ada kelainan pada pernafasan, pola nafas eupnea, tidak memakai masker oksigen, tidak ada sesak nafas, tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga. Pada pemeriksaan Auskultasi didapatkan irama nafas regular, Vocal Fremitus normal, suara nafas vesikuler, tidak suara nafas tambahan. Penulis menyimpulkan bahwa pada pasien Ny. S pada pemeriksaan B1 tidak ditemukan adanya masalah keperawatan.

2. B2 (*Blood*) Kardiovaskuler

Saat dilakukan pengkajian yaitu inspeksi didapatkan tidak ada oedem, tidak ada perdarahan, tidak ada hepatomegali. Dan saat dilakukan pemeriksaan auskultasi didapatkan irama jantung normal lub-dup, bunyi S1 dan S2 tunggal (lub-dup), tidak ada suara tambahan (S3 dan S4), tidak ada bunyi jantung tambahan, ictus cordis teraba di ruang Intracosta kiri 5 agak ke medial ( 2 cm) dari linia mid clavicularis kiri. Dan saat dilakukan pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri dada, akral teraba dingin, CRT >3 detik. Ulkus diabetes menjadi salah satu komplikasi dari banyaknya komplikasi yang dialami oleh penderita diabetes mellitus. Ulkus diabetes disebabkan oleh proses neuropatiperifer, penyakit arteri perifer dimana mendapatkan tekanan secara berulang. Penulis menyimpulkan bahwa adanya ketidakefektifan perfusi perifer karena melemahnya nadi perifer, yang disebabkan oleh kurangnya kebutuhan

oksigen pada bagian ekstremitas bawah ( kaki ) (Wijayanti dan Warsono, 2022). Penulis berpendapat bahwa bengkak yang terdapat pada kaki pasien disebabkan karena adanya ulkus diabetic atau ganggren yang disebabkan karena adanya tekanan dari arteri perifer yang menyebabkan penyempitan atau berkurangnya pasokan oksigen ke bagian ekstremitas bawah.

### 3. B3 (Brain) Persarafan

Pada pengkajian didapatkan GCS 4E 5V 6M, pada pemeriksaan refleks fisiologis didapatkan Biceps +/+ (normal), Triceps +/+ (normal), pemeriksaan refleks patologis didapatkan kaku kuduk -/- (negative), Bruzinski I -/- (negative), Bruzinski II -/- (negative), kering -/- (negative). Tidak ada nyeri kepala, ada paralisi di kaki sebelah kanan. Mata simetris kanan dan kiri, pupil isokor (mengecil Ketika terkena cahaya dan membesar Ketika berada di tempat gelap), refleks cahaya +/+ (normal), konjungtiva ananemis (pink kemerahan), tidak ada gangguan, sklera anikhterik. Pada pemeriksaan 12 Nervus Kranial didapatkan yaitu :

- 1) NI : Normal, tidak ada gangguan penciuman
- 2) NII : Penglihatan masih tajam
- 3) NIII : Reaksi cahaya langsung positif
- 4) NIV : Refleks akomodasi positif
- 5) NV : Pasien dapat mengunyah
- 6) NVI : Pasien dapat menggerakkan bola mata
- 7) NVII : Pasien dapat menghasilkan ekspresi wajah
- 8) NVIII : Pasien dapat mendengar dengan jelas
- 9) NIX : Pasien dapat menelan
- 10) NX : Pasien dapat menelan

11) NXI : Pasien dapat menggerakkan leher ke kanan dan kiri

12) NXII : Pasien dapat menggerakkan lidah

Penulis menyimpulkan bahwa pada pasien Ny. S pada pemeriksaan B3 tidak ditemukan adanya masalah keperawatan.

#### 4. B4 (Bladder) Perkemihan dan Genetalia

Pada pengkajian Ny. S Eliminasi urin dala, batas normal +- 1000 cc / 24 jam, Warna urin kuning jernih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, tidak menggunakan kateter. Selama MRS mendapatkan intake flutrolit 1000 cc/ 24 jam, air mineral yang dikonsumsi +- 1,5 liter / hari. Jumlah Eksresi urin +- 1000 cc/ hari. Penulis menyimpulkan bahwa pada pasien Ny. S pada pemeriksaan B4 tidak ditemukan adanya masalah keperawatan.

#### 5. B5 (*Bowel*) Pencernaan

Saat dilakukan pengkajian pada Ny. S yaitu inspeksi didapatkan mulut pasien bersih, tidak berbau karena melakukan oral hygiene, membrane mukosa kering, tidak ada radang, SMRS Pola makan pasien teratur, nafsu makan ada, tidak ada alergi makanan. Jenis makanan yang dikonsumsi selama di rumah seperti : nasi, telur, sayur, tempe, ayam. Selama MRS Pola makan pasien teratur dengan kolaborasi Bersama diit ahli gizi dengan jenis makanan yang dikonsumsi seperti : nasi putih, perkedel daging, oseng tempe, sup macaroni, namun hanya makan ½ porsi piring. Namun pada saat dilakukan GDA hasilnya 272 mg/dL. Hasil pengecekan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler dengan glukometer (Lestari, 2021). Frekuensi minum air putih +- 1,5 liter/ hari, bentuk perut tidak tegang, peristaltik 18x/ menit, tidak ada kelainan abdomen, tidak ada pembengkakan hepar, frekuensi alvi MRS 2 hari sekali tanpa konstipasi. Saat dilakukan

pemeriksaan palpasi didapatkan tidak ada nyeri tekan pada abdomen. Penulis menyimpulkan bahwa memiliki masalah keperawatan pada Ny. S yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah dimana disaat melakukan pengecekan GDA diperoleh hasil 272 mg/dL. Kadar glukosa darah tersebut merupakan angka yang tinggi melebihi dari batas normal <126 mg/dL.

#### 6. B6 (*Bone*) Muskuluskeletal dan Integumen

Pada saat dilakukan pengkajian pada Ny. S yaitu inspeksi didapatkan tidak ada scabies, warna kulit pucat, ibu jari kaki kanan pasien mengalami nekrosis dan menghitam, ROM bebas, tidak ada deformitas, tidak ada fraktur, tidak ada krepitasi, namun saat kaki digerakan kekuatan otot menurun dan pada pemeriksaan palpasi kaki pasien disekitar ibu jari jika diberi rangsang terasa. Hambatan mobilitas fisik merupakan keterbatasan pergerakan fisik tubuh dari salah satu ataupun semua ekstremitas yang mandiri maupun terarah hal ini ditandai dengan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan untuk berpindah ke suatu posisi atau tempat (kartika, 2018). Penulis berpendapat bahwa ditemukan adanya masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yang dibuktikan dengan adanya ibu jari yang mengalami nekrosis sehingga menghambat aktivitas pada pasien dan menurunkankekuatan otot.

### 4.2 **Diagnosis Keperawatan**

Penulis dalam menegakan diagnosis keperawatan pada pasien diabetes mellitus menjelaskan di Ruang 4 Lantai 3 RSPAL ada lima diagnosis keperawatan yangditegakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini. Dalam jurnal yang ditulis oleh (Marpaung, 2019) menjelaskan bahwa masalah keperawatan pada penderita diabetes mellitus memiliki Sembilan masalah keperawatan yaitu :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera fisik (Abses)

2. Kerusakan Integritas Jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia
4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah
5. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri
6. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
7. Risiko Infeksi dengan Faktor Risiko : Penyakit Diabetes Melitus
8. Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah dengan Faktor Risiko : Kurang terpapar informasi tentang manajemen diabetes
9. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Terdapat lima Diagnosis Keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Abses) (SDKI D.0077)

Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri dibagian kakinya yang terdapat luka di ibu jari kaki kanan. Nyeri Hilang Timbul, Cekot- cekot, Nyeri dibagian ibu jari dan punggung kaki kanan,Skala 6, Setiap Saat. Sesuai teori menurut (Mayasari, 2020) Nyeri umumnya menggambarkan sensasi tidak nyaman di tubuh. Itu berasal dari aktivasi sistem saraf yang ada di dalam tubuh. Rasa sakit dapat mengganggu dan membuat badan menjadi lemas sehingga tidak bisa beraktivitas normal seperti biasanya, danbisa juga terasa seperti tikaman tajam atau sakit tumpul pada area yang indikasi nyeri. Dalam hal ini penulis menyimpulkan bahwa nyeri yang dirasakan karena ketidaknyamanan tubuh akibat sakit yang terdapat di ibu jari kaki kanan pasien.

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah (SDKI D.0027)

Pada Saat pengkajian penulis menegakan diagnosis keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa karena glukosa darah pasien berada diatas batas normal dengan hasil GDA : 272 mg/dL (<126 Normal) serta HbA1C : 7,1 % (Normalnya : <5,7 ; Prediabetes : 5,7 – 6,4 ; Diabetes : >=6,5). Yang mengakibatkan pasien mengalami hiperglikemi. Hasil pengecekan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler dengan glucometer (Lestari, 2021). Penulis menyimpulkan bahwa ketidakstabilan glukosa darah disebabkan karna hasil GDA yang masih memiliki rentang tinggi dari batas normal.

3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (SDKI D.0009)

Pada saat pengkajian penulis menegakan diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia karena pasien mengalami nekrosis pada ibu jari kaki kanan yang bisa disimpulkan bahwa jaringan telah mati karena tidak terpenuhinya oksigen ke ekstremitas bawah. Ulkus diabetes menjadi salah satu komplikasi dari banyaknya komplikasi yang dialami oleh penderita diabetes mellitus. Ulkus diabetes disebabkan oleh proses neuropatiperifer, penyakit arteri perifer dimana mendapatkan tekanan secara berulang. Penulis menyimpulkan bahwa adanya ketidakefektifan perfusi perifer karena melemahnya nadi perifer sehingga tidak terpenuhinya oksigen ke bagian ekstremitas (Wijayanti dan Warsono, 2022). Penulis menyimpulkan bahwa nekrosis yang dialami pasien adalah

karena tidak cukup terpenuhinya pasokan oksigen ke bagian ekstremitas kaki sehingga menyebabkan jaringan mati yang menghitam.

4. Gangguan Integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (SDKI D.0129)

Pada saat pengkajian pada pasien terlihat bahwa ibu jari dan punggung kaki kanan pasien terbalut perban dan pada saat dilakukan perawatan luka setiap pagi terlihat adanya nekrosis pada ibu jari kanan pasien, ada luka nanah masih ada namun sudah mulai mengering dan berbau. Terjadi Gangguan integritas jaringan pada ibu jari dan punggung kaki kanan pasien karena adanya nekrosis dan luka yang sulit sembuh. Penulis menyimpulkan bahwa kaki pasien dibalut perban karena mengalami nekrosis dan berbau.

5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0054)

Pada saat pengkajian penulis menegakan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri karena kaki kanan pasien mengalami luka dan mengeluh nyeri sedangkan kaki kiri pasien mengalami paralisis karena memiliki riwayat stroke sejak 2011. Hambatan mobilitas fisik merupakan keterbatasan pergerakan fisik tubuh dari salah satu ataupun semua ekstremitas yang mandiri maupun terarah hal ini ditandai dengan dimana seseorang mengalami penurunan kemampuan untuk berpindah ke suatu posisi atau tempat (Kartika, 2018). Penulis menyimpulkan bahwa untuk aktivitas dan kebutuhan pasien sehari-hari dibantu oleh keluarga, perawat.

### 4.3 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, Pada tinjauan Pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan pada pasien. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan tujuan agar penulis berupaya ingin memandirikan pasien dan keluarga dalam implementasi pemberian tindakan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan pasien, keterampilan dalam mengenal masalah, dan perubahan tingkah laku pasien.

Intervensi diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus memiliki kesamaan namun tiap- tiap intervensi tetap mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah direncanakan.

Intervensi yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses) menurut (PPNI, 2018a) adalah identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetic, berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( Teknik relaksasi Tarik nafas dalam), jelaskan penyebab nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, ajarkan Teknik nonfarmakologis, kolaborasi dengan pemberian analgetik. Penulis menyimpulkan bahwa selama berada di ruangan pasien akan selalu mengobservasi mengenai rasa nyeri yang dialami pasien sehingga memudahkan dalam evaluasi perawat melakukan Tindakan.

Intervensi yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah menurut (PPNI, 2018a) adalah identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemi, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia

(polyuria, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), memberikan asupan cairan oral, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, Berikan pemberian insulin. Penulis menyimpulkan bahwa selama berada di ruangan pasien akan selalu mengobservasi kadar glukosa darah yang dialami pasien sehingga memudahkan dalam evaluasi perawat melakukan Tindakan seperti pemberian insulin Levemir 6 unit.

Intervensi yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia menurut (PPNI, 2018a) adalah periksa sirkulasi (pengisian kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor resiko gangguan perifer (diabetes, hipertensi), monitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas, lakukan pencegahan infeksi, lakukan perawatan kaki dan kuku, lakukan hidrasi. Penulis menyimpulkan bahwa selama berada di ruangan pasien akan selalu mengobservasi mengenai bengkak yang dialami pasien sehingga memudahkan dalam evaluasi perawat melakukan Tindakan.

Intervensi yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer menurut (PPNI, 2018a) adalah monitor karakteristik luka, monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, lepaskan balutan perban, berishkan dengan cairan NaCl, pasang balutan sesuai dengan jenis luka, jelaskan tanda dan gejala infeksi. Berdasarkan pernyataan (Wijayanti dan Warsono, 2022) Ulkus kaki diabetic disebabkan oleh proses neuropati perifer, penyakit arteri perifer. Proses terjadinya penyakit ini melibatkan adanya gangguan perfusi perifer pada penderita diabetes yang tidak ditangani dengan benar. Penulis menyimpulkan bahwa selama berada di ruangan pasien akan selalu mengobservasi mengenai luka nekrosis yang dialami pasien sehingga memudahkan dalam evaluasi perawat melakukan Tindakan seperti rawat

luka..

Intervensi yang dilakukan pada Ny. S dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri menurut (PPNI, 2018a) adalah identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu ( pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Penulis menyimpulkan bahwa selama berada di ruangan pasien dan keluarga selalu diberikan support dan dukungan sehingga pasien termotivasi dalam melakukan aktivitas ringan di tempat tidur.

#### **4.4 Pelaksanaan**

Penulis dalam melakukan tindakan di ruangan, penulis melakukan Tindakan pada pasien adalah sebagai berikut : Rawat Luka Gangren hal ini dilakukan karena berkaitan dengan kebersihan luka agar tidak terkontaminasi dengan bakteri sehingga pertumbuhan nanah tidak semakin banyak dan melebar pada luka yang menimbulkan bau yang tidak sedap. Manajemen Nyeri hal ini dilakukan karena berkaitan dimana pasien merasakan sakit pada kakinya sehingga untuk mengurangi rasa sakitnya adalah Teknik relaksasi nafas dimana mengurangi kecemasan serta pasien merasa lebih rileks tidak berfokus pada sakitnya. Pemberian obat Seperti obat Hipertensi, Nyeri, Insulin, dalam pemberian obat hipertensi adalah amlodipin secara pemberian oral dengan dosis 10 mg x 1 dengan indikasi kerja sebagai Anti Hipertensi golongan Calcium Channel Blocker (CCB), menghambat ion kalsium ke dalam otot pembuluh darah dan jantung. Obat nyeri adalah pletaal secara pemberian oral dengan dosis 25 mg x 2 dengan indikasi kerja sebagai mengurangi nyeri dan meredakan pembengkakan pada kaki akibat peredaran darah yang tidak lancar

menghentikan trombosit yang saling menempel dan mencegah penumpukan gumpalan darah. Insulin Levemir digunakan untuk mengontrol kadar gula darah dengan pemberian secara intra muscular dengan dosis 6 unit dengan indikasi kerja sebagai Insulin tambahan, menurunkan kadar gula darah secara perlahan dan bertahap dalam jangka panjang.

Penatalaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan (Astuti, 2019).

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosis pada kasus tidak sesuai sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan antara lain : adanya Kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim Kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Penulis menyimpulkan bahwa pelaksanaan yang harus dilakukan pada penderita diabetes mellitus dengan gangrene adalah Tindakan rawat luka dengan tujuan adalah membersihkan luka tersebut agar tidak terkontaminasi dengan bakteri apabila luka semakin dibiarkan dan tidak dilakukan Tindakan pembersihan luka tersebut akan terkontaminasi oleh bakteri. Bakteri yang masuk kedalam luka akan menimbulkan rasa nyeri pada pasien. Sehingga pasien diberikan obat nyeri dan obat

hipertensi dalam meredakan nyeri yang dirasakan.

#### **4.5 Evaluasi**

Pada kasus Diabetes Mellitus Tipe 2 + Gangren Digiti 1 Pedis Dextra yang dialami pasien Ny. S dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari di Ruang 4 Lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, penulis menegaskan lima diagnosis keperawatan untuk menyusun lima intervensi diagnosis keperawatan yang menjadi prioritas. Untuk evaluasi dari lima diagnosis keperawatan yang ditegakan penulis yaitu :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses).

Pada waktu dilaksanakan evaluasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses) dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam, pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan masalah teratasi sebagian setelah diajarkan Teknik relaksasi nafas dalam dan kolaborasi dengan dokter pemberian obat anti nyeri yaitu pleetal 2 x 50 mg, intervensi dilanjutkan hingga pasien benar- benar sembuh.

2. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah.

Pada waktu dilakukan evaluasi kadar glukosa darah pada pasien Ny, S dilaksanakan intervensi 3 x 24 jam dan masalah belum teratasi di tandai dengan GDA diatas batas normal yaitu 272 sedangkan normalnya yaitu <126 mg/dL dan sudah diberikan suntik, intervensi dilanjutkan hingga gula darah pasien stabil.

3. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan hiperglikemia.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia dilaksanakan intervensi selama 3 x 24 jam masalah

belum teratasi dan masih terdapat luka yang belum sembuh yang diakibatkan dari perfusi perifer tidak efektif dan telah dilakukan perawatan sirkulasi. Intervensi tetap dilanjutkan hingga pasien benar- benar pulih.

4. Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer.

Pada waktu dilakukan evaluasi kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dilaksanakan intervensi selama 3 x 24 jam masalah masih belum terasi meskipun sudah dilakukan tindakan keperawatan dan masih terdapat nekrosis, nanah sedikit mengering, dan berbau dan sudah dilakukan perawatan luka steril setiap pagi dengan menggunakan NaCl 0,9% intervensi tetap dilanjutkan hingga pasien benar- benar pulih.

5. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan otot.

Pada waktu dilakukan evaluasi gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan dilaksanakan intervensi selama 3 x 24 jam masalah belum teratasi ditandai dengan luka masih ada dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga. Intervensi dilanjutkan hingga pasien pulih.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Penulis telah melakukan pengamatan dan melaksanakan tindakan keperawatan secara langsung dengan pasien dengan kasus Diabetes Mellitus di Ruang 4 Lantai 3 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu tindakan keperawatan pasien dengan Diabetes Mellitus.

#### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan Hasil Uraian yang telah menguraikan tentang tindakan keperawatan pada pasien Diabetes Mellitus, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian yang didapatkan pada pasien Ny. S berjenis kelamin perempuan, berusia 54 tahun. Pasien mengeluh nyeri pada ibu jari kaki kanan dan ibu jari berwarna hitam, nyeri yang dirasakan cekot-cekot, dengan skala nyeri 6 (1-10), dan nyeri hilang timbul setiap saat. GCS 4/5.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. S adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses), ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
3. Perencanaan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan tujuan nyeri berkurang, pasien dapat mengatasi atau mengurangi rasa nyeri.
4. Pelaksanaan implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. S adalah

mengkaji tingkat nyeri, jenis nyeri, skala nyeri (1-10), mengkaji tanda- tanda vital, mengajarkan teknik tarik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, memberikan obat anti nyeri yaitu parasetamol 2 x 50 mg dan Injekt Levemir 6 unit sesuai resep dokter.

5. Pada akhir evaluasi selayaknya dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam banyak masalah yang belum teratasi tetapi intervensi yang sudah dilaksanakan tetap dilanjutkan hingga pasien benar- benar pulih.
6. Pada pendokumentasian data pasien pada pemeriksaan fisik menggunakan B1-B6, dan dicatat sesuai shift jaga ruangan yang memudahkan penulis memantau perkembangan dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien Ny. S.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Pasien penderita Diabetes Mellitus lebih ditekankan dalam upaya pengontrolan pola makan hal itu dilakukan untuk menjaga kadar glukosa darah. Secara rutin juga melakukan pemeriksaan rutin di faskes terdekat untuk pencegahan dini terhindar dari komplikasi yang ditimbulkan.
2. Perawat di Ruang 4 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya lebih mengembangkan tentang perawatan luka secara maksimal kepada pasien yang memiliki luka Ganggren sehingga lebih fokus dalam menangani luka tersebut.
3. RSPAL Dr. Ramelan Surabaya sebagai pemberi Fasilitas Kesehatan hendaknya lebih mengedepankan dan menambah sarana dan prasarana yang ada dan memberikan pelayanan terbaik kepada pasien sehingga akan meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit.

4. Penulis Selanjutnya diharapkan mengembangkan lebih lanjut tentang tindakan keperawatan pada pasien diabetes mellitus yang berfokus meliputi penanganan perawatan luka, edukasi nyeri dan edukasi kepada keluarga pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alfi (2018) “Konsep Nyeri,” *Universitas Udayana*, hal. 8–45.
- Ariana, R. (2018) “Asuhan Keperawatan pada pasien Post Operasi Kanker Pankreas,” hal. 1–23.
- Arkianti, M.M.Y. (2023) “Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker Kolonrektal: studi kasus,” *JURNAL KEPERAWATAN CIKINI*, 4(1 SE-), hal. 46–51. Tersedia pada: <https://doi.org/10.55644/jkc.v4i1.106>.
- Astuti, R.A.P. (2019) “Tahapan Pengkajian Dalam Asuhan Keperawatan,” hal. 1–6. Tersedia pada: <https://osf.io/j9u87/download/?format=pdf>.
- Bahrudin, M. (2018) “Patofisiologi Nyeri (Pain),” *Saintika Medika*, 13(1), hal. 7. Tersedia pada: <https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>.
- Efendi, B., Winani, W. dan Suheryadi, A. (2022) “Pengembangan Aplikasi Standar Keperawatan Pada Asuhan Keperawatan Anak Di RSUD Indramayu,” *Ikra-Ith Abdimas*, 6(1), hal. 163–172. Tersedia pada: <https://doi.org/10.37817/ikra-ithabdimas.v6i1.2388>.
- Ekasari, E. dan Dhanny, D.R. (2022) “Faktor Yang Mempengaruhi Kadar Glukosa Darah Penderita Diabetes Melitus Tipe Ii Usia 46-65 Tahun Di Kabupaten Wakatobi,” *Journal of Nutrition College*, 11(2), hal. 154–162. Tersedia pada: <https://doi.org/10.14710/jnc.v11i2.32881>.
- Fadul, F.M. (2019) “Asuhan Keperawatan Keluarga Tn. S dengan Diagnosa Diabetes Mellitus Pada Ny. C di Desa Sidamulya Wilayah Kerja Puskesmas Sidamulya Kec. Astanajapura Kab. Cirebon,” 5(2), hal. 104–124.
- Fatihah, W.M. (2019) “Penerapan Evaluasi Keperawatan Terhadap Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit,” *JIP: Jurnal Ilmiah PGMI*, 2(3), hal. 28–31.
- Faza, Rf. *et al.* (2022) “Analisis Efektivitas Biaya Penggunaan Antidiabetik Oral pada Pasien Diabetes Melitus Rawat Jalan di RSUD Haji Surabaya,” 8(1), hal. 49–58.
- Hanum, N.N. (2019) “Hubungan Kadar Glukosa Darah Puasa dengan Profil Lipid pada Pasien Diabete Melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Umum,” (April).
- Hariyadi, T. dan S.A. (2022) “Jurnal Penelitian Perawat Profesional,” *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 3(1), hal. 153–158.

- Lestari, U.I. (2021) “Penerapan Metode K-Nearest Neighbor Untuk Sistem Pendukung Keputusan Identifikasi Penyakit Diabetes Melitus,” *JATISI (Jurnal Teknik Informatika dan Sistem Informasi)*, 8(4), hal. 2071–2082. Tersedia pada: <https://doi.org/10.35957/jatisi.v8i4.1235>.
- Marpaung, S.H.S. (2019) “Mengidentifikasi Masalah Dalam Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Yang Menderita Diabetes Mellitus,” *OSFPreprints*, 1(4), hal. 1–5.
- Mayasari, D.K. (2020) *Nyeri penyebab dan tanda gejala*, <https://www.honestdocs.id/nyeri>. Tersedia pada: <https://www.honestdocs.id/nyeri> (Diakses: 12 Februari 2023).
- Nafi, M. (2022) “A 43 Years Old Man With Pedis Ulcer Wagner IV Et Causa Type 2 DM Muhammad,” hal. 1031–1035.
- Nurkamila, F.Y. (2022) *Asuhan Keperawatan Pada Ny. E dengan Diabetes Mellitus Gangren di Ruang Baitussalam 2 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*.
- Nurmalya, K. (2022) “Edukasi dan Implementasi Upaya Pencegahan Diabetes Melitus,” *Perguruan Tinggi Mengabdikan Menuju Desa Mandiri*, 1(1), hal. 1037–1048. Tersedia pada: <https://snpm.unusa.ac.id>.
- Nursa, G., Fauzi, Y. dan Habibi, J. (2022) “Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Diabetes Melitus Di Puskesmas Bintuhan Kabupaten Kaur Tahun 2022 Factors Affecting The Event Diabetes Mellitus In Bintuhan Puskesmas Kaur District Year 2022,” 1(1), hal. 1–6.
- Pangestika, H., Ekawati, D. dan Murni, N.S. (2022) “Faktor- faktor yang berhubungan dengan Kejadian Diabetes Mellitus Tipe 2,” 7, hal. 132–150.
- PERKENI (2021) *Pedoman Pencegahan dan Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia 2021*. JAKARTA: PBPERKENI. Tersedia pada: <https://pbperkeni.or.id/unduh>.
- PPNI, T.P. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Diedit oleh PPNI.
- PPNI, T.P. (2018a) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Diedit oleh PPNI.
- PPNI, T.P. (2018b) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil*. Diedit oleh DPPPNI.
- Ramelan, RSPAL Dr. (2022) “Sop Manajemen Nyeri.”
- Ramelan, RSPAL Dr (2022) “Sop Perawatan Luka Gangren.”

RISKESDAS (2018) *Prevalensi Diabetes*,  
<https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/pemanfaatan-data/menu-risikesnas/menu-data-risikesdas>. Tersedia pada:  
<https://labmandat.litbang.kemkes.go.id/pemanfaatan-data/menu-risikesnas/menu-data-risikesdas>.

Srywahyuni, A., Amelia, D. dan Zulita, O. (2021) “Analisa Diabetic Self Care Menggunakan Summary of Diabetes Self Care Activities (SDSCA) Pada Penderita Diabetes Melitus,” *REAL in Nursing Journal (RNJ)*, 4(3), hal. 148–157. Tersedia pada: <https://ojs.fdk.ac.id/index.php/Nursing/index>.

Suprayitna, M. ns. K. (2021) *Perawatan dan Penatalaksanaan Diabetes Melitus (DM)*, <https://www.repronote.com/2021/03/perawatan-penatalaksanaan-diabetes-melitus-DM.html>. Tersedia pada: <https://www.repronote.com/2021/03/perawatan-penatalaksanaan-diabetes-melitus-DM.html> (Diakses: 10 Februari 2023).

Sya'diyah, H. *et al.* (2020) “Penyuluhan Kesehatan Diabetes Melitus Penatalaksanaan Dan Aplikasi Senam Kaki Pada Lansia Di Wilayah Pesisir Surabaya,” *Jurnal Pengabdian Kesehatan*, 3(1), hal. 9–27. Tersedia pada: <https://doi.org/10.31596/jpk.v3i1.64>.

Syafridayani, F. (2021) “Pentingnya Perencanaan Asuhan Keperawatan,” hal. 1–6.

tarwoto (2016) *Diabetes Melitus*. 2016 ed. Diedit oleh tarwoto. Jakarta Timur.

WHO (2022) *Diabetic*, [www.who.int.com](http://www.who.int.com). Tersedia pada: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

Wijayanti, D.R. dan Warsono, W. (2022) “Penerapan buerger allen exercise meningkatkan perfusi perifer pada penderita diabetes melitus tipe II,” *Ners Muda*, 3(2). Tersedia pada: <https://doi.org/10.26714/nm.v3i2.8266>.

Zulkarnain, L. (2021) “Diabetes Melitus : Review Etiologi , Patofisiologi , Gejala , Penyebab , Cara Pemeriksaan , Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan,” (November),hal.237–241

**Lampiran 1**

(RSPAL Dr Ramelan, 2022)

**SOP Perawatan Luka Gangren**

## 1. Pengertian

Gangren adalah luka yang terinfeksi disertai dengan adanya jaringan yang mati.

## 2. Tujuan tindakan

- a. Mencegah meluasnya infeksi
- b. Memberi rasa nyaman pada klien

## 3. Indikasi

- a. Luka terbuka / kotor
- b. Luka gangren

## 4. Persiapan

## a. Persiapan Alat

## 1) Alat Steril ( bak instrument bersisi ) :

- a) 2 Pinset anatomi
- b) 2 pinset chirurgis
- c) 1 klem arteri
- d) 1 gunting jaringan
- e) 1 klem kocher
- f) Kassa dan deppers seteril

## 2) Alat Tidak Seteril

- a) Betadine

- b) Larutan NaCl 0,9 %
- c) Handscoon
- d) Kom kecil
- e) Verban dan plester
- f) Perlak
- g) Tempat cuci tangan
- h) Bengkok berisi larutan desinfektan ( Lysol )
- i) Sampiran jika perlu
- j) Masker jika perlu
- k) Skort bila perlu
- l) Obat-obatan sesuai program medis

b. Persiapan Pasien

Pasien diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan dan pasien disiapkan pada posisi yang nyaman.

5. Pelaksanaan

- a. Tahap Pra Interaksi
- b. Melakukan verifikasi data sebelumnya
- c. Perawat cuci tangan dan tutup sampiran
- d. Meletakkan alat didekat pasien
  - 1) Tahap Orientasi
    - a) Mengucapkan salam terapeutik
    - b) Menjelaskan mengenai prosedur tindakan dan tujuan tindakan
    - c) Menanyakan kesiapan dan persetujuan pasien sebelum tindakan
    - d) Memposisikan pasien senyaman mungkin

## 2) Tahap Kerja

- a) Pasang perlak dan pengalas dibawah daerah yang akan diganti balutannya.
- b) Taruh bengkak di dekat pasien
- c) Memakai handscoon
- d) Membuka balutan dan membuang balutan lama ke bengkak
- e) Bersihkan luka dengan kassa steril yang telah dibasahi dengan NaCl dan betadine
- f) Buang bagian-bagian yang kotor atau jaringan nekrotik
- g) Bersihkan dari area paling bersih ke area kotor ( dari dalam ke luar)
- h) Kompres luka dengan betadin atau dengan salep yang telah ditentukan dokter
- i) Tutup luka dengan kassa steril
- j) Balut luka dengan verban

## 3) Tahap Terminasi

- a) Bereskan alat-alat yang telah digunakan
- b) Perawat melepas handscoon
- c) Mencuci tangan
- d) Mengevaluasi hasil tindakan
- e) Berpamitan dengan pasien

## 4) Tahap Dokumentasi

- a) Mencatat hasil tindakan perawatan luka pada dokumen keperawatan.

**Lampiran 2**

(RSPAL Dr. Ramelan, 2022)

**SOP Manajemen Nyeri**

## 1. Pengertian

Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri. Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi yaitu :

- a. Posisikan pasien dengan tepat
- b. Pikiran beristirahat
- c. Lingkungan yang tenang

## 2. Tujuan :

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri.

## 3. Prosedur Pelaksanaan

- a. Tahap prainteraksi
  - 1) Membaca status pasien
  - 2) Mencuci tangan
  - 3) Menyiapkan alat
- b. Tahap orintasi
  - 1) Memberikan salam terapeutik
  - 2) Validasi kondisi pasien
  - 3) Menjaga privacy pasien
  - 4) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga

#### 4. Tahap kerja

- a. Memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/jelas
- b. Atur posisi pasien agar rileks tanpa adanya beban fisik
- c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik napas dalam sehingga rongga paru berisi udara, intruksikan pasien dengan cara perlahan.
- d. Menghembuskan udara membiarkannya keluar dari setiap anggota tubuh, pada saat bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatiannya pada sesuatu hal yang indah dan merasakan betapa nikmatnya rasanya
- e. Instruksikan pasien buat bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2) menit
- f. Instruksikan pasien untuk kembali menarik nafas dalam, kemudian menghembuskannya dengan cara perlahan.
- g. Merasakan saat ini udara mulai mengalir dari tangan, kaki menuju keparu-paru seterusnya rasakan udara mengalir keseluruh bagian anggota tubuh
- h. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kaki dan rasakan kehangatannya.

#### 5. Tahap terminasi

- a. Evaluasi hasil kegiatan
- b. Lakukan kontrak untuk kegistsn selanjutnya

- c. Akhiri kegiatan dengan baik
  - d. Cuci tangan
6. Dokumentasi
- a. Catat waktu pelaksanaan tindakan
  - b. Catat respon pasien
  - c. Paraf dan nama perawat juga