

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *DIABETES
MELITUS TIPE 2 + GANGREN* DI RUANG R4 LANTAI 3
RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

**FATRIK SUGIARTO
NIM. 2021014**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN *DIABETES
MELITUS TIPE 2 + GANGREN* DI RUANG R4 LANTAI 3
RSPAL dr. RAMELAN SURABAYA**

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



Oleh :

**FATRIK SUGIARTO
NIM. 2021014**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2023**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Februari 2023

Penulis



Fatrik Sugiarto
NIM. 2021014

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Fatrik Sugiarto
NIM : 2021014
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Diabetes Melitus Tipe 2 + Gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Pembimbing I



Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.030001

Pembimbing II



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

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan



Dya Sustrani, S.Kep., Ns, M.Kes.

NIP. 03.007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 20 Februari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Patrik Sugiarto
NIM : 2021014
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan *Daibetes Melitus Tipe 2 + Gangren* di Ruang R4 Lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan di hadapan 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 Program studi D-III Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dr. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.KMB
NIP. 0302

(.....)

Penguji II : Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03001

(.....)

Penguji III : 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 : 20 Februari 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat 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 Studi D3 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 terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang 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 RSPAL dr. Ramelan Surabaya
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk berkuliah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program Studi D3 Keperawatan di STIKES Hang Tuah Surabaya.

4. Ibu Dya Sustrami, Skep., Ns., M.Kes, selaku Kepala program Studi D3 Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Pembimbing I, yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Dul Majid, S.Kep.Ns., M.Tr.Kep, selaku Kepala ruangan R4 lantai 3 sekaligus sebagai Pembimbing II, yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Dr. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.KMB selaku penguji, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
8. Ibu Ninik Ambar Sari, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku wali kelas yang dengan tulus ikhlas memberikan bimbingan dan masukan serta dorongan semangat yang diberikan kepada penulis selama penulis menjalani pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
9. 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, serta kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.

10. Sahabat-sahabat seperjuangan Kumara 26 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.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, Penulis hanya bisa berdo'a 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. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	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	4
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Metode Penelitian.....	6
1.5.1 Metode	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data	6
1.5.4 Studi Kepustakaan	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Anatomi dan Fisiologis Pankreas.....	8
2.1.1 Anatomi Pankreas	8
2.1.2 Fisiologi Pankreas.....	10
2.3 Konsep dasar Diabetes Melitus	14
2.3.1 Pengertian Diabetes Melitus	14
2.3.2 Etiologi.....	15
2.3.3 Manifestasi klinis.....	16
2.3.4 Patofisiologi.....	17
2.3.5 Pemeriksaan Laboratorium	20
2.3.6 Penatalaksanaan	21

2.4	Konsep Gangren (Ulkus Diabetikum).....	25
2.4.1	Pengertian	25
2.4.2	Etiologi Ulkus diabetikum	26
2.4.3	Patofisiologi ulkus diabetikum	26
2.4.4	Perawatan luka diabet	28
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus	30
2.5.1	Pengkajian Keperawatan.....	31
2.5.2	Diagnosa Keperawatan	38
2.5.3	Intervensi Keperawatan	40
2.5.4	Implementasi Keperawatan.....	46
2.5.5	Evaluasi Keperawatan.....	46
2.6	WOC Diabetes Melitus	48
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		49
3.1	Pengkajian	49
3.1.1	Identitas.....	49
3.1.2	Keluhan Utama	49
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang	49
3.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu	50
3.1.5	Riwayat Kesehatan Keluarga.....	51
3.1.6	Riwayat alergi	51
3.1.7	Genogram.....	51
3.1.8	Pola Fungsi Kesehatan.....	51
3.1.9	Pemeriksaan Fisik	56
3.1.10	Pemeriksaan Penunjang.....	60
3.1.11	Terapi Medis	63
3.2	Diagnosa Keperawatan.....	64
3.2.1	Analisa Data.....	64
3.3	Prioritas Masalah.....	66
3.4	Intervensi Keperawatan.....	67
3.5	Implementasi Keperawatan	73
BAB 4 PEMBAHASAN		92
4.1	Pengkajian	92
4.1.1	Identitas.....	93
4.1.2	Riwayat Kesehatan	93
4.1.3	Pola Fungsi Kesehatan.....	95
4.1.4	Pemeriksaan fisik	96

4.1.5 Pemeriksaan Penunjang	101
4.1.6 Pemberian Terapi	102
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	104
4.3 Intervensi	113
4.4 Implementasi	120
4.5 Evaluasi	127
BAB 5 PENUTUP	131
5.1 Simpulan.....	131
5.2 Saran.....	133
DAFTAR PUSTAKA	135
LAMPIRAN.....	139

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas	9
Gambar 2.2 Stadium Luka Gangren	27
Gambar 2.3 WOC Diabetes Melitus	45
Gambar 3.1 Genogram	48
Gambar 3.2 Luka Gangren.....	62

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Konsep Intervensi Keperawatan	40
Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	60
Tabel 3.2 Hasil Foto Thorax	61
Tabel 3.3 Lembar Pemberian Terapi Obat.....	63
Tabel 3.4 Analisa Data.....	64
Tabel 3.5 Prioritas Masalah.....	66
Tabel 3.6 Intervensi Keperawatan.....	67
Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan.....	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Curriculum Vitae</i>	140
Lampiran 2 Motto Dan Persembahan	141
Lampiran 3 SOP Perawatan Luka Gangren	142
Lampiran 4 SOP Manajemen Nyeri.....	145

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hiperglikemia adalah suatu kondisi medis berupa peningkatan kadar glukosa darah melebihi normal yang menjadi karakteristik beberapa penyakit terutama *Diabetes Melitus* di samping berbagai kondisi lainnya. *Diabetes Melitus* (DM) saat ini menjadi salah satu ancaman kesehatan global. Berdasarkan penyebabnya, DM dapat diklasifikasikan menjadi 4 kelompok, yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM gestasional dan DM tipe lain. Pada pedoman ini, *hiperglikemia* yang dibahas adalah yang terkait dengan DM tipe 2 (PERKENI, 2021).

Berbagai penelitian epidemiologi menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan angka insidensi dan prevalensi DM tipe 2 di berbagai penjuru dunia. Organisasi WHO memprediksi adanya peningkatan jumlah pasien DM tipe 2 yang cukup besar pada tahun-tahun mendatang. Badan kesehatan dunia WHO memprediksi kenaikan jumlah pasien DM tipe 2 di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030 (PERKENI, 2021). Menurut Atlas Diabetes International Diabetes Federation (IDF), prevalensi global diabetes di antara orang berusia 20 hingga 79 tahun diperkirakan sebesar 10,5% (536,6 juta orang) pada tahun 2021 dan meningkat 12,2% (783,2 juta) per tahun 2045. Insiden diabetes serupa pada pria dan wanita dan tertinggi pada usia 75-79 tahun. Prevalensi 2021 diperkirakan lebih tinggi di daerah perkotaan (12,1%) dari pada daerah pedesaan (8,3%) dan di negara berpenghasilan tinggi (11,1%) dibandingkan dengan negara berpenghasilan rendah (5,5%). Peningkatan relatif terbesar dalam prevalensi diabetes antara tahun 2021 sampai dengan 2045 diproyeksikan berada di negara

berpenghasilan menengah (21,1%) dibandingkan dengan negara berpenghasilan tinggi (12,2%) dan berpenghasilan rendah (11,9%) (Sun et al., 2022). Prevalensi *Diabetes Melitus* pada pasien Riskesdas adalah 8,5%, yang berarti bahwa jumlah pasien *Diabetes Melitus* adalah 86.469 dari 1.017.290 responden Riskesdas. Semua pasien *Diabetes Melitus* yang berpartisipasi dalam penelitian ini tergolong obesitas berdasarkan indeks massa tubuh. Setelah mengeluarkan data, penelitian ini menganalisis 3911 pasien *Diabetes Melitus* dari 33.905 orang yang bersumber dari Riskesdas 2018. Penelitian ini juga mengkaji demografi, parameter pengendalian diabetes, riwayat hipertensi, profil lipid dan pola diet (Azam et al., 2023). prevalensi tertinggi terdiagnosis diabetes di Yogyakarta (2,6%), Jakarta (2,5%), Sulawesi Utara (2,4%) dan Kalimantan Timur (2,3%). Pada saat yang sama, provinsi Jawa Timur memiliki 1,3% pada tahun 2018 dan meningkat menjadi 2,5% pada tahun 2018 karena diabetes atau gejala yang didiagnosis dokter. Jawa Timur memiliki empat kota dengan jumlah penderita *Diabetes Melitus* terbanyak yaitu Surabaya dengan 14.377 jiwa, Bangkalan dengan 5.388 jiwa, Malang dengan 7.534 jiwa dan Lamongan dengan 4.138 jiwa (Tsalissavrina et al., 2018). Pengumpulan data melalui SIM RSPAL dr. Ramelan Surabaya periode Desember 2022 sampai dengan Februari 2023 sebanyak 2.047 kasus diabetes yang berobat di RSPAL dr. Ramelan Surabaya, sedangkan data pasien rawat inap di ruang R4 lantai 3 sejumlah 360 kasus.

Komplikasi yang terjadi akibat penyakit DM dapat berupa gangguan pada pembuluh darah baik makrovaskular maupun mikrovaskular, serta gangguan pada sistem saraf atau neuropati. Gangguan ini dapat terjadi pada pasien DM tipe 2 yang sudah lama menderita penyakit atau DM tipe 2 yang baru terdiagnosis. Komplikasi

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

Tenaga kesehatan memiliki peranan yang sangat penting dalam penanganan *Diabetes Melitus* (DM). Perencanaan dan tindakan asuhan keperawatan yang dapat dilakukan diantaranya yaitu memperbaiki memenuhi kebutuhan cairan tubuh dengan infus NS, Diet DM sesuai dengan paket-paket yang telah disesuaikan dengan kandungan kalornya, menekan dan menunda timbulnya penyakit angiopati diabetik dan Kolaborasi pemberian insulin dan OAD (obat anti diabetes). Peran pasien dan keluarga pada pengelolaan penyakit DM juga sangat penting, karena DM merupakan penyakit menahun yang akan diderita seumur hidup. Oleh karena itu diperlukan edukasi kepada pasien dan keluarganya untuk memberikan pemahaman mengenai perjalanan penyakit, pencegahan, penyulit, dan penatalaksanaan diabetes mellitus (PERKENI, 2021).

Berdasarkan hal tersebut maka perlu adanya penyelesaian masalah terkait *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* dalam bentuk karya tulis ilmiah yang berjudul

“asuhan keperawatan dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren*” di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut tentang asuhan keperawatan tentang ini, maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* membuat rumusan masalah “bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa dapat melakukan identifikasi asuhan keperawatan dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

5. Mengevaluasi pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren*
2. Tugas Karya Tulis Ilmiah ini akan bermanfaat bagi :
 - a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit
Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat bermanfaat bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren*
 - b. Bagi peneliti
Hasil penelitian ini bermanfaat bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan pembuatan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren*.
 - c. Bagi profesi kesehatan
Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman asuhan keperawatan yang lebih baik terkait pasien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren*.

1.5 Metode Penelitian

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang bersifat memaparkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil / diperoleh dari hasil percakapan dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain.

2. Observasi

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

3. Pemeriksaan

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

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga ataupun orang terdekat pasien, catatan rekam medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber referensi yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang sedang dibahas.

1.6 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, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
 - BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, 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 diagnosa diabetes mellitus, serta kerangka masalah.
 - BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, 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

TINJUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Diabetes Melitus* + Gangren. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Diabetes Melitus* dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023 di ruang 4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

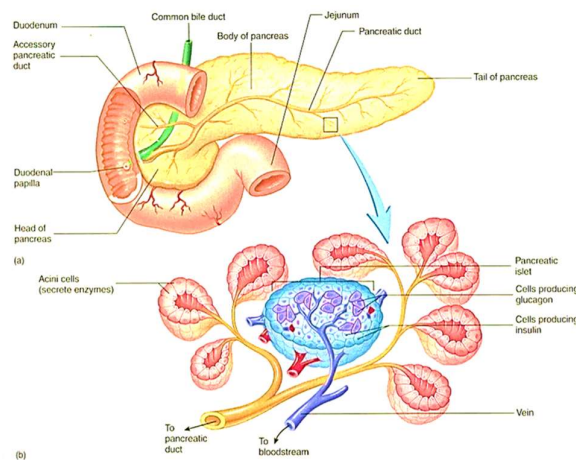
2.1 Konsep Anatomi dan Fisiologis Pankreas

2.1.1 Anatomi Pankreas

Menurut Tarwoto, (2021) Pankreas adalah organ pipih yang berada di belakang lambung dalam abdomen, panjangnya kira-kira 20 – 25 cm, tebal + 2.5 cm dan beratnya sekitar 80 gram, terbentang dari atas sampai ke lengkungan besar dari abdomen dan dihubungkan oleh dua saluran ke duodenum. Struktur organ ini lunak dan berlobulus, tersusun atas :

1. Kepala pankreas, merupakan bagian yang paling lebar, terletak disebelah kanan rongga abdomen dan di dalam lekukan duodenum yang praktis melingkarinya.
2. Badan pankreas, merupakan bagian utama pada organ ini, letaknya dibelakang lambung dan didepan vertebra lumbalis pertama.
3. Ekor pankreas, adalah bagian yang runcing disebelah kiri dan berdekatan/menyentuh limpa. Kelenjar pankreas tersusun atas dua jaringan utama yaitu Asini yang merupakan penyusun terbanyak (80%) dari volume pankreas,

jaringan ini penghasil getah pencernaan dan Pulau-pulau Langerhans (sekitar 1 juta pulau) yang menghasilkan hormon. Pulau Langerhans merupakan kumpulan sel berbentuk ovoid dan tersebar diseluruh pankreas tetapi lebih banyak pada ekor (kauda). Kelenjar pankreas mempunyai hubungan ke depan dari kanan ke kiri: kolon transversum dan perlekatan mesocolon transversum, bursa omentalis dan gaster sedangkan ke bagian belakang dari kanan ke kiri ductus choleduchus, vena portae hepatis dan vena lienalis, vena cava inferior, aorta, pangkal arteri mesenterica superior, muskulus psoas major sinistra, glandula suprarenalis.



Gambar 2. 1 Anatomi Pankreas

Sumber: Mahmood, (2018)

Pankreas mempunyai dua saluran utama yang menyalurkan sekresinya ke dalam duodenum yaitu :

1. *Duktus wirsung* atau duktus pankreatikus, duktus ini mulai dari ekor / cauda pankreas dan berjalan sepanjang kelenjar, menerima banyak cabang pada perjalanannya. Duktus ini yang bersatu dengan duktus koledokus, kemudian masuk ke dalam duodenum melalui *sphincter oddi*.

2. Duktus Sartorini atau duktus pankreatikus asesori, duktus ini bermuara sedikit diatas duktus pankreatikus pada duodenum. Aliran darah yang memperdarahi pankreas adalah arteria lienalis dan arteria pankreatikoduodenalis superior dan inferior. Sedangkan pengaturan persarafan berasal dari serabut-serabut saraf simpatis dan parasimpatis saraf vagus (Tarwoto, 2021, pp. 141–147).

2.1.2 Fisiologi Pankreas

Kelenjar pankreas mempunyai dua fungsi utama yaitu fungsi eksokrin dan fungsi endokrin

1. Fungsi eksokrin

Kelenjar pankreas hampir 99 persen tersusun dari sel asini yang merupakan penghasil getah pankreas atau cairan pankreas. Setiap hari pankreas menghasilkan 1200-1500 ml cairan. Cairan pankreas jernih dan tidak berwarna, mengandung air, beberapa garam, sodium bikarbonat dan enzim-enzim. PH cairan pankreas bersifat alkali (pH : 7.1-8.2) karena mengandung sodium bikarbonat. Keadaan pH ini akan menghambat gerak pepsin dari lambung dan menciptakan lingkungan yang sesuai dengan enzim-enzim dalam usus halus (Tarwoto, 2021).

Enzim-enzim pada pankreas dihasilkan oleh sel-sel asinar, fungsinya membantu pemecahan protein, karbohidrat dan lemak. Enzim-enzim yang berperan dalam pencernaan protein atau proteolitik diantaranya tripsin, kimotripsin dan karboksipeptidase. Enzim-enzim ini diproduksi dalam sel-sel pankreas dalam bentuk tidak aktif yaitu tripsinogen, kimotripsinogen dan prokarboksipeptidase. Setelah disekresi ke dalam saluran pencernaan, zat tersebut diaktifkan, tripsinogen diaktifkan oleh enzim enterokinase yang dihasilkan oleh mukosa usus menjadi tripsin, kimotripsinogen diaktifkan oleh tripsin menjadi kimotripsin, demikian juga

terjadi pada *prokarboksipeptidase*. Enzim yang membantu pencernaan karbohidrat adalah amilase yang menghidrolisis pati, glikogen dan karbohidrat. Sedangkan enzim untuk pencernaan lemak adalah lipase pankreas yang menghidrolisis lemak netral menjadi gliserol, asam lemak dan kolesterol esterase. Pengaturan produksi dari cairan pankreas dilakukan oleh pengaturan saraf dan pengaturan hormonal. Pengaturan saraf terjadi bila adanya stimulus dari fase sefalik dan sekresi lambung terjadi maka impuls parasimpatis secara serentak dihantarkan sepanjang nervus vagus ke pankreas dan mengakibatkan produksi cairan pankreas. Sedangkan pengaturan hormonal terjadi akibat stimulasi hormon sekretin dan kolesistokinin yang menyebabkan peningkatan sekresi enzim (Tarwoto, 2021, pp. 141–147).

2. Fungsi Endokrin

Menurut Tarwoto, (2021, pp. 141–147) Kelenjar endokrin dalam pankreas adalah Pulau Langerhans yang menghasilkan hormon. Hormon merupakan zat organik yang mempunyai sifat khusus untuk pengaturan biologis terhadap kelangsungan hidup suatu organ atau sistem. Sel-sel Pulau Langerhans tersusun atas sel Alfa yang menghasilkan hormon glukagon, sel-sel Beta yang menghasilkan insulin, sel Delta yang menghasilkan *somatostatin* atau *growth hormone-inhibiting hormone* (GH-IH) dan sel F yang menghasilkan polipeptida pankreatik.

a. Hormon Glukagon

Molekul glukagon merupakan polipeptida rantai lurus yang mengandung residu asam amino. Sasaran utama glukagon adalah hati, yaitu dengan mempercepat konversi glikogen dalam hati dari nutrisi lainnya seperti asam amino, gliserol dan asam laktat menjadi glukosa (*glukoneogenesis*). Sekresi glukagon secara langsung dikontrol oleh kadar

gula darah melalui *system feed back negative*. Ketika gula darah menurun maka akan merangsang sel-sel alfa untuk mensekresi glukagon, demikian juga sebaliknya jika gula darah meningkat maka produksi glukagon akan dihambat. Hambatan produksi glukagon juga disebabkan karena hormon somatostatin. Secara umum fungsi dari glukagon adalah merombak glikogen menjadi glukosa, mensintesis glukosa dari asam laktat dan dari molekul non karbohidrat seperti asam lemak dan asam amino (glukoneogenesis) serta pembebasan glukosa ke darah oleh sel-sel hati.

b. Hormon Insulin

Hormon ini dihasilkan oleh sel beta pulau langerhans pada pankreas, merupakan hormon peptida yang tersusun oleh dua rantai asam amino yaitu rantai A dan rantai B dan dihubungkan melalui jembatan *disulda*. Insulin dibentuk di retikulum endoplasma sel B, kemudian dipindahkan ke *apparatus golgi* selanjutnya ke membran plasma dan akan melintasi *lamina basalis* sel B serta kapiler dan endotel kapiler yang berpori untuk mencapai aliran darah. Insulin diproduksi dalam jumlah sedikit dan meningkat ketika makanan dicerna, pada orang dewasa rata-rata diproduksi 40-50 unit.

Insulin berfungsi memfasilitasi dan mempromosikan transport glukosa melalui membran plasma sel dalam jaringan ter-tentu/target seperti pada jaringan otot dan adipose. Tidak adanya insulin maka glukosa tidak dapat menembus sel. Glukosa sendiri digunakan sebagian untuk kebutuhan energi dan sebagian lagi disimpan dalam bentuk glikogen. Insulin juga berfungsi mendorong masuknya glukosa dalam sel lemak jaringan adiposa untuk dijadikan gliserol. Gliserol bersama asam lemak membentuk

trigliserida, suatu bentuk lemak untuk disimpan. Insulin juga berperan dalam menghambat perombakan glikogen menjadi glukosa dan konversi asam amino atau asam lemak menjadi glukosa. Peningkatan kadar insulin mempunyai efek pada penurunan kadar glukosa darah (hipoglikemia) (Normal kadar gula darah 70–110 mg/dl). Jika kadar insulin rendah mengakibatkan peningkatan kadar gula darah (hiperglikemia) seperti yang terjadi pada penyakit Diabetes Melitus. Secara umum fungsi insulin diantaranya :

- 1) Transport dan metabolisme glukosa untuk energi.
- 2) Menstimulus penyimpanan glukosa dalam hati dan otot dalam bentuk glikogen.
- 3) Membantu penyimpanan lemak dalam jaringan adipose.
- 4) Mempercepat transport asam amino ke dalam sel.
- 5) Insulin juga bekerja menghambat pemecahan cadangan glukosaprotein dan lemak.

Sekresi insulin dikontrol oleh mekanisme kimia, hormonal dan persarafan. Produksi insulin meningkat oleh adanya peningkatan kadar gula darah, asam amino (seperti arginin dan lysine), seru lemak bebas. Peningkatan hormon-hormon gastrointestinal juga memicu peningkatan insulin, di samping adanya stimulasi saraf parasimatetik. Sedangkan yang menghambat produksi insulin adalah rendahnya kadar gula darah (hipoglikemia), keadaan kadar insulin yang tinggi yang sudah ada, stimulasi saraf simpatis dan prostaglandin

c. Somatostatin atau growth hormone-inhibiting hormone(GH-IH)

Somatostatin diproduksi oleh sel delta, yang merupakan hormon yang penting dalam metabolisme karbohidrat, lemak dan protein (keseimbangan pencernaan). Hormon ini juga diproduksi dihypothalamus. Hormon somatostatin pankreas menghambat produksi hormon pertumbuhan, menghambat sekresi gastrin dalam lambung serta menghambat produksi hormon-hormon yang dihasilkan oleh pankreas seperti glukagon dan insulin sehingga mencegah terjadi kelebihan sekresi insulin. Sekresi somatostatin dari pulau langerhans meningkat oleh glukosa, asam amino tertentu.

d. Polipeptida pankreatik

Hormon ini dihasilkan sel F, mempunyai efek menghambat kontraksi kadung empedu, pengaturan enzim-enzim pankreas dan berpengaruh terhadap laju absorpsi nutrien oleh saluran pencernaan (Tarwoto, 2021, pp. 141–147).

2.3 Konsep dasar Diabetes Melitus

2.3.1 Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak menghasilkan cukup insulin atau ketika tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang dihasilkannya secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur gula darah. Hiperglikemia, juga dikenal sebagai gula darah tinggi atau merupakan konsekuensi umum dari diabetes yang tidak terkontrol dan seiring waktu menyebabkan kerusakan parah pada banyak sistem tubuh, terutama saraf dan pembuluh darah (WHO, 2022).

Diabetes Melitus (DM) atau yang biasa dikenal dengan penyakit kencing manis adalah gangguan metabolisme tubuh yang menahun yang disebabkan oleh hormon insulin di dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif untuk mengatur gula darah, sehingga mengakibatkan gula di dalam darah (hiperglikemia). Diabetes adalah suatu penyakit yang ditandai dengan tingginya gula darah tinggi yang disebabkan oleh kerusakan sel beta pankreas (pabrik yang memproduksi insulin) (Febrinasari et al., 2020).

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit gangguan metabolisme yang ditandai dengan peningkatan glukosa darah akibat penurunan sekresi insulin dari sel beta pankreas dan dan/atau disfungsi/resistensi insulin. Risiko utama yang dihadapi oleh setiap penderita yang didiagnosis penyakit DM adalah hipoglikemia, hiperglikemia, ketoasidosis diabetik, dehidrasi dan trombosis. Hipoglikemia dan hiperglikemia merupakan risiko penting yang sering dihadapi pasien DM (Rusdi, 2020).

2.3.2 Etiologi

Mekanisme pasti yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe 2 masih belum diketahui. Faktor genetik berperan dalam proses terjadinya resistensi insulin, menurut Ida Suryani, (2021, pp. 5–6) Etiologi dari diabetes mellitus tipe 2 adalah:

1. Resistensi Insulin

Resistensi insulin adalah adanya konsentrasi insulin yang lebih tinggi dari normal yang dibutuhkan untuk mempertahankan normoglikemia. Insulin tidak dapat bekerja secara optimal pada sel otot, lemak, dan hati sehingga memaksa pankreas untuk mengimbangnya dengan memproduksi lebih banyak insulin.

Ketika produksi insulin oleh sel beta pankreas tidak cukup untuk dipakai untuk mengimbangi peningkatan resistensi insulin, maka konsentrasi gula darah meningkat.

2. Disfungsi Sel Beta Pankreas

Disfungsi sel beta pankreas disebabkan oleh kombinasi faktor genetik dan faktor lingkungan. Beberapa teori yang menjelaskan bagaimana sel beta rusak, termasuk teori glukotoksisitas (peningkatan kadar glukosa kronis), lipotoksisitas (toksisitas seluler akibat akumulasi lemak yang tidak normal), dan akumulasi amiloid (serat protein) dalam tubuh.

3. Faktor Lingkungan Beberapa faktor lingkungan yang juga berperan penting dalam timbulnya *Diabetes Melitus* Tipe 2 yaitu adanya obesitas, makan berlebihan, dan kurang olahraga. Studi terbaru telah meneliti adanya hubungan antara *Diabetes Melitus* Tipe 2 dan obesitas yang melibatkan sitokin pro-inflamasi yaitu tumor nekrosis faktor-alfa (TNF α) dan interleukin-6 (IL-6), resistensi insulin, gangguan metabolisme asam lemak, proses selular seperti disfungsi mitokondria, dan stres retikulum endoplasma. Pada umumnya penyakit *Diabetes Melitus* disebabkan oleh rusaknya sel Langerhans di pankreas yang bertugas memproduksi insulin sehingga terjadi defisiensi insulin (Ida Suryani, 2021, pp. 5–6).

2.3.3 Manifestasi klinis

Menurut (Rahmasari & Wahyuni, 2019) penurunan berat badan mungkin merupakan gambaran pertama pada pasien *Diabetes Melitus* terutama pada pasien *Diabetes Melitus* Tipe 2, namun penurunan berat badan ini tidak signifikan dan kurang mendapat perhatian. Mayoritas pasien *Diabetes Melitus* tipe 2 yang baru

terdiagnosis mengalami kelebihan berat badan. Gejala lain umum terjadi pada penderita *Diabetes Melitus* antara lain :

1. Poliuria, (peningkatan produksi urin) terjadi apabila peningkatan glukosa melebihi nilai ambang ginjal untuk reabsorpsi glukosa, maka akan terjadi glukosuria. Hal ini menyebabkan diuresis osmotik yang secara klinis bermanifestasi sebagai poliuria.
2. Polydipsia (peningkatan rasa haus) terjadi karena tingginya kadar glukosa darah yang menyebabkan dehidrasi berat pada sel di seluruh tubuh. Hal ini terjadi karena glukosa tidak dapat dengan mudah berdifusi melewati pori-pori membran sel. Rasa lelah dan kelemahan otot akibat katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi. Aliran darah yang buruk pada pasien diabetes kronis juga berperan menyebabkan kelelahan.
3. Polyfagia (peningkatan rasa lapar) terjadi karena penurunan aktivitas kenyang di hipotalamus. Glukosa sebagai hasil metabolisme karbohidrat tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga menyebabkan terjadinya kelaparan sel (Rahmasari & Wahyuni, 2019).

2.3.4 Patofisiologi

Diabetes Melitus (DM) merupakan kumpulan gejala yang kronik dan bersifat sistemis dengan karakteristik peningkatan gula darah/glukosa atau hiperglikemia yang disebabkan menurunnya sekresi atau aktivitas dari insulin sehingga mengakibatkan ter-hambatnya metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah dan sangat dibutuhkan untuk kebutuhan sel dan jaringan. Glukosa dibentuk dihati dari

makanan yang dikonsumsi. Makanan yang masuk sebagian digunakan untuk kebutuhan energi dan sebagian lagi disimpan dalam bentuk glikogen dihati dan jaringan lainnya dengan bantuan insulin. Insulin merupakan hormon yang diproduksi oleh sel beta pulau langerhans pankreas yang kemudian produksinya masuk dalam darah dengan jumlah sedikit kemudian meningkat jika terdapat makanan yang masuk. Pada orang dewasa rata-rata diproduksi 40-50 unit, untuk mempertahankan gula darah tetap stabil antara 70-120 mg/dl. Insulin disekresi oleh sel beta, satu di antara empat sel pulau langerhans pankreas. Insulin merupakan hormon anabolik, hormon yang dapat membantu memindahkan glukosa dari darah ke otot, hati dan sel lemak. Pada diabetes terjadi berkurangnya insulin atau tidak adanya insulin berakibat pada gangguan tiga metabolisme yaitu menurunnya penggunaan glukosa, meningkatnya mobilisasi lemak dan meningkat penggunaan protein (Tarwoto, 2021, pp. 157–160).

Pada DM tipe 2 masalah utama adalah berhubungan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin menunjukkan penurunan sensitifitas jaringan pada insulin. Normalnya insulin mengikat reseptor khusus pada permukaan sel dan mengawali rangkaian reaksi meliputi metabolisme glukosa. Pada DM tipe 2, reaksi intraseluler dikurangi, sehingga menyebabkan efektivitas insulin menurun dalam menstimulasi penyerapan glukosa oleh jaringan dan pada pengaturan pembebasan oleh hati. Mekanisme pasti yang menjadi penyebab utama resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada DM tipe 2 tidak diketahui, meskipun faktor genetik berperan utama. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah penumpukan glukosa dalam darah, peningkatan sejumlah insulin harus disekresi dalam mengatur kadar glukosa darah dalam batas normal atau sedikit lebih

tinggi kadarnya. Namun, jika sel beta tidak dapat menjaga dengan meningkatkan kebutuhan insulin, mengakibatkan kadar glukosa meningkat, dan DM tipe 2 berkembang (Tarwoto, 2021, pp. 157–160).

1. Menurunnya penggunaan glukosa

Pada diabetes sel-sel membutuhkan insulin untuk membawa glukosa hanya sekitar 25 % untuk energi. Kecuali jaringan saraf, eritrosit dan sel-sel usus, hati dan tubulus ginjal tidak membutuhkan insulin untuk transpor glukosa. Sel-sel lain seperti, jaringan adipose, otot jantung membutuhkan insulin untuk transpor glukosa. Tanpa adekuatnya jumlah insulin, banyak glukosa tidak dapat digunakan. Dengan tidak adekuatnya insulin maka gula darah menjadi tinggi (hiperglikemia), karena hati tidak dapat menyimpan glukosa menjadi glikogen. Supaya terjadi keseimbangan agar gula darah kembali menjadi normal maka tubuh mengeluarkan glukosa melalui ginjal, sehingga banyak glukosa berada dalam urin (glukosuria), disisi lain pengeluaran glukosa melalui urin menyebabkan diuretik osmotik dan meningkatnya jumlah air yang dikeluarkan, hal ini berisiko terjadi defisit volume cairan (Tarwoto, 2021, pp. 157–160).

2. Meningkatnya mobilisasi lemak

Pada diabetes tipe 1 lebih berat dibandingkan pada tipe 2, mobilisasi lemak yang dipecah untuk energi terjadi jika cadangan glukosa tidak ada. Hasil metabolisme lemak adalah keton. Keton akan terkumpul dalam darah, dikeluarkan lewat ginjal dan paru. Derajat keton dapat diukur dari darah dan urine. Jika kadarnya tinggi, indikasi diabetes tidak terkontrol. Keton mengganggu keseimbangan asam basa tubuh dengan memproduksi ion hidrogen sehingga pH menjadi turun dan asidosis metabolik dapat terjadi. Pada saat keton dikeluarkan,

sodium juga ikut keluar sehingga sodium menjadi rendah dan berkembang menjadi asidosis. Sekresi keton juga mengakibatkan tekanan osmotik sehingga meningkatkan kehilangan cairan. Jika lemak sebagai sumber energi utama, maka lipid tubuh dapat meningkat, resiko atherosklerosis juga meningkat. Meskipun gangguan sekresi insulin dikarakteristikan pada DM tipe 2, terdapat sediaan insulin yang cukup untuk mencegah terpecahnya lemak dan terkumpulnya produksi ketone tubuh. Karena itu tipe DKA (Diabetik Ketoasidosis) tidak terjadi pada DM tipe 2. Tidak terkontrolnya DM tipe 2 dapat saja, terjadi menyebabkan masalah akut seperti HHNS (Hyperglycemic Hyperosmolar Nonketotic Syndrome) (Tarwoto, 2021, pp. 157–160).

3. Meningkatnya penggunaan protein

Kurangnya insulin berpengaruh pada pembuangan protein. Pada keadaan normal insulin berfungsi menstimulasi sintesis protein, jika terjadi ketidakseimbangan, asam amino dikonversi menjadi glukosa di hati sehingga kadar glukosa menjadi tinggi (Tarwoto, 2021).

2.3.5 Pemeriksaan Laboratorium

Empat tes diagnostik untuk diabetes yang direkomendasikan saat ini, yaitu pengukuran glukosa plasma puasa, glukosa plasma 2 jam setelah TTGO 75 g, HbA1c, dan glukosa darah acak dengan adanya tanda dan gejala klasik diabetes. Orang dengan nilai glukosa plasma puasa $\geq 7,0$ mmol/L (126 mg/dL), glukosa plasma pasca-beban 2 jam $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL), HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol), atau glukosa darah acak $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dL) dengan adanya tanda dan gejala klasik dianggap menderita diabetes. Pada seseorang yang tidak memiliki gejala tetapi nilai tesnya meningkat, maka disarankan untuk melakukan

pengujian ulang dengan tes yang sama sesegera mungkin agar diagnosis dapat dipastikan (Suputra et al., 2021).

2.3.6 Penatalaksanaan

1. Manajemen diet DM

Menurut Tarwoto, (2021) kontrol nutrisi, diet dan berat badan merupakan dasar penanganan pasien DM. Tujuan yang paling penting dalam manajemen nutrisi dan diet adalah mengontrol total kebutuhan kalori tubuh, intake yang dibutuhkan, mencapai kadar serum lipid normal. Komposisi nutrisi pada diet DM adalah kebutuhan kalori, karbohidrat, lemak, protein dan serat.

a. Kebutuhan kalori

Kebutuhan kalori tergantung dari berat badan (kurus, ideal, obesitas), jenis kelamin, usia, aktivitas fisik. Untuk menentukan jumlah kalori dipakai rumus Broca yaitu:

$$\text{Berat Badan Idaman} = (\text{TB (cm)} - 100) - 10 \%$$

Ketentuan :

- 1) Berat Badan kurang = < 90 % BB idaman
- 2) Berat Badan normal = 90 -110 % BB idaman
- 3) Berat Badan lebih = 110 – 120 % BB idaman
- 4) Gemuk = > 120 % BB idaman

Misalnya untuk pasien kurus kebutuhan kalori sekitar 2300-2500 kalori, berat badan ideal antara 1700-2100 kalori dan gemuk antara 1300-1500 kalori

b. Kebutuhan karbohidrat

Karbohidrat merupakan komponen terbesar dari kebutuhan kalori tubuh, yaitu sekitar 50% - 60 %c.

c. Kebutuhan protein

Untuk adekuatnya cadangan protein, diperlukan kira-kira 10 %-20% dari kebutuhan kalori atau 0.8 g/kg/hari.

d. Kebutuhan lemak

Kebutuhan lemak kurang dari 30 % dari total kalori, sebaiknya dari lemak nabati dan sedikit dari lemak hewani.

e. Kebutuhan serat

Serat dibutuhkan sekitar 20-35 g per hari dari berbagai bahan makanan atau rata-rata 25 g/hari.

2. Latihan fisik / exercise

Latihan fisik bagi penderita DM sangat dibutuhkan, karena pada saat latihan fisik energi yang dipakai adalah glukosa dan asam lemak bebas. Latihan fisik bertujuan :

- a. Menurunkan gula darah dengan meningkatkan metabolisme karbohidrat
- b. Menurunkan berat badan dan mempertahankan berat badan normal
- c. Meningkatkan sensitifitas insulin, meningkatkan kadar HDL (high density lipoprotein) dan menurunkan kadar trigliserida
- d. Menurunkan tekanan darah

Jenis latihan fisik diantaranya adalah olah raga seperti latihan aerobik, jalan, lari, bersepeda, berenang. Yang perlu diperhatikan dalam latihan

fisik pasien DM adalah frekuensi, intensitas, durasi waktu dan jenis latihan. Misalnya pada olah raga sebaiknya secara teratur 3 x/mg, dengan intensitas 60-70 % dari heart rate *maximum* (220-umur), lamanya 20-45 menit

3. Obat-obatan

a. Obat anti diabetik oral atau Oral *Hypoglikemik Agent* (OH) Efektif pada DM tipe II, jika manajemen nutrisi dan latihan gagal. Jenis obat-obatan anti diabetik oral diantaranya :

- 1) *Sulfonilurea* : bekerja dengan merangsang beta sel pankreas untuk melepaskan cadangan insulinnya. Yang termasuk obat jenis ini adalah *Glibenklamid, Tolbutamid, Klorpropamid*
- 2) *Biguanida* : bekerja dengan menghambat penyerapan glukosa di usus, misalnya *metformin, glukophage*

b. Pemberian hormon insulin

Pasien dengan DM tipe satu tidak mampu memproduksi insulin dalam tubuhnya, sehingga sangat tergantung pada pemberian insulin. Berbeda dengan DM tipe II yang tidak tergantung pada insulin, tetapi memerlukannya sebagai pendukung untuk menurunkan glukosa darah dalam mempertahankan kehidupan. Tujuan pemberian Insulin adalah meningkatkan Transport glukosa ke dalam sel dan menghambat konversi glikogen dan asam amino menjadi glukosa. Berdasarkan daya kerjanya insulin dibedakan menjadi :

- 1) Insulin dengan masa kerja pendek (2-4 jam) seperti Regular insulin, actrapid

- 2) Insulin dengan masa kerja menengah (6-12 jam) seperti NPH (*Neutral Protamine Hagedorn*) insulin, Lente insulin
- 3) Insulin dengan masa kerja panjang (18-24 jam) seperti Protamine zinc insulin dan ultralente insulin
- 4) Insulin campuran yaitu kerja cepat dan menengah, misalnya 70 % NPH, 30 % *regular*. Absorpsi dan durasi dari insulin bervariasi tergantung pada tempat penyuntikan, misalnya injeksi pada abdomen diabsorpsi lebih cepat sehingga durasinya lebih pendek dibandingkan pada lengan atau bokong.

4. Pendidikan Kesehatan

Hal penting yang harus dilakukan pada pasien dengan DM adalah pendidikan kesehatan. Beberapa hal penting yang perlu disampaikan pada pasien DM adalah :

- a. Penyakit DM yang meliputi pengertian, tanda dan gejala, penyebab, patofisiologi dan tes diagnosis.
- b. Diet atau manajemen diet pada pasien DM
- c. Aktivitas sehari-hari termasuk latihan dan olah raga.
- d. Pencegahan terhadap komplikasi DM diantaranya penatalaksanaan hipoglikemia, pencegahan terjadi gangren pada kaki dengan latihan senam kaki.
- e. Pemberian obat-obatan DM dan cara injeksi insulin. Cara monitoring dan pengukuran glukosa darah secara mandiri.

5. Monitoring glukosa darah Pasien dengan DM perlu diperkenalkan tanda dan gejala hiperglikemia dan hipoglikemia serta yang paling penting adalah bagaimana memonitor glukosa darah secara mandiri. Pemeriksaan glukosa darah dapat dilakukan secara mandiri dengan menggunakan glukometer. Pemeriksaan ini penting untuk memastikan glukosa darah dalam keadaan stabil (Tarwoto, 2021, pp. 165–169).

2.4 Konsep Gangren (Ulkus Diabetikum)

2.4.1 Pengertian

Ulkus diabetikum adalah salah satu komplikasi dari diabetes melitus. Ulkus ini terjadi akibat kerusakan sistem saraf dan pembuluh darah akibat dari hiperglikemia yang tidak terkontrol. Kurangnya nutrisi dari pembuluh darah serta penurunan sensasi akibat kerusakan jaringan saraf memudahkan terjadinya ulserasi infeksi (Anggraini, 2020).

Komplikasi kronik yang berkaitan dengan adanya kerusakan pada syaraf dan atau penyakit akibat kerusakan pembuluh darah tepi terutama pada bagian ekstremitas bawah yang biasa diderita *Diabetes Melitus* Tipe 2 (DMT2) adalah ulkus diabetikum yang menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan bagian dalam atau kematian jaringan baik dengan ataupun tanpa infeksi.(Manungkalit, 2020)

Ulkus kaki merupakan komplikasi umum dari Diabetic Mellitus (DM) yang memiliki angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi dan berhubungan dengan kondisi perawatan yang berkepanjangan serta peningkatan risiko pembedahan dan amputasi. Penyakit arteri perifer (PAD) dapat menyebabkan klaudikasio intermiten untuk terjadinya ulkus kaki pada DM. Nilai Ankle Brachial Index (ABI) dapat digunakan sebagai diagnosis awal PAD. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji

nilai ABI pada pasien ulkus kaki diabetik dan hubungannya dengan ulkus diabetik berdasarkan klasifikasi Wagner (Aulia et al., 2019).

2.4.2 Etiologi Ulkus diabetikum

Berbagai faktor yang terkait dengan kejadian ulkus diabetik pada penderita DM tipe 2 yaitu umur, jenis kelamin, lama menderita DM, obesitas, hipertensi, kadar gula darah, kebiasaan merokok, perawatan kaki, penggunaan alas kaki, riwayat ulkus sebelumnya, dan kepatuhan diet (Aji et al., 2019).

Masuknya bakteri menjadi awal terjadinya ulkus dan kadarglukosa yang tinggi menjadi tempat strategis perkembangan bakteri. Bakteri yang terdapat dalam ulkus diabetikum merupakan gabungan antara bakteri aerob dan anaerob, jenis bakteri yang paling banyak ditemukan dalam ulkus diabetikum adalah bakteri gram negative sebanyak 79,6% dan bakteri gram positif sebanyak 20,4%. Bakteri gram negatif yang ditemukan adalah *Pseudomonas aeruginosa* (19,75%), *Klebsiella pneumoniae* (17,9%), *Acinetobacter* sp (16,7%), *E.coli* (14,8%), *Proteus* sp (4,9%), *Citrobacter* sp (4,3%) dan *Enterobacter* sp (1,2%). Pada bakteri gram positif ditemukan *Staphylococcus aureus* (13,6%), *Coagulase negative Staphylococcus* (CONS) (3,7%) dan *Enterococcus* sp (3,1%) (Sartika et al., 2020).

2.4.3 Patofisiologi ulkus diabetikum

Menurut Pranata & Dwi, (2017) Luka/ulkus DM yang terjadi di bagian tubuh penderita dapat menyebabkan kerusakan pada bagian epidermis, dermis, subkutan hingga dapat menyebar ke jaringan yang lebih dalam seperti otot hingga tulang. Lapisan kulit seperti Dermis akan lebih tebal dibandingkan dengan kulit normal. Kulit pada penderita mengalami degradasi kolagen sehingga tidak elastis

seperti biasanya. Kondisi kulit akan terlihat mengkilap, tegang, sendi terbatas dalam bergerak, kulit dapat berubah warna menjadi abu-abu hingga gelap dan dapat menjadi eritema saat teriritasi. Menurut American Diabetes Association, ada tiga klasifikasi luka pada DM. berikut merupakan klasifikasi tersebut:

1. Superficial ulcer

Stadium 0: tidak terdapat lesi, kulit dalam keadaan baik tapi dalam bentuk tulang kaki yang menonjol.

Stadium 1: hilangnya lapisan kulit hingga dermis dan kadang-kadang tampak luka menonjol

2. Deep ulcer

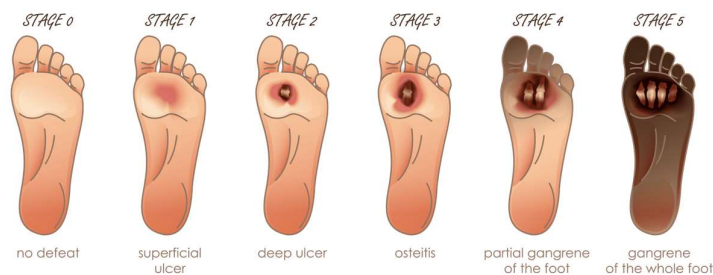
Stadium 2: lesi terbuka dengan penetrasi ke tulang atau tendon (dengan goa)

Stadium 3: penetrasi hingga dalam, osteomilitis, plantar abses atau infeksi hingga tendon.

3. Gangren

Stadium 4: gangren sebagian, menyebar hingga sebagian dari jari kaki, kulit sekitarnya selulitis, gangren lembab/kering.

Stadium 5: seluruh kaki dalam kondisi nekrotik dan gangren (Pranata & Dwi, 2017)



Gambar 2. 2 Stadium Luka Gangren

Sumber : Gethin, (2022)

2.4.4 Perawatan luka diabet

Menurut Pranata & Dwi, (2017) Tindakan perawatan luka adalah suatu tindakan yang harus dilakukan agar kondisi luka tidak semakin memburuk. Orang yang melakukan perawatan luka membutuhkan keahlian khusus karena luka harus dilakukan penilaian dari pengkajian hingga merencanakan tindakan selanjutnya. Alangkah baiknya bila perawatan luka dilakukan oleh perawat yang kompeten di bidangnya. Berikut merupakan langkah dalam prosedur tindakan perawatan luka:

1. Mengkaji kondisi luka Pengkajian luka yang tepat sangat diperlukan dalam menentukan pilihan intervensi pemilihan balutan. Deskripsi luka harus dilakukan secara akurat. Yang harus diperhatikan saat melakukan pengkajian luka adalah warna luka, panjang dan lebar luka, bau luka, ada atau tidaknya edema serta jaringan mati yang berwarna hitam pada luka. Hasil dari pengkajian tersebut harus dicatat setiap melakukan perawatan luka untuk mengetahui progres atau keberhasilan dari tindakan perawatan luka.
2. Membersihkan luka Teknik membersihkan luka bertujuan untuk mengangkat cairan dan debris yang mengganggu proses regenerasi jaringan. NaCl 0,9% merupakan normal saline yang direkomendasikan sebagai pembersih luka. Saat dilakukan pembersihan luka, pasien sering mengalami nyeri karena jaringan kulit yang masih baik ikut tersentuh dan terangkat
3. Mengganti balutan luka Aplikasi teknik modern dan konvensional terletak pada penggantian balutan. Ketika mengangkat balutan primer dari dasar luka perlu dilakukan dengan hati-hati agar tidak menimbulkan cedera. Saat mengganti balutan perlu dilakukan irigasi dengan normal saline seperti NaCl agar tidak menimbulkan nyeri karena luka lengket dengan balutan. Jenis balutan modern yang digunakan

yaitu balutan alginate, balutan foam, balutan hidropolimer, balutan hidrofiber, balutan hidrokoloid, balutan hidrogel, balutan transparan film, balutan absorben .Jenis balutan konvensional yang digunakan yaitu kassa, antiseptic (cetrimide, chlorhexidin, hydrogel peroxide, iodine, potassium permanganate, proflavine, silver, sodium hypochlorite), antibiotic dan balutan lembab. Penggunaan metode balutan pasif akan menimbulkan nyeri berat saat pengangkatan balutan, sedangkan penggunaan balutan lembab dengan hydrogel mampu mengurangi nyeri menjadi nyeri ringan hingga sedang, Langkah-langkah perawatan luka

- a. Siapkan bahan dan peralatan yang dibutuhkan. Bahan dan peralatan tersebut adalah:

Bak instrument yang berisi :

- 1) Pinset anatomis
- 2) Pinset chirurgis
- 3) Gunting debridemand
- 4) Kasa steril
- 5) Kom 3 buah
- 6) NaCl 0,9%
- 7) Bengkok 2 buah, 1 berisi larutan desinfektan
- 8) Obat luka sesuai kebutuhan

Peralatan lain :

- 1) Sarung tangan
- 2) Gunting plester
- 3) Plester atau perekat
- 4) Alkohol 70%/wash bersih
- 5) Desinfektan

- b. Cuci tangan kemudian tempatkan alat di dekat penderita dengan benar
- c. Atur posisi pasien sehingga luka dapat terlihat jelas

- d. Basahi plester atau balutan luka
- e. Buka peralatan, gunakan sarung tangan steril kemudian buka plester menggunakan pinset
- f. Bersihkan area sekitar luka dan bekas plester
- g. Buka balutan lapis dalam kemudian tekan tepi luka untuk mengeluarkan pus/nanah bila ada indikasi terdapat pus
- h. Lakukan debridement bila terdapat jaringan nekrotik
- i. Bersihkan luka menggunakan NaCl kemudian kompres desinfektan dan tutup dengan kassa
- j. Pasang plester kemudian rapikan alat dan pasien
- k. Cuci tangan kemudian catat perkembangan luka setiap dilakukan perawatan

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus

Proses keperawatan merupakan suatu pendekatan dalam pemecahan masalah yang dialami oleh klien dengan tujuan agar tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar dan prosedur keperawatan, adapun beberapa metode yang digunakan dengan cara menganalisis, eksplorasi dan kajian bebas pada artikel, jurnal, text book, maupun e-book yang relevan, Artikel yang digunakan minimal menggunakan 14 referensi yang diterbitkan sepuluh tahun terakhir. dan konsep dasar proses keperawatan ini sangatlah dibutuhkan oleh seorang perawat karena dengan proses inilah standar dalam melakukan tindakan kepada pasien misalnya mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Asenea, 2019). Dari proses

tersebut harus bisa di kuasai oleh seorang perawat dan mampu mengimplementasikannya sesuai dengan prosedur yang telah di tetapkan untuk mencegah terjadinya kesalahan dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap klien. Jadi peranan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan haruslah sesuai dengan proses keperawatan agar pelayanan yang diberikan kepada klien optimal dan berkualitas (Asenea, 2019).

2.5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pada tahap ini kegiatan dalam menghimpun informasi dari klien yang meliputi unsur bio-psiko-spiritual yang komperehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Data fokus pengkajian keperawatan pada pasien dengan *Diabetes Melitus* (DM) meliputi mendapatkan riwayat kesehatan, Pola fungsi kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, terapi penatalaksanaan.

1. Identitas

Identitas yang perlu dikaji pada pasien antara lain adalah nama, usia, jenis kelamin, agama, alamat, bahasa yang digunakan, suku, bangsa, bahasa yang digunakan, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, asuransi, golongan darah, tanggal MRS, diagnosa medis dan nomor registrasi

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Merupakan keluhan yang paling menonjol yang dirasakan klien saat pengkajian dan merupakan alasan yang membuat klien datang ke rumah sakit.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang adalah kejadian awal penyakit sampai pasien masuk di rumah sakit saat dikaji, dengan memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama juga tanyakan juga gejala-gejala lain yang mengganggu pasien.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit yang pernah diderita klien terutama penyakit yang mendukung munculnya penyakit saat ini. Misalnya Hipertensi, DM, dan lain sebagainya. Tanyakan juga obat-obatan yang biasanya diminum oleh pasien pada masa lalu, yang mungkin masih relevan. Tanyakan juga alergi yang dimiliki pasien

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga yaitu orang tua, saudara kandung, pasangan hidup, dan lainnya. Riwayat penyakit yang ditulis adalah penyakit berat/menular yang pernah diderita oleh keluarga dan dikhususkan terhadap riwayat kesehatan terutama penyakit genetic dan penyakit keturunan, misalnya kejadian diabetes, penyakit jantung, hiperkolesteromia, tekanan darah tinggi, stroke penyakit ginjal, tuberculosis, kanker, anemia, alergi, asma, epilepsi dan lain-lain, serta

bila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan.

3. Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi hidup sehat

Menggambarkan Persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan Persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan,

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi bb dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah / penyembuhan kulit, makanan kesukaan.

c. Pola eliminasi

Menjelaskan pola Fungsi eksresi, kandung kemih dan Kulit Kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuri, dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, Karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan, perspirasi berlebih, dll

d. Pola istirahat dan tidur

Menggambarkan Pola Tidur, istirahat dan persepsi tentang energi. Jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat, mengeluh letih.

e. Pola aktivitas dan latihan

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain.

Kemampuan klien dalam menata diri apabila tingkat kemampuan :

0: mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3 : dibantu orang dan alat 4 : tergantung dalam melakukan ADL, kekuatan otot dan Range Of Motion, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman nafas, bunyi nafas riwayat, penyakit paru.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri. Manusia sebagai system terbuka dimana keseluruhan bagian manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Disamping sebagai system terbuka, manusia juga sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural spiritual dan dalam pandangan secara holistic. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, aktif atau pasif, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup atau relaks.

g. Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien. Pekerjaan,

tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang passive atau agresif terhadap orang lain, masalah keuangan dll

h. Pola sensori kognitif

Menjelaskan Persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama(orang atau benda yang lain).Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri),penciuman dll.

i. Pola reproduksi seksual

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hubungan sex, pemeriksaan genital.

j. Pola penanggulangan stres

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan system Pendukung. Penggunaan obat untuk menangani stres, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stress.

k. Pola tata nilai dan keyakinan

Menggambarkan dan Menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Agama, kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit.

4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik ada dua macam pemeriksaan fisik secara umum (status general) antara lain adalah kesadaran pasien dan tanda-tanda vital dan pemeriksaan persistem yaitu sistem pernafasan (*Breath*), sistem kardiovaskuler (*Blood*), sistem persarafan (*Brain*), sistem perkemihan (*Bladder*), sistem pencernaan (*Bowel*), sistem muskuloskeletal (*Bone*), integumen dan sistem reproduksi, untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (*local*).

a. Keadaan umum

Pemeriksaan keadaan umum pasien meliputi tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (adanya peningkatan tekanan darah pada pasien diabetes dengan riwayat hipertensi) , Suhu, Nadi, RR , Antropometri (TB, BB SMRS, BB MRS).

b. Pemeriksaan persistem (B1-B6)

1) Pernafasan (B1 : *Breath*)

Meliputi pemeriksaan bentuk dada, pergerakan dada, ada tidaknya penggunaan otot bantu nafas tambahan, irama nafas, pola nafas,

suara nafas, suara nafas tambahan, ada tidaknya sesak nafas, batuk, sputum, sianosis.

2) 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, edema, hepatomegali, ada tidaknya perdarahan.

3) Persyarafan (B3 : *Brain*)

Meliputi pemeriksaan GCS (E : 4 , V : 5 , M : 6), Refleks Fisiologis (Biceps, Triceps, Patella), Refleks patologis (kaku kuduk, Bruzinski I, Bruzinski II, Kernig, 12 nervus kranial, ada tidaknya nyeri kepala maupun paralisis, penciuman (meliputi : bentuk hidung, septum, polip), wajah dan penglihatan (mata, pupil, refleks, konjungtiva anemis, tidak adanya gangguan, sklera tidak ikterik), Pendengaran (telinga simetris, tidak ada kelainan, kebersihan telinga, tidak adanya penggunaan alat bantu), Lidah (kebersihan lidah, uvula simetris dan tidak ada radang, palatum tidak pucat, tidak ada kesulitan menelan, tidak ada gangguan bahasa).

4) Perkemihan (B4 : *Blader*)

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

5) 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.

6) 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.

7) Endokrin

Meliputi pemeriksaan tidak ada pembesaran KGB, mengalami hiperglikemia, tidak mengalami hipoglikemia, menderita *Diabetes Melitus* dengan HbA1C : 9,5% (normalnya : <5,7 ; Prediabetes : 5,7 – 6,4 ; Diabetes : >=6,5) GDA : 264 mg/dL (normalnya : <126 mg/dL).

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik klien secara respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik klien secara respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa yang muncul pada *Diabetes mellitus* + Gangren adalah sebagai berikut :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah (D.0027 Hal.71)
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Abses (D.0077 Hal. 172)
3. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer (D.0129 Hal.282)
4. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri (D.0054 Hal.124)
5. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia, Penurunan konsentrasi HB dalam darah (D.0009 Hal.37)
6. Nausea berhubungan dengan uremia. (D.0076 Hal.170)
7. Risiko Infeksi dengan Faktor Risiko *Diabetes Melitus* (D.0142 Hal.304)

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1 Konsep Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan Abses (SDKI,D.0077 Hal.172)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka nyeri pasien berkurang. Dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Kesulitan tidur menurun 4. Tekanan darah menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, Kualitas, intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. identifikasi faktor yg memperberat dan memperingan nyeri 4. monitor efek samping penggunaan analgesik Terapeutik 5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) 6. fasilitasi istirahat tidur Edukasi 7. Jelaskan penyebab nyeri 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri 9. ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	1. Laporan pasien sendiri adalah informasi yang paling andal mengenai pengalaman nyeri kronis. 2. Skala nyeri untuk menentukan pemberian terapi mandiri atau kolaborasi terapi obat. 3. agar terhindar dari faktor resiko yang memperparah kondisi pasien 4. Observasi tanda-tanda alergi obat 5. Membantu mengurangi nyeri secara mandiri 6. Agar kondisi tubuh lebih segar dan tingkat nyeri berkurang 7. Agar pasien mengerti tentang penyakitnya 8. Agar bisa memodifikasi cara mengurangi nyerinya. 9. Agar pasien dapat mengurangi rasa nyeri tanpa harus tergantung obat.

			Kolaborasi 10. Kolaborasi dengan dokter pemberian analgesik.	10. jika nyeri berat, kolaborasi pemberian analgesic sangat dibutuhkan
2	Kerusakan Integritas Jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer (SDKI,D.0129 Hal. 282)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan maka kerusakan integritas kulit teratasi. Dengan Kriteria Hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nekrosis menurun 6. Perdarahan menurun 7. Bengkak menurun	Perawatan luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan 5. Bersihkan jaringan nekrotik 6. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 7. Pasang balutan sesuai jenis luka 8. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 9. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 10. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 11. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari	1. Untuk menentukan perawatan luka yang tepat 2. Agar tidak semakin memperparah kondisi luka 3. Agar pasien tidak merasa nyeri saat lepas balutan 4. cairan NaCl sifatnya netral dan sesuai dengan cairan tubuh serta tidak perih di luka 5. agar jaringan yang sehat bisa tumbuh 6. salep sebagai anti mikroba untuk melindungi luka. 7. balutan yang tepat akan membuat pasien nyaman. 8. agar luka lekas sembuh dan terhindar dari infeksi 9. agar luka tetap mois dan pertumbuhan jaringan baru lekas terbentuk 10. agar sirkulasi darah ke luka lancar 11. agar luka lekas pulih karena asuhan nutrisi yang dibutuhkan untuk penyembuhan luka terpenuhi

			<p>12. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</p> <p>13. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>14. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>15. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>16. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>17. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>	<p>12. agar kondisi tubuh lebih fit</p> <p>13. agar nyeri pada luka berkurang</p> <p>14. bila ada tanda dan gejala infeksi segera dilaporkan kepada perawat</p> <p>15. makan dengan gizi yang cukup dapat mempercepat penyembuhan luka.</p> <p>16. bila jaringan nekrotik harus dilakukan operasi debridement</p> <p>17. antibiotik diperlukan untuk penyembuhan luka.</p>
3	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia, Penurunan konsentrasi HB dalam darah</p> <p>(D.0009 Hal.37)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka perfusi perifer kembali efektif. Dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1. CRT normal (normalnya <2 detik)</p> <p>2. Akral membaik</p>	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Periksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna, suhu)</p> <p>2. identifikasi faktor risiko gangguan perifer (diabetes, hipertensi)</p> <p>3. monitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas</p> <p>Terapeutik</p> <p>4. lakukan pencegahan infeksi</p>	<p>1. Merupakan tanda dari ketidakadekuatan dari sirkulasi darah</p> <p>2. diabetes merupakan faktor resikonya</p> <p>3. Merupakan tanda-tanda adanya infeksi</p> <p>4. Menjaga prinsip steril pada tindakan terhadap pasien</p>

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Pengisian kapiler membaik 4. Turgor kulit membaik 5. Warna kulit pucat menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 5. lakukan perawatan kaki dan kuku 6. lakukan hidrasi 	<ul style="list-style-type: none"> 5. Agar luka bersih 6. Agar terpenuhi kebutuhan cairan tubuh pasien
4	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah (SDKI,D.0027)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka kadar glukosa darah stabil. Dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. GDA normal (normalnya : <200 mg/dL) 2. mulut kering menurun 3. rasa haus menurun 4. lesu menurun 	<p>Manajemen Hiperglikemia (I. 03115)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. monitor kadar glukosa darah 3. monitor tanda dan gejala hiperglikemia (polyuria, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Berikan cairan infus NS 14 tpm 5. konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian insulin 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Agar perawat dapat mengurangi faktor resikonya 2. Untuk menentukan terapi yang diberikan 3. Untuk menentukan tingkat keparahan 4. Untuk menyeimbangkan cairan tubuh dan menggantikan cairan tubuh yang hilang karena polyuria. 5. Agar dapat dilakukan penanganan segera mungkin 6. Agar pasien mematuhi ketentuan diet makan dari ahli gizi 7. jika hiperglikemia, terapi insulin dibutuhkan

5	<p>Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri</p> <p>(D.0054 Hal.124)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka mobilitas fisik meningkat.</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menghindari resiko keparahan 2. Agar perawat tepat memberikan terapi 3. Agar kondisi pasien dalam posisi siap untuk ambulasi 4. Amati tanda-tanda kelelahan 5. Agar pasien bisa mobilisasi mandiri dengan alat bantu 6. Agar pasien bisa mobilisasi mandiri 7. Peran keluarga sangat penting untuk kesembuhan pasien 8. Agar tindakan yang diberikan bisa maksimal sesuai kriteria hasil yang diharapkan 9. Agar pasien lebih cepat mobilisasi mandiri
6.	<p>Risiko Infeksi</p> <p>(SDKI D.0142)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka tingkat infeksi menurun.</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar infeksi bisa dicegah dan diatasi sejak dini 2. Banyaknya jumlah pengunjung beresiko tinggi penularan penyakit 3. Agar edema bisa segera teratasi

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Agar tidak terjadi infeksi nosokomial 5. Agar tidak terjadi penularan penyakit 6. Agar pasien mengerti dan pencegahan dapat dilakukan 7. Dengan mencuci tangan yang benar, maka resiko penularan penyakit 8. Bila ada tanda dan gejala infeksi bisa segera terdeteksi 9. Asupan nutrisi yang baik akan mempercepat penyembuhan luka 10. Agar luka tetap moist dan tidak terjadi dehidrasi akibat rembesan cairan dari luka.
7.	<p>Nausea berhubungan dengan uremia.</p> <p>(D.0076 Hal.170)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nausea menurun.</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Perasaan ingin muntah menurun 	<p>Manajemen mual (I.03117)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 2. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 4. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Kolaborasi pemberian obat anti emetik, jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Agar mual bisa segera diatasi dan penyebab mual dapat diketahui 2. Agar perasaan mual bila hilang dengan menghindari penyebabnya. 3. Agar kondisi tubuh pasien segar dan mual berkurang 4. Mulut yang bersih akan mengurangi refleks vagus untuk muntah 5. jika muntah dan mual tidak reda maka perlu pemberian obat-obatan

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Jadi Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien.

Komponen tahap implementasi menurut Kurniati, (2019): 1. Tindakan keperawatan mandiri. 2. Tindakan Keperawatan edukatif. 3. Tindakan keperawatan kolaboratif. 4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respons klien terhadap asuhan keperawatan.

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan, yaitu suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga tercapai sebagian atau timbul masalah baru. Tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

Ada 2 jenis evaluasi, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif :

1. Evaluasi formatif (Proses)

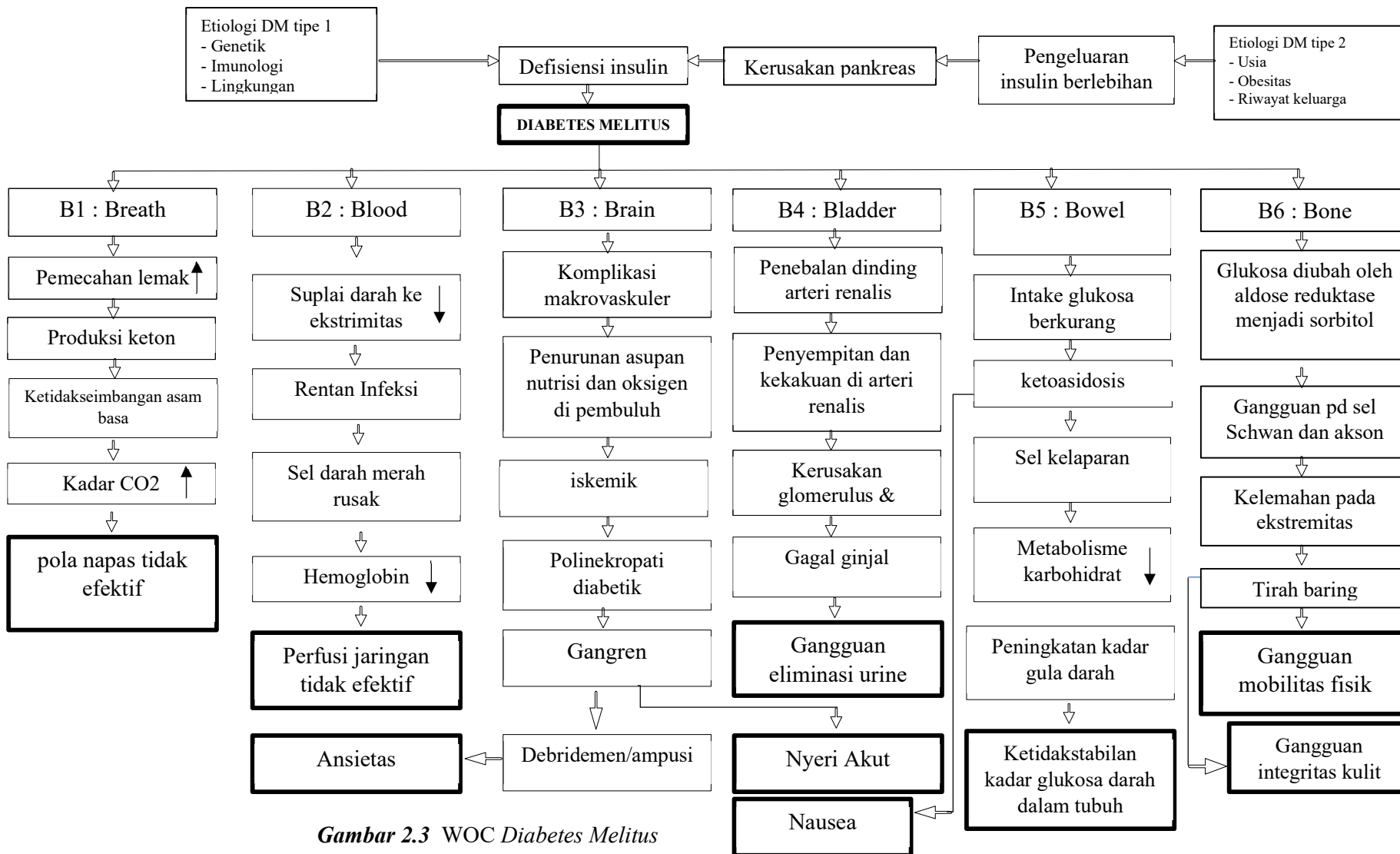
Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data keluhan pasien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori), dan perencanaan.

2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan. Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi dalam pencapaian tujuan keperawatan, yaitu :

- a. Tujuan tercapai/masalah teratasi
- b. Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian
- c. Tujuan tidak tercapai/masalah belum teratasi

2.6 WOC Diabetes Melitus



Gambar 2.3 WOC Diabetes Melitus

Sumber : Tarwoto, (2021)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Bab ini menyajikan kasus nyata, asuhan keperawatan pada Ny. M dengan diagnosa medis *Diabetes Melitus* Tipe 2 + Gangren Digiti 1,3,4,5 Pedis Sinistra di Ruang R4 Lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya oleh penulis pada tanggal 23 - 25 Januari 2023. Riwayat kesehatan diperoleh dari pasien, keluarga pasien dan Laporan Medis No. RM: 71-61-XX, dengan keterangan sebagai berikut:

3.1.1 Identitas

Ny. M (71 Tahun), beragama Islam, ibu rumah tangga, janda mempunyai 3 orang anak, penanggung jawab anak, Ny. M tinggal Waru Kabupaten Sidoarjo, MRS pada tanggal 21 Januari 2023 pukul 04.51 WIB.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengatakan merasa nyeri karena adanya abses, rasa nyeri cekot-cekot di pedis sinistra dan tampak jaringan nekrotik di jari kesatu, ketiga, keempat dan kelima, dengan skala 6 dari 10 skala nyeri, waktu timbulnya nyeri setiap saat.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan bahwa 2 minggu yang lalu pasien memotong kukunya di rumah, kemudian gunting kuku tidak sengaja melukai jari kaki kanan pasien hingga berdarah, dan pasien membasuh kakinya dengan air, kemudian setelah 1 minggu jari kaki pasien bengkak, merah dan basah, jari kesatu, ketiga, keempat dan kelima ada pus dan bau serta menghitam lalu tanggal 20/01/2023 jam 11.00 WIB. Pasien tiba di RSI Jemur sari untuk perawatan dan pemeriksaan kondisi kaki,

setibanya pasien berobat ke poli klinik rawat jalan, di poli klinik dokter mendiagnosis pasien *Diabetes Melitus* tipe 2 + Gangren Digiti 1,3,4 dan 5 Pedis Sinistra dan pasien sudah diberikan perawatan luka di poli klinik RSI Jemursari, lalu dokter bedah membuat surat rujukan ke RSPAL dr. Ramelan Surabaya, pada tanggal 21/01/2023 jam 00.30 WIB pasien tiba di RSPAL dr. Ramelan masuk ke UGD dengan keluhan nyeri karena adanya luka di jari kaki kiri, pasien mengatakan rasa nyerinya cekot-cekot di jari kaki sebelah kiri dengan skala nyeri 6 rasa nyeri yang dirasakan terus menerus. Kemudian dilakukan swab PCR + Antigen dengan hasil Negatif, lalu dilakukan pengambilan darah sebanyak 2 kali di lengan kanan dan kiri untuk pemeriksaan darah lengkap dan kultur darah, pemeriksaan EKG jantung, pemeriksaan Rontgen thorax dan pedis sinistra AP/LAT, cek GDA Stick hasil 56 mg/dl, dilakukan pemasangan infus D40% sebanyak 3 flash, lalu Dokter Penyakit Dalam mengirim dan merawat inapkan pasien ke ruang R4 Lantai 3 pukul 04.51 WIB, pasien dilakukan rawat luka setiap pagi hari dengan diberikan sulfatulle serta dilakukan transfusi darah untuk perbaikan keadaan utama karena HB saat masuk 8.70 g/dl, dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan operasi amputasi below knee tetapi pasien dan keluarga masih berunding karena merasa cemas dan malu apabila tidak mempunyai kaki kiri.

3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit lain, tetapi saat dilakukan pemeriksaan laboratorium nilai Bun 7.00 mg/dl dan Kreatinin 88 mg/dl menandakan adanya abnormal fungsi ginjal.

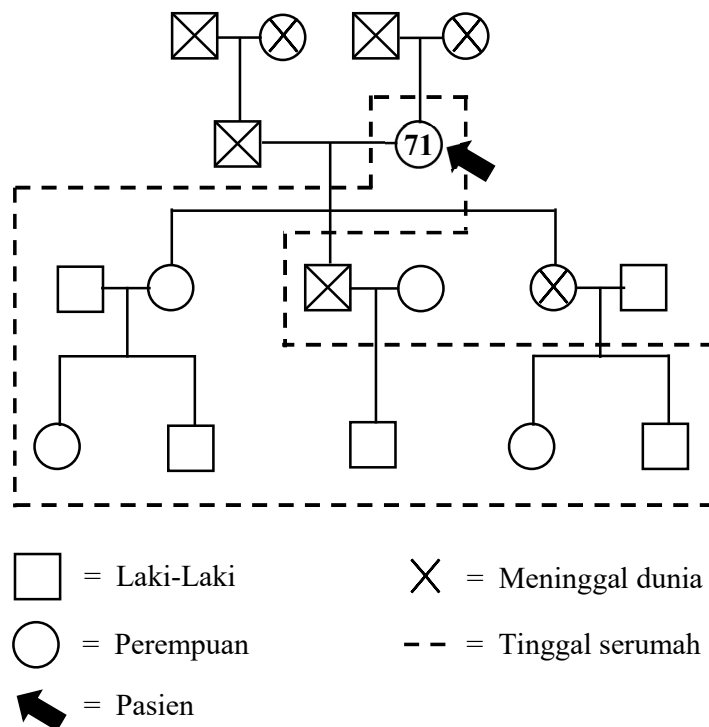
3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat diabetes.

3.1.6 Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat – obatan maupun makanan

3.1.7 Genogram



Gambar 3. 1 Genogram

Sumber : Pasien dan keluarga pasien

3.1.8 Pola Fungsi Kesehatan

1. Persepsi terhadap kesehatan

Pasien mengatakan Kalau sakitnya ini adalah ujian dari Allah SWT dan tidak pernah mengeluh karena cobaan yang diberikan tidak melebihi batas

kemampuannya, serta penyakit diabetes nya supaya bisa membaik dan cepat pulang bisa berkumpul dengan keluarga.

2. Pola aktivitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri setelah masuk rumah sakit aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, Contohnya seperti mandi diseka berpakaian dan eliminasi.

b. Kebersihan diri

Waktu di rumah Pasien mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, keramas 2x/minggu dan potong kuku 1x/minggu. Selama pasien dirawat di rumah sakit, mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu.

c. Aktivitas sehari-hari

Pasien selama di rumah tidak bekerja hanya mengasuh cucunya. Selama masuk rumah sakit hanya berbaring di tempat tidur.

d. Rekreasi

Pasien selama di rumah menghabiskan waktu Bersama cucunya di rumah.

e. Olahraga

Sebelum masuk rumah sakit pasien tidak pernah olah raga.

3. Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit pasien tidur siang pukul 13.00 – 15.00 WIB dan tidur malam pukul 21.00 – 04.30 WIB. Selama masuk rumah sakit

pasien tidur siang pukul 12.00 – 14.00 WIB dan tidur malam pukul 23.00 – 04.00 WIB.

4. Pola nutrisi dan metabolik

a. Pola makan

Sebelum masuk rumah sakit setiap harinya pasien makan 3x/24 jam dengan jenis makanan nasi, lauk dan sayur dengan makan 1 porsi, tidak ada pantangan makanan. Selama masuk rumah sakit pasien makan dengan nasi lunak, frekuensi makan 3x/24 jam jenis makanan nasi, lauk dan sayur dengan makan ½ porsi habis.

b. Pola minum

Pasien di rumah minum dengan frekuensi 8x/24 jam dengan jenis air putih dan jumlah 1500cc/hari. Saat di rumah sakit frekuensi minum 8x/24 jam jenisnya teh dan air putih dengan jumlah 500 cc/hari.

5. Pola eliminasi

a. Buang air besar

Saat di rumah pasien setiap 1 hari sekali BAB dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan. Di rumah sakit pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan.

b. Buang air kecil

Selama di rumah pasien BAK 10x/hari dengan jumlah 2500cc/hari dengan warna kuning jernih. Selama di rumah sakit pasien menggunakan pampers BAK 8X/hari dengan jumlah 1000cc/hari dengan warna kuning jernih.

6. Pola kognitif perseptual

Pasien mengatakan bahwa sakitnya ini disebabkan karena luka saat memotong kuku, pasien mengatakan bahasa yang digunakan sehari-hari yaitu bahasa Jawa dan berbicara normal, pasien merasa cemas karena akan dilakukan tindakan amputasi di kaki kirinya sampai saat ini pasien dan keluarganya belum bisa memutuskan dan menyetujui tindakan operasi tersebut.

7. Pola konsep diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan menerima keadaan saat ini dan sadar bahwa semua ini adalah cobaan dari Tuhan.

b. Identitas diri

Pasien mengatakan perempuan berusia 71 tahun tidak bekerja sejak ditinggal meninggal dunia oleh suaminya karena kecelakaan lalu lintas, sudah menjadi seorang nenek dengan 5 cucu, berkewarganegaraan Indonesia dan bertempat tinggal di Waru Kabupaten Sidoarjo.

c. Peran diri

Peran pasien dari seorang nenek dari cucu-cucunya, pasien belum bisa bermain dengan cucunya saat sakit.

d. Ideal diri

Pasien ingin cepat sembuh dan pulang sehingga bisa kembali berkumpul dengan keluarganya.

e. Harga diri

Pasien mengatakan bahwa keluarganya sangat menyayanginya dan tidak merendahkan walaupun saat ini sedang sakit

8. Pola koping

a. Masalah utama selama MRS (penyakit, biaya, perawatan diri):

Pasien mengatakan tidak ada masalah tentang biaya selama masuk rumah dikarenakan pasien menggunakan fasilitas JKN / KIS.

b. Kehilangan perubahan yang terjadi sebelumnya:

Karena sakit diabetes mellitus dengan adanya luka di kaki kiri yang dialami pasien sekarang jadi tidak bisa melakukan aktivitas harinya.

c. Kemampuan beradaptasi:

Pasien mampu beradaptasi dengan keluarganya

9. Pola peran – hubungan

Pasien adalah seorang janda yang ditinggal mati oleh suaminya karena kecelakaan dalam hubungan dengan orang lain sangat baik dan selama dirawat di rumah sakit pasien selalu ditunggu oleh anak dan menantunya.

10. Pola nilai kepercayaan

Pasien beragama Islam. Pada saat di rumah pasien sholat 5 waktu dan beribadah di masjid dekat rumah. Saat di rumah sakit pasien tidak melakukan sholat hanya berdoa agar cepat sembuh. Pasien tidak mempunyai pantangan agama.

Masalah Keperawatan: Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional (D.0080 Hall.180)

3.1.9 Pemeriksaan Fisik

Pasien tampak sedang berbaring diatas tempat tidur dan tampak jari kaki kanan pasien terbalut perban, Kesadaran pasien composmentis

Tanda - Tanda Vital :

Suhu/Nadi : 36,1 °C/90x/menit, RR : 20x/menit, TD : 130/82 mmHg,

TB : 164 cm, BB SMRS : 75 kg, BB MRS : 75 kg.

1. B1 Pernafasan (*Breath*)

Pada pengkajian B1 didapatkan pasien tidak ada keluhan sesak nafas. Tidak terpasang oksigen RR : 20x/mnt. Inspeksi : Bentuk dada normochest, tidak ada otot bantu nafas. Tidak tampak pernafasan nafas cuping hidung. Palpasi b1 Perkusi : Sonor dibagian lobus anterior-posterior dextra-sinistra dan lobus media dextra, batas jantung paru ICS ke-6 midklavikula sinistra, batas paru – hepar ICS 11 midclavikula dextra. Auskultasi : irama napas: reguler, pola napas : reguler, suara napas: vesikuler, tidak ada tarikan dinding dada, ronkhi (-/-), wheezing (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. B2 Kardiovaskuler (*Blood*)

Pada pengkajian B2 didapatkan, Inspeksi: tidak ada perdarahan, tidak terdapat pembesaran vena jugularis. Palpasi : ictus cordis (teraba pada mid clavikula sinistra ICS ke IV-V). Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Perkusi : batas jantung normal, batas atas : ICS II (N = ICS II), batas bawah : ICS V (N = ICS V), batas Kiri : ICS V (N = ICS V Mid Clavikula Sinistra) ,batas Kanan : ICS IV (N = ICS IV Mid Sternalis Dextra). Auskultasi : Irama jantung: reguler, bunyi jantung : S1 - S2

tunggal, gallop tidak ada, murmur tidak ada. nyeri dada tidak ada, akral dingin, warna kulit pucat. CRT: > 3 detik, S : 36.1°C, TD: 130/82 mmHg. hasil laborat tgl 21/01/2023 HB.8.70 g/dl, tidak ada edema tangan dan kaki (-/-), N: 90 x/menit, Indeks ankle-brachial 0,61, Pada tangan kanan Terpasang infus NS 14 tpm.

Masalah Keperawatan : Perfusi perifer tidak efektif b.d. Penurunan kadar HB (D.0009 Hal.37)

3. B3 Persyarafan (*Brain*)

Pada pengkajian B3 didapatkan GCS 456, kesadaran: composmentis, Pasien mengatakan nyeri di jari kaki kiri, Adanya abses di pedis sinistra, cekot-cekot, di pedis sinistra, dengan skala 6 dari 10 skala nyeri, dirasakan pasien nyeri setiap saat. Didapatkan hasil saat rawat luka terdapat pus yang keluar serta adanya kemerahan,, tidak ada paralisis, N-I (olfaktorius) : dapat mengidentifikasi bau, N-II (optikus) : ketajaman mata baik, lapang pandang baik tidak ada gangguan, N-III (okulomotorikus) : pergerakan pupil simetris, N-IV (toklearis) : pergerakan pupil kanan-kiri, N-V (trigeminal) : sensasi wajah tidak ada gangguan, mampu merasakan sentuhan dengan baik, dapat membuka mulut, mengunyah, N-VI (abdusen) : dapat menggerakkan mata ke arah lateral, N-VII (fasial) : wajah simetris, dapat mengerutkan dahi, senyum simetris, N-VIII (vestibulokoklear) : pendengaran baik, tes tunjuk hidung baik, mendekatkan suara, N-IX (glosfarengeal) : pengecapan baik, dapat menelan, N-X (vagus) : ada reflek muntah, N- XI (aksesoris) : mampu menolehkan leher tanpa menggerakkan bahu, N- XII (hipoglossus) : bicara normal, Pupil isokor 3 mm/3 mm,

refleks cahaya +/+, reflek patologis : reflek babinski -/-, reflek chaddock -/-, reflek Gordon -/-, reflek fisiologis : patella +/+, tidak ditemukannya hemiplegia.

Masalah Keperawatan : Nyeri akut b.d. Abses (D.0077 Hal 172)

4. B4 Perkemihan (*Blader*)

Pada pemeriksaan B4, Eliminasi urine SMRS frekuensi: 8-10 x/hr, jumlah: ± 2500 cc/hari warna: kuning jernih, Pada saat MRS *Intake* (Infus 1000cc, Injeksi 3x sehari 100cc, Minum dan makan 500cc, Air metabolisme : 6 x 75g = 450. Total = 2050 cc). *Output* (Urin 1000cc, IWL = 25 x 75kg / 24jam = 1200cc. Total = 2200cc). *Balance Cairan* = 150cc. Saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

5. B5 Pencernaan (*Bowel*)

Pada saat inspeksi didapatkan mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi, pasien mengeluh mual, nafsu makan kurang, makan habis $\frac{1}{2}$ porsi. bentuk abdomen pasien cembung, dan tidak ada terdapat pembesaran abdomen, frekuensi eliminasi Alvi MRS 2 hari sekali (warna kuning kecokelatan, konsistensi lunak, tidak ada stoma) Saat auskultasi didapatkan bising usus 12 x/menit, Saat di palpasi tidak ada nyeri tekan abdomen, saat di perkusi terdengar suara timpani, pemeriksaan laboratorium nilai Bun 7.00 mg/dl dan Kreatinin 88 mg/dl adanya peningkatan uremia yang mengakibatkan mual.

Masalah Keperawatan : Nausea b.d uremia (D.0076 Hal 170)

6. B6 Muskuloskeletal & Integumen (*Bone*)

Pada pemeriksaan musculoskeletal, pada saat inspeksi pasien terbaring di tempat tidur, terpasang infus di tangan kiri, tidak ada scabies, warna kulit pucat, kuku pasien kotor, pertumbuhan kuku normal, terdapat luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan, terdapat jaringan nekrotik pada jari kaki kiri kesatu, tiga, empat dan lima, mengatakan nyeri dikaki kirinya, nyeri yang dirasakan pasien setiap saat dan cekot – cekot, skala nyeri 6 dari 10 skala nyeri, saat dilakukan palpasi didapatkan turgor kulit menurun.

Kekuatan otot : 5555		5555
5555		5544

Masalah keperawatan :

- a. Gangguan mobilitas Fisik b.d. Nyeri (D.0054 hal.124)
- b. Gangguan integritas kuli / jaringan b.d neuropati perifer (D.0129 hal. 282)

7. Endokrin

Tidak ada pembesaran KGB, pasien hiperglikemia, terdiagnosa *Diabetes Melitus* dengan GDP 169 mg/dl

Masalah keperawatan : Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah (D.0027 Hal.71)

3.1.10 Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil		
21/01/2023	MOLEKULER RT-PCR SARS-CoV-2	Negatif	Negatif	Ct
	KIMIA KLINIK FUNGSI HATI SGOT	41	0-35	U/L
	SGPT	24	0-37	U/L
	Albumin	2.95	3.50-5.20	mg/dL
	DIABETES Glukosa Darah Sewaktu	56	<200	mg/dL
	FUNGSI GINJAL Kreatinin	7.00	0.6 - 1.5	mg/dL
	BUN	88	10 – 24	mg/dL
	ELEKTROLIT & GAS DARAH Natrium	125.10	135 – 147	mEq/L
	Kalium	5.81	3.0 - 5.0	mmol/L
	Clorida	94.4	95 – 105	mEq/L
21/01/2023	HEMATOLOGI Darah Lengkap Leukosit	24.82	4.00 - 10.00	10 ³ /μL
	- Neutrofil#	21.18	2.00 - 7.00	10 ³ /μL
	- Neutrofil%	86.40	50.0 - 70.0	%
	Hemoglobin	8.70	12 – 15	g/dl
	Hematokrit	26.90	40.0 – 54.0	g/dL
	Eritrosit	3.42	4.00 – 5.50	%
	Trombosit	927.00	35.0 – 56.0	10 ⁶ /μL
	MIKROBIOLOGI Kultur Plus + TKA	Tidak Ada Pertumbuhan Bakteri		
23/01/2023	ELEKTROLIT & GAS DARAH Natrium	130.00	135 – 147	mEq/L
	Kalium	4.94	3.0 - 5.0	mmol/L
	Clorida	100.4	95 – 105	mEq/L
	HEMATOLOGI Darah Lengkap Leukosit (H)	24.54	4.00 - 10.00	10 ³ /μL

	- Neutrofil# - Neutrofil% Hemoglobin Hematokrit Eritrosit Trombosit (H)	21.18 86.40 11.20 34.70 4.31 862.00	2.00 - 7.00 50.0 - 70.0 12 - 15 40.0 - 54.0 4.00 - 5.50 35.0 - 56.0	10 ³ /μL % g/dl g/dL % 10 ⁶ /μL
24/01/2023	FAAL HEMOSTASIS Protrombine Time (PT) Pasien PT Pasien APTT INR	 14.7 31.4 1.04	 11-15 26.0-40.0 1.00-2.00	 Detik Detik Detik
	Imunologi Anti HIV - Reagen I HbsAg (RPHA) Anti HCV	 N.Reaktif Negatif Negatif	 N.Reaktif Negatif Negatif	

2. Hasil pemeriksaan radiologi

Tabel 3.2 Hasil foto thorax

HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI Pemeriksaan tanggal 21 Januari 2023	
Foto Thorax AP Supine	
Cor	: kesan membesar, kalsifikasi aortic knob
Pulmo	:
a.	Tak tampak infiltrat
b.	Peningkatan bronchovascular pattern, Sinus phrenicocostalis kanan tajam
Kesimpulan :	
a.	Peningkatan bronchovascular pattern
b.	Tak tampak pneumonia
c.	Kesan cardiomegaly dan kalsifikasi aortic knob

3. Lain-lain



Gambar 3.2 Luka gangren

foto tanggal 23 januari 2023 saat dilakukan perawatan luka

3.1.11 Terapi Medis

Tabel 3.3 Lembar pemberian terapi obat

Hari Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
23/01/2023	1. NaCl 0,9%	2x 500 mg	- Merehidrasi cairan tubuh pasien dan menjaga keseimbangan kadar gula darah.
S/d			
25/01/2023	2. Lavemir pen	1x8 unit	- Insulin yang bersifat long acting dan bekerja selama 24 jam
	3. Novorapid pen	3x6 unit	- Menggantikan insulin yang diproduksi secara alami di dalam tubuh dan dapat diserap cepat.
	4. Ceftriaxone Inj	2x1 gr	- mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif.
	5. Metronidazole Infus	3x500 mg	- Mencegah dan mengobati berbagai macam infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme protozoa dan bakteri anaerob.
	6. Omeprazole Inj	1x20 mg	- terapi tukak lambung dan duodenum
	7. Neurodex Tablet	1x500 mg	- Vitamin membantu mengatasi kekurangan asupan vitamin B
	8. Kalitake Sachet	2x5 gr	- Terapi kondisi ketika jumlah kalium dalam darah sangat tinggi (hiperkalemia) sebagai akibat dari gagal ginjal akut dan kronik.
	9. Nocid Tablet	1x500 mg	- suplemen yang berfungsi untuk memenuhi asupan asam amino pada pasien ginjal kronis.
	10. Inpepsa Sirup	3x1 cth	- Terapi jangka pendek dan jangka panjang pada tukak lambung dan usus, gastritis kronik.

3.2 Diagnosa Keperawatan

3.2.1 Analisa Data

Tabel 3.4 Analisa data








NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri dikaki kiri bagian jari kesatu, ketiga, keempat dan kelima. P : Abses di dorsum pedis sinistra. Q : Cekot – cekot. R : Nyeri di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5. S : Skala nyeri 6. T : Setiap saat.</p> <p>DO : 1. Pasien tampak meringis 2. pasien tampak sulit tidur 3. kaki kiri jari ke 1,3,4,5 tampak berwarna hitam, disela-sela jari terdapat pus dan berbau. 4. TTV : TD : 130/82 mmHg Nadi : 90x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,1 °C</p>	Abses	Nyeri akut (D.0077 Hal. 172)
2.	<p>DS : -</p> <p>DO : 1. terdapat luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan. 2. Tampak jaringan nekrotik Jari ke 1,3,4,5 kaki kiri. 3. Laborat Tgl. 21/1/2023 Leukosit : 24.82 10³/μL Neutrofil# : 21.18 10³/μL Neutrofil% : 86.40 %</p>	Neuropati perifer	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129 Hal. 282)

3.	<p>DS : Pasien mengatakan lukanya tidak sembuh-sembuh.</p> <p>DO : 1. Jari ke 1,3,4,5 pasien mengalami nekrosis. 2. CRT >3 detik 3. Warna kulit pucat 4. Akral teraba dingin 5. GDA: 206 mg/dl (23/1/23) 6. HB. 8.70 10³/μL (21/1/2023) 7. Indeks ankle-brachial 0,61</p>	Hiperglikemia dan Penurunan Konsentrasi HB.	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009 Hal.37)				
4.	<p>DS : Pasien mengatakan sering BAK sebanyak 10 kali/hari.</p> <p>DO : 1. GDA: 206 mg/dl (23/1/2023). 2. Mulut kering, rasa haus meningkat. 3. Mudah merasa lapar. 4. Pasien tampak lesu .</p>	Gangguan toleransi glukosa darah	Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027 Hal.71)				
5.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada kaki Kiri saat bergerak.</p> <p>DO : 1. Enggan melakukan pergerakan 2. Fisik pasien tampak lemah 3. Kekuatan otot ekstremitas</p> <p style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5544</td> </tr> </table> </p>	5555	5555	5555	5544	Nyeri	Gangguan Mobilitas fisik (D.0054 Hal.124)
5555	5555						
5555	5544						
6.	<p>DS : Pasien mengatakan mual dan ingin muntah, tidak selera makan.</p> <p>DO : 1. Tampak porsi makan tidak habis 2. pasien tampak lemas 3. laborat Kreatinin : 7.00 mg/dl BUN : 88 mg/dl</p>	Gangguan biokimia (uremia)	Nausea (D.0076 Hal. 170)				

7.	<p>DS : Pasien mengatakan merasa bingung karena disarankan untuk amputasi dan merasa malu jika tidak punya kaki kiri.</p> <p>DO : 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak sulit tidur 3. Mukanya tampak pucat</p>	Krisis situasional	Ansietas (D.0080 hal. 180)
----	---	--------------------	-------------------------------

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.5 Prioritas masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri akut b.d Abses SDKI (D.0077 Hal. 172)	23 Januari 2023	Teratasi Sebagian	
2.	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan b.d Neuropati perifer SDKI (D.0129 Hal. 282)	23 Januari 2023	Belum teratasi	
3.	Perfusi perifer tidak efektif b.d Hiperglikemia dan Penurunan Konsentrasi HB. SDKI (D.0009 Hal.37)	23 Januari 2023	23 Januari 2023	
4.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d gangguan toleransi glukosa darah SDKI (D.0027 Hal.71)	23 Januari 2023	Belum teratasi	
5.	Gangguan Mobilitas fisik b.d nyeri SDKI (D.0054 Hal.124)	23 Januari 2023	Belum teratasi	
6.	Nausea b.d Gangguan biokimia (uremia) SDKI (D.0076 Hal. 170)	23 Januari 2023	24 Januari 2023	
7.	Ansietas b.d krisis situasional (D.0080 Hal. 180)	23 Januari 2023	23 Januari 2023	

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan Abses (SDKI,D.0077 Hal.172)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka nyeri pasien berkurang. Dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (skor 5) 2. Meringis menurun (skor 5) 3. Kesulitan tidur menurun (skor 5) 4. Tekanan darah menurun (normalnya 120/80 mmHg)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Monitor lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, Kualitas, intensitas nyeri 2. Monitor skala nyeri 3. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) 6. fasilitasi istirahat tidur Edukasi 7. Jelaskan penyebab nyeri
2	Kerusakan Integritas Jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer (SDKI,D.0129 Hal. 282)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka kerusakan integritas kulit teratasi. Dengan Kriteria Hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun (skor 5) 2. Kerusakan lapisan kulit menurun (skor 5)	Perawatan luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (misal: drainase, warna, ukuran , bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan 5. Bersihkan jaringan nekrotik

		<p>3. Nyeri menurun (skor 5) 4. Kemerahan menurun (skor 5) 5. Nekrosis menurun (skor 5) 6. Perdarahan menurun (skor 5) 7. Bengkak menurun (skor 5)</p>	<p>6. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 7. Pasang balutan sesuai jenis luka 8. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 9. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 10. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi 11. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 12. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi 13. Berikan hasil kolaborasi a. Rencana tindakan amputasi below knee b. Obat: Ceftriaxone 2x1gr, Metrodinazole infus 3x500mg</p>
3	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia, Penurunan konsentrasi HB dalam darah (D.0009 Hal.37)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka perfusi perifer kembali efektif. Dengan Kriteria Hasil :</p> <p>1. CRT normal (normalnya <2 detik) 2. Akral membaik (skor 5) 3. Pengisian kapiler membaik (skor 5) 4. Turgor kulit membaik (skor 5) 5. Warna kulit pucat menurun (skor 5)</p>	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna, suhu) 2. identifikasi faktor risiko gangguan perifer (diabetes, hipertensi) 3. monitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas</p> <p>Terapeutik 4. lakukan pencegahan infeksi 5. lakukan perawatan kaki dan kuku 6. lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi 7. anjurkan berolahraga</p>

		<p>6. Nyeri ekstremitas menurun (skor 5)</p> <p>7. Tekanan darah sistolik diastolik membaik (skor 5)</p>	
4	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah</p> <p>(SDKI,D.0027)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka kadar glukosa darah stabil.</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GDA normal (normalnya : <200 mg/dl) 2. mulut kering menurun (skor 5) 3. rasa haus menurun (skor 5) 4. lesu menurun (skor 5) 	<p>Manajemen Hiperglikemia (I. 03115)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. monitor kadar glukosa darah 3. monitor tanda dan gejala hiperglikemia (polyuria, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan cairan infus NS 14 tpm 5. konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian insulin
5	<p>Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri</p> <p>(D.0054 Hal.124)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat.</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (skor 5) 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi





		<ul style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan otot meningkat(skor 5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat(skor 5) 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini
6.	<p>Nausea berhubungan dengan uremia.</p> <p>(D.0076 Hal.170)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nausea menurun.</p> <p>Dengan Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Perasaan ingin muntah menurun (skor 5) 	<p>Manajemen mual (I.03117)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 3. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 4. Identifikasi anti emetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) 5. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 7. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) 8. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 9. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu







			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 11. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 12. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak 13. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Berikan hasil kolaborasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Obat: Omeprazole 1x20 mg, inepesa syrup 3x1 cth
7.	<p>Ansietas b.d krisis situasional (D.0080 Hal. 180)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, maka tingkat ansietas menurun. Dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun (skor 5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (skor 5) 3. Perilaku gelisah menurun (skor 5) 4. Perilaku tegang menurun (skor 5) 	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 5. Pahami situasi yang membuat ansietas 6. Dengarkan dengan penuh perhatian 7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 8. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 10. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang








		<p>5. Konsentrasi membaik (skor 5) 6. Pola tidur membaik (skor 5)</p>	<p>Edukasi</p> <p>11. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 12. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 13. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu 14. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 15. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 16. Latih Teknik relaksasi</p>
--	--	---	--




3.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan



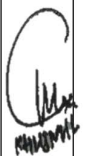

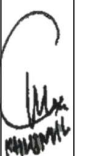
Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi					Evaluasi			
Hari/Tgl	Jam	No.Dx	Tindakan	TT	Jam	No.Dx	Catatan Perkembangan	TT
Senin, 23/1/2023	08.00	1,2	1. Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, frekuensi, durasi, Kualitas, intensitas nyeri dan tanda-tanda infeksi. Hasil : - terdapat luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan. - Jari ke 1,3,4,5 kaki kiri pasien mengalami nekrosis - nyeri dirasakan setiap saat dengan skala nyeri 6 dari 10 skala nyeri.	 Fatrik	14.00	1	S :- Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam, dengan skala nyeri 5 dari 10, Penyebab nyeri karena abses, lokasinya di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5, Nyeri dirasakan cekot-cekot. O :- Pasien terlihat lebih rileks - pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman A :- Masalah belum teratasi P :- Lanjutkan intervensi 5,8,9,10	 Fatrik
	08.05	3	2. Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, suhu,warna) Hasil : - Hb. 8.70 g/dl (21/01/2023) - Transfusi PRC ke-1 (22/01/2023) - CRT > 3 detik - Indeks ankle-brachial 0,61	 Fatrik		2	S :- Pasien mengatakan lebih nyaman setelah perbannya diganti. O :- luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan.	 Fatrik



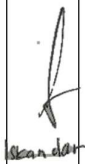

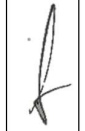



	08.10	4	<ul style="list-style-type: none"> - warna kulit pucat - Akral teraba dingin - suhu 36,1 °C <p>3. Memonitor kadar glukosa darah serta tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GDP. 169 mg/dl - pasien mengatakan sering haus dan mudah lapar serta banyak kencingnya. 	 Fatrik					
	08.15	5	<p>4. Mengidentifikasi adanya gangguan mobilitas fisik.</p> <p>Hasil : Pasien mengatakan susah menggerakkan kaki kirinya nyeri akibat adanya luka gangren di punggung kaki kiri dan jari ke 1,3,4,5.</p>	 Fatrik					
	08.18	6	<p>5. Memonitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat mual)</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan selalu mual sejak seminggu ini. - Makan habis ½ porsi 	 Fatrik					
	08.20	7	<p>6. Mengidentifikasi saat tingkat ansietas</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan merasa cemas bila dilakukan tindakan amputasi. - Merasa malu dengan lingkungan sekitar. 	 Fatrik					
						3	<ul style="list-style-type: none"> - Luka terpasang perban. <p>A : - Masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi 3-17</p> <p>S : - Pasien mengatakan badannya terasa lemas</p> <p>O : - pasien tampak pucat</p> <ul style="list-style-type: none"> - akral teraba dingin - mendapat transfuse PRC ke 2 Pukul 13.00 WIB - Hb. 8.70 gr/dl (21/01/2023) - CRT > 3 detik - Indeks ankle-brachial 0,61 - TD : 120/80 mmHg - RR : 18x/menit - Suhu : 36 °C - SpO2 : 98% <p>A : - masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi 1-6</p>	 Fatrik	
						4	<p>S : - pasien mengatakan sering kencing dan sering merasa haus</p> <p>O : - pasien terlihat pucat dan lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - mulut pasien tampak kering - GDP. 169 mg/dl <p>A : - Masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi 2,3,4</p>	 Fatrik	


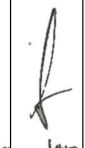

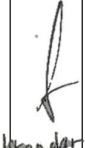
08.30	7	7. Memberikan informasi secara faktual mengenai diagnosis dan prognosis penyakitnya. Hasil : - Pasien dan keluarga pasien mengerti penjelasan yang disampaikan. - Pasien dan keluarga pasien menyetujui untuk dilakukan tindakan operasi amputasi	 Fatrik	5	S : - Pasien mengatakan masih susah menggerakkan kaki kirinya O : - pasien tampak berbaring di tempat tidur - tampak ada luka di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5 A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 5-9	 Fatrik
09.00	2,3	8. Melakukan Perawatan luka gangren Hasil : - Luka terdapat jaringan nekrotik, Pus dan berbau. - Luka diverban sehingga tidak ada cairan yang merembes	 Fatrik	6	S : - Pasien mengatakan masih merasa mual dan ingin muntah O : - pasien tampak pucat - makanan pasien hanya habis ½ porsi A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 5-13	 Fatrik
09.15	1	9. Mengajarkan teknik non farmakologis (relaksasi nafas dalam) untuk mengurangi rasa nyeri Hasil : - Pasien dapat mengulangi teknik relaksasi nafas dalam. - Pasien mengatakan nyerinya berkurang, skala nyeri 5 (sedang)	 Fatrik	7	S : - Pasien mengatakan sudah mengerti tentang diagnosis, prognosis penyakitnya - Pasien menyetujui untuk dilakukan tindakan invasive operasi amputasi. O : - pasien tampak tenang - Pasien tampak tidur siang dengan pulas A : - Masalah teratasi P : - intervensi keperawatan Dx. 7 dihentikan.	 Fatrik
09.30	4	10. Menganjurkan kepatuhan diet DM per oral dengan frekuensi 3 kali makan utama serta 2-3 makan selingan, dengan prinsip diet DM 3J.	 Fatrik			







			Hasil : Pasien mengerti dan mematuhi anjuran untuk diet.				
10.30			11. Mengobservasi TTV pasien Hasil : - TD : 120/80 S/N : 36°C / 82xpm - RR : 18 x/m SpO2: 98%	 Fatrik			
10.40	2		12. Memberikan infus metronidazole 500 mg, 14 tpm				
10.45	6		13. Memberikan terapi inepesa syrup dan diet nasi tim 14. Memberikan obat oral kalitake 1 sch dan nocid 1 tablet Hasil : Pasien mematuhi diet dan terapi obat				
11.00			15. Mengobservasi reaksi pemberian terapi Hasil : Tidak ada reaksi alergi	 Fatrik			
11.30	7		16. Mengingatnkan pasien beribadah dan berdo'a Hasil : Pasien mengatakan selalu berdo'a agar diberikan kesembuhan.				
12.30	1		17. Memberikan posisi dan lingkungan yang nyaman kepada pasien Hasil : Pasien merasa lebih rileks.				
13.00	3		18. Memberikan transfusi darah PRC ke 2 Hasil : Tetesan transfusi darah lancar 14 tpm	 Fatrik			
13.15			19. Mengobservasi tanda-tanda alergi pemberian transfusi darah				

	14.00		<p>Hasil : tidak ada tanda alergi</p> <p>20. Melakukan timbang terima dengan dinas siang hari</p> <p>Hasil : Keadaan umum pasien stabil</p>	 Fatrik				
Senin, 23/1/2023	14.00		1. Melakukan timbang terima dengan dinas pagi hari		21.00	1	S : - Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam, dengan skala nyeri 5 dari 10, Penyebab nyeri karena abses, lokasinya di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5, Nyeri dirasakan cekot-cekot. O : - Pasien terlihat lebih rileks - pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 5,8,9,10	
	14.10	3	2. Memvalidasi ke pasien secara langsung serta memastikan pemberian Transfusi PRC ke 2. Hasil : pemberian Transfusi PRC ke 2 diberikan dengan tepat 14 tpm					
	14.15	1	3. mengobservasi keluhan pasien Hasil : pasien mengeluh nyeri pada kaki Kirinya bagian jari-jari dengan skala nyeri sedang (5)					
	14.30	5	4. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi Hasil : Pasien dan keluarga mengerti penjelasan yang disampaikan.					
	15.30		5. Mengobservasi TTV - TD : 119/75 S/N : 36'1°C / 82xpm - RR : 18 xpm SpO2: 98%					
	15.55	2	6. Menginjeksi Ceftriaxone 1 Gram iv					
	15.57	6	7. Menginjeksi omeperazole 40mg iv					
	16.15		8. Mengobservasi tanda-tanda reaksi alergi Hasil : tidak ada reaksi alergi					
						2	S : - Pasien mengatakan lebih nyaman setelah perbannya diganti. O : - luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan. - Luka terpasang perban. A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 3-17	


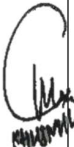

16.30	6	9. Menganjurkan sering membersihkan mulut Hasil : Pasien mematuhi anjuran perawat untuk membersihkan gigi dan mulut.			3	S : - Pasien mengatakan badannya sudah tidak lemas O : - pasien tidak pucat - akral teraba hangat - Hb. 8.70 g/dl (21/01/2023) - Mendapat transfusi PRC ke 2 (23/01/2023) Pukul. 1300 WIB s/d pukul 19.40 WIB - CRT <3 detik - Indeks ankle-brachial 0,61 - TD : 120/80 mmHg - RR : 18x/menit - Suhu : 36°C - SpO2 : 98%	
17.30	6	10. Memberikan terapi oral inpepsa 1 sdk, kalitake 1sachet, nocid					
17.50		11. Mengobservasi tanda-tanda reaksi alergi Hasil : tidak ada reaksi alergi					
18.00		12. Mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa					
18.35	5	13. Menganjurkan pasien melakukan ambulasi dini Hasil : Pasien menjawab bisa ke kamar mandi tetapi dibantu anaknya.					
19.00		14. Mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa				A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi 3-6	
19.40	1	15. Transfusi PRC ke 2 habis, diganti dengan infus NS 14 tpm			4	S : - pasien mengatakan sering kencing dan sering merasa haus O : - mulut kering - GDP : 169 mg/dl A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 2,3,4	
20.00	2	16. Memberikan infus Metronidazole 500mg					
20.15		17. Mengobservasi tanda-tanda reaksi alergi Hasil : tidak ada reaksi alergi					
21.00		18. Melakukan timbang terima dengan dinas Malam hari Hasil : Keadaan umum pasien baik, pasien tampak istirahat malam			5	S : - Pasien mengatakan masih susah menggerakkan kaki kirinya O : - pasien tampak berbaring di tempat tidur	






							<p>- tampak ada luka di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5</p> <p>A : - masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan Intervensi 5-9</p>	
						6	<p>S : - Pasien mengatakan masih merasa mual dan ingin muntah</p> <p>O : - makanan pasien hanya habis ½ porsi</p> <p>A : - masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi 5-13</p>	
Senin, 23/1/2023	21.00		1. Melakukan timbang terima dengan dinas sore		07.00	1	S : - Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam, dengan skala nyeri 5	
	21.15	3,4	2. Melakukan validasi ke pasien secara langsung serta memastikan pemberian infus tepat Hasil : pemberian infus diberikan dengan tepat menggunakan NS 14 tpm				O : - Pasien terlihat lebih rileks - pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman	
	21.30	1	3. Mengobservasi keluhan pasien Hasil : Pasien mengatakan masih nyeri di kaki kirinya, skala sedang(5)				A : - Masalah teratasi sebagian	
	21.45	5	4. Memastikan pengaman tempat tidur terpasang dengan aman			2	S : - Pasien mengatakan lebih nyaman setelah perbannya diganti.	
	22.20	1	5. Memberikan posisi dan lingkungan yang nyaman Hasil : Pasien terlihat lebih nyaman				O : - luka tertutup perban - pasien istirahat di tempat tidur - pasien terlihat tenang	
	23.30		6. Mengobservasi istirahat tidur pasien				- tidak ada rembesan cairan diperban	
							A : - Masalah belum teratasi	

			Hasil : Pasien terlihat istirahat dengan nyaman				P : - Lanjutkan intervensi 3-17	
02.00			7. Mengobservasi istirahat tidur pasien Hasil :			3	S : - Pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas	
04.00	2,6		Pasien terlihat istirahat dengan nyaman 8. Memberikan terapi injeksi - injeksi Ceftriaxone 1 gr/ iv - infus Metronidazole/ iv - injeksi omeprazole/ iv				O : - pasien tampak tidak pucat - akral teraba hangat - Hb. 11.20 10 ³ /μL (23/01/2023) - CRT <3 detik	
04.15			9. Mengobservasi tanda-tanda reaksi alergi Hasil : tidak ada reaksi alergi				- TD : 119/75 mmHg	
04.20			10. Mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa Hasil : Pasien berdo'a agar lekas sembuh				- RR : 18x/menit	
04.30	1		11. Mengobservasi TTV dan keluhan pasien - TD : 119/75 S/N : 36 ^o C / 82xpm - RR : 18xpm SpO2: 98% - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dikaki kiri, skala sedang (5)			4	S : - pasien mengatakan sering kencing dan sering merasa haus	
04.45	6		12. Membantu personal hygien pasien				O : - mulut kering - GDA : 206 mg/dl	
05.00	5		13. Membantu mobilisasi pasien				A : - Masalah belum teratasi	
			14. Melakukan pengambilan darah vena untuk cek seromarker dan FH				P : - Lanjutkan intervensi 2,3,4	
05.05	4		15. Mengecek Gula darah acak pasien dengan GDA Stick Hasil : GDA 206 mg/dl			5	S : - Pasien mengatakan masih susah menggerakkan kaki kirinya	
05.12	2		16. Memberikan tx oral inepesa 1 sdk					
05.50	3,6		17. Memberikan diit pagi dan terapi oral					









	07.00		<ul style="list-style-type: none"> - neurodex 1 tab - nocid 1 tab <p>18. Melakukan timbang terima dengan dinas pagi Hasil : keadaan umum pasien stabil..</p>				<p>O : - pasien tampak berbaring di tempat tidur - tampak ada luka di punggung kaki kiri dan jari ke 1,3,4,5</p> <p>A : - masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan Intervensi 5-9</p>	
					6	<p>S : - Pasien mengatakan masih merasa mual dan ingin muntah</p> <p>O : - makanan pasien hanya habis ½ porsi</p> <p>A : - masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi 5-13</p>		
Selasa 24/1/2023	07.00 07.20	4	<p>1. timbang terima dengan dinas malam</p> <p>2. memvalidasi ke pasien secara langsung serta memastikan pemberian infus tepat</p> <p>Hasil : pemberian infus diberikan dengan tepat menggunakan NS 14 tpm</p>	 Fatrik	14.00	1	<p>S : - Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam, dengan skala nyeri ringan (4)</p> <p>O : - Pasien terlihat lebih rileks - pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman</p> <p>A : - Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : - lanjutkan intervensi 5,8,9,10</p>	 Fatrik
	07.25	1	<p>3. Mengobservasi keluhan pasien</p> <p>Hasil : Pasien masih mengeluh nyeri pada kaki kiri, dengan skala nyeri ringan (4)</p>					
	08.00	2	<p>4. Melakukan Perawatan luka pasien dengan NaCl, membersihkan jaringan nekrotik, memberikan sufratulle pada luka, memasang balutan sesuai jenis luka,</p>	 Fatrik		2	<p>S : - Pasien mengatakan lebih nyaman setelah perbannya diganti.</p> <p>O : - luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm</p>	 Fatrik

			mempertahankan teknik steril saat perawatan luka. - Hasil : luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan. tampak jaringan nekrotik pada jari kaki ke 1,3,4,5				dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan. - Luka terpasang perban A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 3-17	
08.30	5	5. Membantu mobilisasi pasien Hasil : Pasien dapat duduk disisi tempat tidur dan menggerakkan kedua kaki		6 Fatrik	4	S : - pasien mengatakan sering kencing dan sering merasa haus O : - mulut kering - GDA : 206 mg/dl A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 2,3,4	6 Fatrik	
09.15	1	6. Mereview teknik relaksasi dan distraksi Hasil : Pasien bisa mempraktikkan Teknik distraksi dan relaksasi yang sudah di ajarkan			5	S : - Pasien mengatakan masih susah menggerakkan kaki kirinya O : - pasien tampak berbaring di tempat tidur - tampak ada luka di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5 A : - masalah belum teratasi P : - Lanjutkan Intervensi 5-9	6 Fatrik	
09.30		7. mengobservasi TTV - TD : 120/70 S/N : 36°C / 82×pm - RR : 20×pm SpO2: 98%						
10.40	6	8. memberi diet dan terapi inpepsa 1sdm, nocid 1tab, kalitake 1tab						
11.45	2	9. menginjeksi Metronidazole 500mg		6 Fatrik				
12.00		10 mengobservasi reaksi pemberian terapi (tidak ada reaksi alergi)			6	S : - Pasien mengatakan masih merasa mual dan ingin muntah O : - makanan pasien hanya habis ½ porsi A : - masalah belum teratasi	6 Fatrik	
12.15		11.mengingatkan pasien untuk beribadah						
12.30	6	12.memberi posisi dan lingkungan yang nyaman untuk istirahat siang. Hasil : Pasien istirahat dengan tenang.						

	14.00		13.timbang terima dengan dinas siang Hasil : Keadaan umum pasien stabil	 Fatrik			P : - Lanjutkan intervensi 5-13		
Selasa 24/1/2023	14.00		1. melakukan timbang terima dengan dinas pagi		21.00	1	S : - Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam, dengan skala nyeri 4		
	14.10	4	2. memvalidasi ke pasien secara langsung serta memastikan pemberian infus tepat Hasil : pemberian infus diberikan dengan tepat menggunakan NS 14 tpm				O : - Pasien terlihat lebih rileks - pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman		
	14.30	5	3. membantu pemenuhan kebutuhan ADL pasien				A : - Masalah teratasi sebagian		
	15.30		4. mengobservasi TTV - TD : 119/75 S/N : 36'1°C / 82xpm - RR : 18xpm SpO2: 98%				P : - Lanjutkan intervensi 5,8,9,10		
	16.00	2	5. memberikan tx injeksi - injeksi Ceftriaxone 2x1 gr - inj melakukan inj omperazole 40mg iv				2		S : - Pasien mengatakan lebih nyaman setelah perbannya diganti.
	16.15		6. mengobservasi tanda-tanda reaksi alergi (tidak ada reaksi alergi)				O : - luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan. - Luka terpasang perban		
	16.30	5	7. membantu personal hygien pasien				A : - Masalah belum teratasi		
	17.30	6	8. memberikan tx oral inpepsa 1 sdk / po, kalitake 1sachet, nocid,				P : - Lanjutkan intervensi 3-17		
	17.50		9. mengobservasi tanda-tanda reaksi alergi (tidak ada reaksi alergi)				4		S : - pasien mengatakan sering kencing dan sering merasa haus O : - mulut kering
	18.00		10.mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa						



	18.35	5	11.membantu pemenuhan kebutuhan ADL pasien				- GDA : 206 mg/dl	
	19.00		12.mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa				A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 2,3,4	
	19.40	1	13.menganjurkan tehnik relaksasi distraksi			5	S : - Pasien mengatakan masih susah menggerakkan kaki kirinya	
	20.00	2	14.memberikan injeksi infus Metronidazole 3x500mg				O : - pasien tampak berbaring di tempat tidur - tampak ada luka di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5	
	21.00		15.melakukan timbang terima dengan dinas malam Hasil : - Pasien terlihat sedang tidur - keadaan umum pasien baik				A : - masalah belum teratasi P : - Lanjutkan Intervensi 5-9	
						6	S : - Pasien mengatakan sudah tidak merasa mual O : - makanan pasien habis 1 porsi A : - masalah teratasi P : - Intervensi dari diagnosa ke 6 dihentikan	
selasa 24/1/2023	21.00		1. melakukan timbang terima dengan dinas sore		07.00	1	S : - Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam, dengan skala nyeri 3	
	21.15	4	2. Melakukan validasi ke pasien secara langsung serta memastikan pemberian infus tepat Hasil : pemberian infus diberikan dengan tepat menggunakan NS 14 tpm				O : - Pasien terlihat lebih rileks - pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman	
	21.30		3. Mengobservasi keluhan pasien				A : - Masalah teratasi sebagian P : - lanjutkan intervensi 5,8,9,10	









21.45		Hasil : Pasien mengatakan masih nyeri di kaki kirinya, skala ringan (4)		2	S : - Pasien mengatakan lebih nyaman setelah perbannya diganti.	
22.20		4. memastikan pengaman tempat tidur terpasang dengan aman			O : - luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan.	
23.30		5. memberi posisi dan lingkungan yang nyaman			- Luka terpasang perban	
02.00		6. mengobservasi istirahat tidur pasien			A : - Masalah belum teratasi	
04.00	2	7. mengobservasi istirahat tidur pasien			P : - Lanjutkan intervensi 3-17	
04.15		8. memberikan tx injeksi - injeksi Ceftriaxone iv - inf Metronidazole iv				
04.20		9. mengobservasi tanda-tanda reaksi alergi (tidak ada reaksi alergi)		4	S : - pasien mengatakan sering kencing dan sering merasa haus	
04.30	1	10. mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa			O : - mulut kering - GDA : 286 mg/dl	
		11. Mengobservasi TTV dan keluhan pasien - TD : 119/75 S/N : 36 ^o C / 82xpm - RR : 18xpm SpO2: 98% - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dikaki kiri, skala ringan (3)			A : - Masalah belum teratasi	
04.45	5	12. membantu personal hygien pasien		5	S : - Pasien mengatakan masih susah menggerakkan kaki kirinya	
05.00	5	13. membantu mobilisasi pasien			O : - pasien tampak berbaring di tempat tidur	
05.12		14. melakukan pengambilan darah vena untuk cek seromarker dan FH			- tampak ada luka di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5	
05.15	4	15. Mengecek Gula darah acak pasien dengan GDA Stick Hasil : GDA = 286 mg/dl			A : - masalah belum teratasi	
06.00	4	16. memberikan diit pagi dan terapi oral			P : - Lanjutkan Intervensi 5-9	


	07.00		- neurodex 1 tab 18. Melakukan timbang terima dengan dinas pagi Hasil : keadaan umum pasien stabil..					
Rabu 25/1/2023	07.00 07.10	4	1. timbang terima dengan dinas malam 2. memvalidasi ke pasien secara langsung serta memastikan pemberian infus tepat Hasil : pemberian infus diberikan dengan tepat menggunakan NS 14 tpm		14.00	1	S :- Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam, dengan skala nyeri 5 dari 10, Penyebab nyeri karena abses, lokasinya di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5, Nyeri dirasakan cekot-cekot. O :- Pasien terlihat lebih rileks - pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman A :- Masalah belum teratasi P :- Lanjutkan intervensi 5,8,9,10	
	07.45	1	3. Mengobservasi keluhan pasien Hasil : Pasien masih mengeluh nyeri pada kaki kiri, dengan skala nyeri ringan (3)					
	08.15	2	4. Melakukan Perawatan luka pasien dengan NaCl, membersihkan jaringan nekrotik, memberikan sufratulle pada luka, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat perawatan luka. - Hasil : luka tampak lembab, tampak jaringan nekrotik pada jari kaki ke 1,3,4,5			2	S :- Pasien mengatakan lebih nyaman setelah perbannya diganti. O :- luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan. - Luka terpasang perban.	
	09.30	5	5. Membantu mobilisasi pasien Hasil : Pasien dapat duduk disisi tempat tidur dan menggerakkan kedua kaki					
	10.20	1	6. Mereview tehnik relaksasi dan distraksi				A :- Masalah belum teratasi P :- Lanjutkan intervensi 3-17	

			Hasil : Pasien bisa mempraktekkan Teknik distraksi dan relaksasi yang sudah di ajarkan				
11.00			7. Mengobservasi TTV - TD : 120/70 S/N : 36°C / 82×pm - RR : 20×pm SpO2: 98%		4	S : - Pasien mengatakan sering kencing dan sering merasa haus O : - mulut kering - GDA : 286 mg/dl A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 2,3,4	
11.30	4		8. Memberikan injeksi Novorapid 6 unit				
11.40			9. Mengobservasi reaksi pemberian obat Hasil : tidak ada reaksi alergi		5	S : - Pasien mengatakan masih susah menggerakkan kaki kirinya O : - pasien tampak berbaring di tempat tidur - tampak ada luka di punggung kaki kiri dan jari ke 1,3,4,5 A : - masalah belum teratasi P : - Lanjutkan Intervensi 5-9	
11.45	4		10.memberi diet nasi tim Hasil : Pasien mematuhi diet dan terapi obat				
12.00	2		11.menginjeksi Metronidazole 500mg				
12.20			12.mengobservasi reaksi pemberian terapi hasil : tidak ada reaksi alergi				
12.30			13.mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa				
13.00	1		14.memberi posisi dan lingkungan yang nyaman Hasil : Pasien merasa lebih rileks.				
13.45	1		15.Mengobservasi keluhan pasien Hasil : pasien masih mengeluh kaki kirinya nyeri, dengan skala ringan (3)				
14.00			16.Melakukan timbang terima dengan dinas siang hari Hasil : Keadaan umum pasien stabil				

Rabu 25/1/2023	14.00		1. Melakukan timbang terima dengan dinas pagi hari	✓	21.00	1	S :- Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam, dengan skala nyeri 5 dari 10, Penyebab nyeri karena abses, lokasinya di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5, Nyeri dirasakan cekot-cekot. O :- Pasien terlihat lebih rileks - pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman A :- Masalah belum teratasi P :- Lanjutkan intervensi 5,8,9,10	✓
	14.10	4	2. Memvalidasi ke pasien secara langsung serta memastikan pemberian infus tepat Hasil : pemberian infus diberikan dengan tepat menggunakan NS 14 tpm					
	14.15	2	3. Mengobservasi keluhan pasien Hasil : pasien mengeluh nyeri pada kaki Kirinya bagian jari-jari dengan skala nyeri ringan (3)	✓				
	14.30		4. Mengobservasi TTV - TD : 119/75 S/N : 36'1°C / 82×pm - RR : 18×pm SpO2: 98%					
	15.30	2	5. injeksi Ceftriaxone 1 Gram iv					
	15.45		6. mengobservasi tanda-tanda reaksi alergi Hasil : tidak ada reaksi alergi					
	16.30		7. mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa					
	17.30	1	8. Mereview teknik relaksasi distraksi Hasil : - Pasien dapat memperagakan Teknik yang sudah diajarkan - Pasien tampak lebih rileks					
	17.50	2	9. memberikan infus Metronidazole 500mg					
	18.05		10. mengobservasi tanda-tanda reaksi alergi Hasil : tidak ada reaksi alergi	✓				
	20.30	4	11. Memberikan injeksi lavemir 8 unit 12. Mengobservasi pemberian obat					
					4	S :- pasien mengatakan sering kencing dan sering merasa haus O :- mulut kering - GDA : 286 mg/dl	✓	

	21.00		<p>Hasil : tidak ada reaksi alergi</p> <p>13. Melakukan timbang terima dengan dinas Malam hari</p> <p>Hasil : Keadaan umum pasien baik, pasien tampak istirahat malam</p>			5	<p>A : - Masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi 2,3,4</p> <p>S : - Pasien mengatakan masih susah menggerakkan kaki kirinya</p> <p>O : - pasien tampak berbaring di tempat tidur</p> <p>- tampak ada luka di punggung kaki kiri dan jari ke 1,3,4,5</p> <p>A : - Masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan Intervensi 5-9</p>	
Rabu 25/1/2023	21.00		1. Melakukan timbang terima dengan dinas sore	 Fatrik	07.00	1	<p>S : - Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam, dengan skala nyeri 5 dari 10, Penyebab nyeri karena abses, lokasinya di dorsum pedis sinistra dan jari ke 1,3,4,5, Nyeri dirasakan cekot-cekot.</p> <p>O : - Pasien terlihat lebih rileks</p> <p>- pasien terlihat tidur dengan tenang dan nyaman</p> <p>A : - Masalah belum teratasi</p> <p>P : - Lanjutkan intervensi 5,8,9,10</p>	 Fatrik
	21.15	4	2. Melakukan validasi ke pasien secara langsung serta memastikan pemberian infus tepat					
	21.30	1	3. Mengobservasi keluhan pasien					
	21.45	5	4. Memastikan pengaman tempat tidur terpasang dengan aman					
	22.20	1	5. Memberikan posisi dan lingkungan yang nyaman					

23.30		Hasil : Pasien terlihat lebih nyaman 6. Mengobservasi istirahat tidur pasien Hasil : Pasien terlihat istirahat dengan nyaman	 Fatrik	2	S : - Pasien mengatakan lebih nyaman setelah perbannya diganti. O : - luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal dan cairan luka minimal berwarna kekuningan. - Luka terpasang perban. A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 3-17	 Fatrik
02.00		7. Mengobservasi istirahat tidur pasien Hasil : Pasien terlihat istirahat dengan nyaman				
04.00	2	8. Memberikan tx injeksi - injeksi Ceftriaxone 1 gr/ iv - infus Metronidazole/ iv	 Fatrik			
04.15		9. Mengobservasi tanda-tanda reaksi alergi Hasil : tidak ada reaksi alergi		4	S : - pasien mengatakan sering kencing dan sering merasa haus O : - mulut kering - GDA : 286 mg/dl A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi 2,3,4	 Fatrik
04.20		10. Mengingatkan pasien untuk beribadah dan berdoa Hasil : Pasien berdo'a agar lekas sembuh				
04.30	1	11. Mengobservasi TTV dan keluhan pasien - TD : 119/75 S/N : 36'1°C / 82xpm - RR : 18xpm SpO2: 98% - Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dikaki kiri, skala ringan (3)	 Fatrik	5	S : - Pasien mengatakan masih susah menggerakkan kaki kirinya O : - pasien tampak berbaring di tempat tidur - tampak ada luka di punggung kaki kiri dan jari ke 1,3,4,5 A : - masalah belum teratasi P : - Lanjutkan Intervensi 5-9	 Fatrik
04.45	5	12. Membantu personal hygien pasien	 Fatrik			
05.00	5	13. Membantu mobilisasi pasien				
05.10		14. Melakukan pengambilan darah vena untuk cek seromarker dan FH				
05.50	4	15. Mengecek Gula darah acak pasien dengan GDA Stick Hasil : GDA = 303 mg/dl	 Fatrik			
06.00	4	16. memberikan injeksi Novorapid 6 unit				

	06.15		17. mengobservasi reaksi pemberian obat Hasil : tidak ada reaksi alergi	 Fatrik				
	06.20	4	18. Memberikan diit pagi dan terapi oral - neurodex 1 tab					
	07.00		19. Melakukan timbang terima dengan dinas pagi Hasil : keadaan umum pasien stabil.					

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Diabetes Melitus tipe 2 + Gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan kesehatan pasien. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait aspek biologis, psikologis, sosial maupun spritual klien. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien. Ada empat metode pengumpulan data yang dapat digunakan oleh seorang perawat yaitu wawancara, observasi sistematis, konsultasi, dan pengkajian fisik. Selama proses pengkajian, ada dua jenis data yang harus dikaji seorang perawat, yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapat berdasarkan persepsi klien tentang masalah kesehatannya. Sedangkan data objektif adalah data yang didapat (Sipayung, 2020). Penulis melakukan pengkajian pada Ny. M dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang medis.

4.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. M berusia 71 tahun pendidikan terakhir SMA status janda, beragama Islam, suku bangsa Jawa Indonesia, bahasa yang digunakan Jawa, dengan diagnosis medis *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren*. Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori Setiadi et al., (2022) Kadar glukosa darah yang tinggi adalah penyebab diabetes melitus, yang berhubungan dengan masalah metabolisme. Insulin, hormon yang dikeluarkan oleh pankreas, mengatur kadar glukosa darah dengan membiarkan sel menyerap gula dari darah. Diabetes, di sisi lain, ditandai dengan *insufisiensi* insulin, yang dihasilkan oleh kurangnya sekresi insulin serta resistensi insulin terhadap reseptornya. Pada *Diabetes Melitus* tipe 2, pankreas masih dapat memproduksi insulin, namun kualitas insulin buruk dan tidak dapat memasukkan glukosa kedalam sel. Akibatnya, glukosa dalam darah meningkat. Diabetes Mellitus membutuhkan perawatan medis yang berkelanjutan dan konseling untuk manajemen diri untuk mencegah komplikasi akut dan kronis

4.1.2 Riwayat Kesehatan

Keluhan utama pada Ny. M mengeluh nyeri karena adanya abses, rasa nyeri cekot-cekot di pedis sinistra dan tampak jaringan nekrotik di jari kesatu, ketiga, keempat dan kelima, dengan skala 6 dari 10 skala nyeri, waktu timbulnya nyeri setiap saat. Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori Makhtar et al., (2018) keberadaan dan karakteristik nyeri ulkus kaki diabetik pada 28 pasien ulkus kaki diabetik, dan ditemukan bahwa 86% (n=24) mengalami nyeri ulkus kaki diabetik. Ini sering terjadi dan dengan intensitas tinggi meskipun neuropati perifer dan dalam banyak kasus, pasien menggambarkan nyeri sebagai nyeri sensorik yang paling

umum. Penelitian Waldman et al.,(2019) Sebagian besar pasien ulkus kaki diabetik memiliki neuropati perifer, yang muncul dengan mati rasa, nyeri, dan kelemahan.

Riwayat penyakit sekarang Pasien mengatakan bahwa 2 minggu yang lalu pasien memotong kukunya di rumah, kemudian gunting kuku tidak sengaja melukai jari kaki kiri pasien hingga berdarah, dan pasien membasuh kakinya dengan air, kemudian setelah 1 minggu jari kaki pasien bengkak, merah dan basah, jari kesatu, ketiga, keempat dan kelima ada nanah dan bau serta menghitam, pasien tiba di RSPAL Dr. Ramelan pasien masuk ke UGD dengan keluhan nyeri karena adanya luka di jari kaki kiri, pasien mengatakan rasa nyerinya cekot-cekot di jari kaki sebelah kiri dengan skala nyeri 6 rasa nyeri yang dirasakan terus menerus. Kadar glukosa yang tinggi dapat menyumbat aliran darah ke ujung tangan dan kaki sehingga pasokan darah dan sel-sel yang berfungsi melawan infeksi di bagian tersebut menjadi berkurang. Kondisi ini menyebabkan luka menjadi lebih susah sembuh dan rentan terinfeksi, dan berisiko menjadi gangren (Lellu, 2021). Kemudian dilakukan swab PCR + Antigen dengan Hasil Negatif, lalu dilakukan pengambilan darah sebanyak 2 kali di lengan kanan dan kiri untuk pemeriksaan darah lengkap dan kultur darah, pemeriksaan EKG jantung, pemeriksaan Rontgen thorax dan pedis sinistra AP/LAT, cek GDA Stick hasil 56 mg/dl, dan dilakukan pemasangan infus dan diberikan infus D40% sebanyak 3 flash, lalu Dokter Penyakit Dalam mengirim dan merawat inapkan pasien ke ruang R4 Lantai 3 pukul 04.51 WIB, pasien dilakukan rawat luka setiap pagi hari dengan diberikan sufatulle serta dilakukan transfusi darah untuk perbaikan keadaan utama karena HB saat masuk 8.70 g/dl, dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan operasi amputasi below knee tetapi pasien dan keluarga masih berunding karena merasa cemas dan malu

apabila tidak mempunyai kaki kiri. Berdasarkan penelitian Influence et al., (2020) pada penderita ulkus tindakan amputasi ini bisa dicegah dengan cara rawat luka dan debridemen di samping meminum obat dan diet sesuai dengan yang dianjurkan. Amputasi adalah tindakan yang paling ditakutkan oleh pasien *Diabetes Melitus* dengan komplikasi gangren. Pasien ulkus akan memiliki kecemasan akan amputasi dikarenakan ketakutan akan luka yang tak kunjung sembuh. Tindakan amputasi sendiri akan mengakibatkan beberapa masalah psikologis timbul.

4.1.3 Pola Fungsi Kesehatan

Pola aktivitas dan latihan didapatkan data bahwa kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dibantu oleh keluarganya seperti mandi, berpakaian/berdandan, toileting/eliminasi menggunakan pampers, mobilitas ditempat tidur, berpindah dan jalan dibantu. personal hygiene dibantu oleh keluarga dan saat di rs mandi diseka 2 kali sehari, perawatan diri yang dapat dilakukan pada pasien *Diabetes Melitus* antara lain teratur minum obat, dan konsumsi diet diabetes mellitus. peningkatan jumlah penderita diabetes terkait dengan beberapa faktor. diabetes disebabkan oleh gaya hidup yang tidak sehat seperti, kurangnya aktivitas fisik, pola makan yang tidak sehat, dan kebiasaan tidak sehat lainnya. penderita diabetes yang mengalami komplikasi sudah menyadari kondisi kesehatannya yang buruk. sebaliknya, penderita diabetes tanpa komplikasi tidak dapat menjalani gaya hidup sehat, terutama pada kasus yang tidak terdiagnosis (Kouidere et al., 2021). Jadi melihat kondisi pasien maka pasien memerlukan perawatan diri yang perlu dibantu orang lain dikarenakan adanya luka gangren di kaki kiri pasien serta bisa membantu mempercepat kesembuhan dan memperbaiki keadaan pasien.

Pola istirahat dan tidur didapatkan data bahwa istirahat dan tidur pasien tidak ada kesulitan, serta mudah mengawali tidur. pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya. pasien membutuhkan istirahat yang cukup untuk menunjang perbaikan keadaan dan mempercepat kesembuhan. sebagian besar penelitian hingga saat ini dilakukan dengan sampel yang sehat, tetapi masalah tidur dapat menimbulkan risiko tambahan bagi penderita diabetes tipe 2. bukti meta-analitik menunjukkan bahwa kualitas tidur yang buruk merupakan faktor risiko diabetes tipe 2 (Hackett et al., 2020). Jadi ada hubungannya fakta dan teori dari klien untuk sebaiknya pasien banyak beristirahat dahulu, untuk mempercepat kesembuhannya.

4.1.4 Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan persistem seperti yang diuraikan sebagai berikut:

1. B1 Pernafasan (*Breath*)

Pada pengkajian B1 didapatkan pasien tidak ada keluhan sesak nafas. Tidak terpasang oksigen RR : 20x/mnt. Inspeksi : Bentuk dada normochest, tidak ada otot bantu nafas. Tidak tampak pernafasan nafas cuping hidung. Palpasi : *Vocal femitus* teraba seimbang kanan dan kiri, pergerakan dada simetris. Perkusi : Sonor dibagian *lobus anterior-posterior dextra-sinistra dan lobus media dextra*, batas jantung paru ICS ke-6 *midklavikula sinistra*, batas paru – hepar ICS 11 *midclavikula dextra*. Auskultasi : irama napas: reguler, pola napas : reguler, suara napas: vesikuler, tidak

ada tarikan dinding dada, ronkhi (-/-), *wheezing* (-/-), tidak ada batuk, tidak ada sputum, terdengar suara sonor saat diperkusi.

Peneliti menyimpulkan pada pengkajian B1 Penafasan (*Breath*) tidak ditemukan masalah keperawatan pada pasien Ny. M, dikarenakan komplikasi dari penyakit diabetes yang diderita pasien belum mempengaruhi pada organ pernafasan.

2. B2 Kardiovaskuler (*Blood*)

Pada pengkajian B2 didapatkan, Inspeksi: tidak ada perdarahan, tidak terdapat pembesaran vena jugularis. Palpasi : ictus cordis (teraba pada mid clavikula sinistra ICS ke IV-V). Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening. Perkusi : batas jantung normal, batas atas : ICS II (N = ICS II), batas bawah : ICS V (N = ICS V), batas Kiri : ICS V (N = ICS V *Mid Clavikula Sinistra*), batas Kanan : ICS IV (N = ICS IV *Mid Sternalis Dextra*). Auskultasi : Irama jantung: reguler, bunyi jantung : S1 - S2 tunggal, gallop tidak ada, murmur tidak ada. Tidak ada nyeri dada, akral dingin, warna kulit pucat. CRT: > 3 detik, S : 36.1°C, TD: 130/82 mmHg. hasil laborat tgl 21/01/2023 HB.8.70 g/dl, tidak ada edema tangan dan kaki (-/-), N: 90 x/menit, Indeks ankle-brachial 0,61, Pada tangan kanan terpasang infus NS 14 tpm. Selama perawatan pasien, penting untuk mengetahui komposisi darah pasien. Mengetahui komposisi darah pasien dapat memberikan indikasi kondisi pasien, membantu diagnosis pasien, dan membantu menentukan rangkaian pengobatan. Salah satu komponen darah khususnya, hemoglobin, sangat penting. Hemoglobin bertanggung jawab untuk pengangkutan oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh. Jika hemoglobin total tidak mencukupi atau jika hemoglobin tidak dapat mengikat atau membawa oksigen yang cukup, maka pasien dapat mati lemas.

Selain oksigen, molekul lain dapat berikatan dengan hemoglobin. Misalnya, hemoglobin dapat berikatan dengan karbon monoksida untuk membentuk karboksihemoglobin. Ketika molekul lain berikatan dengan hemoglobin, hemoglobin tidak mampu membawa molekul oksigen, sehingga pasien kekurangan oksigen (Ali et al., 2019).

Peneliti menyimpulkan pada pengkajian B2 Kardiovaskular (*Blood*) masalah keperawatan pada pasien Ny. M adalah Perfusi perifer tidak efektif b.d. Penurunan kadar HB dan Hiperglikemia dikarenakan terdapat luka gangren pada dorsum pedis sinistra dan jaringan nekrotik jari ke 1,3,4,5 yang mengeluarkan cairan kekuningan bercampur darah yang mengakibatkan penurunan kadar HB, serta hasil pemeriksaan Indeks ankle-brachial 0,61 menandakan peredaran darah ke ekstremitas bawah berkurang.

3. B3 Persyarafan (*Brain*)

Pada pengkajian B3 didapatkan GCS 456, kesadaran: composmentis, Pasien mengatakan nyeri di jari kaki kiri, Adanya abses di *dorsum pedis sinistra*, cekot-cekot, di Pedis sinistra, dengan skala 6 dari 10 skala nyeri, dirasakan pasien nyeri setiap saat. Didapatkan hasil saat rawat luka terdapat pus yang keluar serta adanya kemerahan,, tidak ada paralisis, N-I (*olfactorius*) : dapat mengidentifikasi bau, N-II (*optikus*) : ketajaman mata baik, lapang pandang baik tidak ada gangguan, N-III (*okulomotorikus*) : pergerakan pupil simetris, N-IV (*toklearis*) : pergerakan pupil kanan-kiri, N-V (*trigeminal*) : sensasi wajah tidak ada gangguan, mampu merasakan sentuhan dengan baik, dapat membuka mulut, mengunyah, N-VI (*abduzen*) : dapat menggerakkan mata ke arah lateral, N-VII (*fasial*) : wajah simetris, dapat mengerutkan dahi, senyum simetris, N-VIII (*vestibulokoklear*) :

pendengaran baik, tes tunjuk hidung baik, mendekatkan suara, N-IX (*glossofarangeal*) : pengecapan baik, dapat menelan, N-X (*vagus*) : ada reflek muntah, N- XI (*aksesoris*) : mampu menolehkan leher tanpa menggerakkan bahu, N- XII (*hipoglossus*) : bicara normal, Pupil isokor 3 mm/3 mm, refleks cahaya +/+, reflek patologis : *reflek babinski -/-, reflek chaddock -/-, reflek Gordon -/-*, reflek fisiologis : *patella +/+*, tidak ditemukannya hemiplegia. keberadaan dan karakteristik nyeri ulkus kaki diabetik pada 28 pasien ulkus kaki diabetik, dan ditemukan bahwa 86% (n=24) mengalami nyeri ulkus kaki diabetik. Ini sering terjadi dan dengan intensitas tinggi meskipun neuropati perifer dan dalam banyak kasus, pasien menggambarkan nyeri sebagai nyeri sensorik yang paling umum (Makhtar et al., 2018)

Peneliti menyimpulkan pada pengkajian B3 persyarafan (*Brain*) masalah keperawatan pada pasien Ny. M adalah nyeri akut karena adanya luka diabet di punggung kaki kiri serta jari ke 1,3,4 dan 5 yang menekan syaraf-syaraf sekitar luka dan menimbulkan rangsangan nyeri.

4. B4 Perkemihan (*Blader*)

Pada pemeriksaan B4, Eliminasi urine SMRS frekuensi: 8-10 x/hr, jumlah: ± 2500 cc/hari warna: kuning jernih, Pada saat MRS *Intake* (Infus 1000cc, Injeksi 3x sehari 100cc, Minum dan makan 500cc, Air metabolisme : $6 \times 75g = 450$. Total = 2050 cc). *Output* (Urin 1000cc, IWL = $25 \times 75kg / 24jam = 1200cc$. Total = 2200cc). *Balance Cairan* = 150cc. Saat palpasi tidak teraba adanya distensi kandung kemih dan tidak ada nyeri tekan. Hiperglikemia menguasai kapasitas reabsorpsi glukosa ginjal, menyebabkan glukosuria dan poliuria osmotik. Awalnya kandung kemih mengkompensasi, menyebabkan peningkatan frekuensi berkemih (Inouye et al., 2022).

Peneliti menyimpulkan pada pengkajian B4 Perkemihan (*Bladder*) masalah keperawatan pada pasien Ny. M tidak ditemukan, *Intake* dan *Output* cairan seimbang.

5. B5 Pencernaan (*Bowel*)

Pada saat inspeksi didapatkan mukosa bibir kering, mulut bersih, tidak ada perdarahan pada mulut dan gusi, pasien mengeluh mual, nafsu makan kurang, makan habis ½ porsi. Bentuk abdomen pasien cembung, dan tidak ada terdapat pembesaran abdomen, frekuensi eliminasi Alvi MRS 2 hari sekali (warna kuning kecokelatan, konsistensi lunak, tidak ada stoma) Saat auskultasi didapatkan bising usus 12 x/menit, Saat di palpasi tidak ada nyeri tekan abdomen, saat diperkusi terdengar suara timpani. Terapi diet pada dasarnya penting bagi diabetes dan CKD untuk menjaga kontrol glukosa dan menekan perkembangan kerusakan ginjal. Mengenai terapi diet, khususnya pada tahap lanjut stadium ginjal, diet rendah protein / a *low-protein diet* (LPD) (Kitada, 2018).

Peneliti menyimpulkan pada pengkajian B5 pencernaan (*Bowel*) masalah keperawatan pada pasien Ny. M adalah nausea berhubungan dengan uremia, pasien diberikan diet rendah protein untuk menjaga kotrol gula darah dan mengurangi resiko kerusakan ginjal.

6. B6 *Muskuloskeletal & Integumen* (*Bone*)

Pada pemeriksaan *musculoskeletal*, pada saat inspeksi pasien terbaring di tempat tidur, terpasang infus di tangan kiri, tidak ada *scabies*, warna kulit pucat, adanya abses di pedis sinistra, tampak jaringan nekrotik di jari kesatu, ketiga, keempat dan kelima, pasien mengatakan nyeri dikaki kirinya bagian jari-jari yang mengalami nekrosis, nyeri yang dirasakan pasien setiap saat dan cekot – cekot,

skala nyeri 6 dari 10 skala nyeri, saat dilakukan palpasi didapatkan turgor kulit menurun.

Ulkus kaki diabetik biasanya muncul sebagai *ulserasi* atau *eschar* yang paling umum ditemukan di area bertekanan tinggi atau area yang terkena tekanan berulang, sering di *metatarsal*. Penyebab ulkus kaki dianggap disebabkan oleh kombinasi atau neuropati perifer, sirkulasi darah yang buruk, dan peningkatan kerentanan terhadap infeksi. Luka kaki bisa tidak diketahui dan tumbuh sangat besar karena neuropati dan penyembuhan luka yang buruk terkait dengan diabetes, yang dapat menyebabkan infeksi dan akhirnya menjadi gangren dan amputasi jika tidak ditangani lebih awal (Elmer, 2019). Sekitar 15% penderita DM akan mengalami ulkus pada kaki. Kejadian diabetik dari berbagai populasi berkisar 2-10%. Neuropati, kelainan bentuk tekanan pada kaki yang terlalu tinggi, rendahnya kontrol glukosa darah, lama menderita DM merupakan faktor-faktor penyebab terjadinya ulkus diabetik (Huda & Widayanti, 2017).

Peneliti menyimpulkan pada pengkajian B6 *Muskuloskeletal & Integumen (Bone)* ditemukan masalah keperawatan pada pasien Ny. M adalah Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri dan Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer.

4.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien didapatkan hasil nilai Glukosa Darah Sewaktu 286 mg/dl, Hemoglobin 8.70 g/dL, Leukosit $24.54 \times 10^3/\mu\text{L}$. Hasil pemeriksaan dari elektrolit & gas darah didapatkan nilai Natrium (Na) 130.00 mEq/L, Kalium (K) 4.94 mmol/L, Clorida (Cl) 100.4 mEq/L. Kultur Plus + TKA Tidak Ada pertumbuhan bakteri, Hasil pemeriksaan Foto Thorax AP

tanggal 21 Januari 2023 didapatkan hasil Cor : ukuran membesar, kalsifikasi aortic knob, Pulmo : tak tampak infiltrat , Kedua Peningkatan bronchovascular pattern, Sinus phrenicocostalis kiri kanan tajam. disimpulkan peningkatan bronchovascular pattern, tak tampak pneumonia, kesan cardiomegaly dan kalsifikasi aortic knob.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lellu, (2021) pemeriksaan kadar glukosa darah dapat dijadikan patokan untuk menegakkan status diabetes pada seseorang. Selain itu, pemeriksaan kadar glukosa darah juga digunakan sebagai monitoring kadar glukosa darah.

4.1.6 Pemberian Terapi

Pasien usia lanjut merupakan representasi yang sangat heterogen dan menantang populasi tentang perawatan dan pengobatan diabetes. Ketika mengobati diabetes pada lansia, dokter harus selalu waspada dalam mempertahankan kualitas hidup yang baik. glikemik yang berpusat pada pasien target yang diperlukan untuk mencapai kontrol glikemik menghindari kunjungan glukosa yang berbahaya atau ekstrim. pasien tua sangat rentan terhadap kejadian hipoglikemik, seperti konsekuensi dari penurunan progresif terkait usia pada fungsi reseptor β adrenergik. Memang, hipoglikemia pada orang tua usia telah dikaitkan dengan peningkatan risiko untuk berkembang gangguan kognitif, demensia, semua penyebab rawat inap, dan semuanya menyebabkan kematian. Penggunaan insulin atau insulin secretagogues, polifarmasi, komorbiditas yang hidup berdampingan, ginjal insufisiensi, dehidrasi, gangguan kontra-regulasi tanggapan mewakili faktor risiko predisposisi utama untuk episode hipoglikemik (Longo et al., 2019).

Pada pasien dengan diagnosa medis *Diabetes mellitus* + Gangren diberikan beberapa kolaborasi terapi sebagai berikut :

1. NS 0,9 % 500 ml merupakan cairan / larutan infus yang berfungsi untuk membantu mengembalikan keseimbangan elektrolit pada pasien yang mengalami dehidrasi.
2. Lavemir FlexPen diberikan 1x8 unit pada malam hari sebelum pasien istirahat malam, Obat ini mengandung Insulin detemir yang diindikasikan untuk pengobatan diabetes mellitus pada orang dewasa. Insulin detemir merupakan analog insulin manusia rekombinan yang bekerja panjang (long acting insulin).
3. Novorapid FlexPen diberikan 3x6 unit sebelum makan, Novorapid digunakan untuk memasukkan insulin guna membantu memperbaiki produksi insulin yang dihasilkan tubuh dengan cepat, dengan cara disuntikkan ke dalam tubuh.
4. Ceftriaxone diberikan 2 x1 gr, adalah golongan antibiotik sefalosforin yang dapat digunakan untuk mengobati beberapa kondisi akibat infeksi bakteri, seperti pneumonia, sepsis, meningitis, infeksi kulit, gonore atau kencing nanah, dan infeksi pada pasien dengan sel darah putih yang rendah.
5. Metronidazole Infus diberikan 3x500 mg, Mencegah dan mengobati berbagai macam infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme protozoa dan bakteri anaerob.
6. Omeprazole Inj diberikan 1x20 mg sebagai terapi tukak lambung dan duodenum.

7. Neurodex tablet diberikan 1 x 500mg merupakan vitamin membantu mengatasi kekurangan asupan vitamin B.
8. Kalitake sachet diberikan 2x5 gr merupakan terapi kondisi ketika jumlah kalium dalam darah sangat tinggi (hiperkalemia) sebagai akibat dari gagal ginjal akut dan kronik.
9. Nocid tablet diberikan 1x500 mg. merupakan suplemen yang berfungsi untuk memenuhi asupan asam amino pada pasien ginjal kronis.
10. Inpepsa Sirup diberikan 3x1 cth merupakan terapi jangka pendek dan jangka panjang pada tukak lambung dan usus, gastritis kronik.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis terhadap pengalaman atau respons individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) terdapat 7 diagnosis keperawatan pada pasien dengan *diabetes mellitus* yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Abses
2. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia, Penurunan konsentrasi HB dalam darah
4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan Gangguan toleransi glukosa darah
5. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri
6. Risiko Infeksi dengan Faktor Risiko *Diabetes Melitus*
7. Nausea berhubungan dengan uremia.

Terdapat tujuh diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Nyeri Akut b.d Abses (D.0077 Hal. 172)

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. dengan tanda dan gejala mayor : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. tanda dan gejala minor : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Pada pasien didapatkan data saat pengkajian meliputi data subjektif yakni, Ny. M mengatakan nyeri di kaki kiri yang ada lukanya. Sedangkan data Objektif yakni, tampak luka di sela sela jari kaki pasien dan jari kesatu, ke tiga, ke empat dan kelima kaki kiri pasien terlihat ulkus pada dorsum pedis serta adanya pus dan jari yang terdapat nekrosis dan nyeri, rasa nyeri cekot-cekot dengan skala 6 dari 10 skala nyeri, waktu timbulnya nyeri setiap saat.

The International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau dijelaskan dalam ketentuan kerusakan tersebut (Walker et al., 2019). Menurut hasil penelitian dari Bell, (2018) Jalur nosiseptif yang membawa sinyal dari perifer ke otak di mana nyeri dirasakan dapat dipecah

menjadi komponen: Transduksi rangsangan berbahaya di perifer, transmisi rangsangan tersebut ke sistem saraf pusat (SSP), integrasi pusat dan modulasi sinyal. di tingkat SSP, dan akhirnya proyeksi ke otak diikuti oleh persepsi. Penulis mengambil diagnosa ini karena data yang ditemukan sesuai dengan teori tersebut dan masalah ini mengganggu kenyamanan pasien dan juga mengancam jiwa karena dapat mengakibatkan syok *neurogenik* apabila tidak segera diatasi.

2. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d neuropati perifer (D.0129 Hal.282).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan adalah Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligamen. dengan tanda dan gejala mayor : Kerusakan jaringan dan/atau lapisan. tanda dan gejala minor : Perdarahan, Kemerahan, Hematoma.

Pada pasien didapatkan data saat pengkajian meliputi data obyektif yakni , terdapat luka disertai pus pada dorsum pedis sinistra, ukuran luka panjang 5 cm dan lebar 3 cm dengan bau luka minimal, cairan luka minimal berwarna kekuningan, terdapat jaringan nekrotik pada jari kaki kiri kesatu, tiga, empat dan lima, hasil Laborat Tgl. 21/1/2023 Leukosit : $24.82 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrofil# : $21.18 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrofil%: 86.40 % .

Adanya luka pada kulit kaki pada penderita diabetes, yang tidak segera sembuh, tetapi tidak menunjukkan jenisnya. Ada banyak penyebab yang menyebabkan kulit pecah-pecah, dan begitu ulkus berkembang, beberapa faktor menghambat penyembuhannya yang cepat. Penyebab kulit

pecah-pecah akan bervariasi dari orang ke orang, dan penyebab keterlambatan dalam Penyembuhan tidak hanya akan bervariasi antara orang-orang tetapi juga bervariasi dengan waktu: faktor yang berbeda mungkin dominan dalam menunda penyembuhan pada tahap yang berbeda dalam proses penyembuhan. Pengobatan yang efektif dari setiap ulkus tergantung pada dokter menyadari penyebab yang paling penting di waktu tertentu dan memilih strategi manajemen yang tepat (Monteiro-soares et al., 2020). Menurut hasil penelitian dari Adri et al., (2020) Hasil analisis menunjukkan bahwa variabel umur merupakan variabel yang paling berisiko terhadap kasus *Diabetes Melitus* tipe 2 dengan ulkus diabetik. Penulis mengambil diagnosa ini karena data yang ditemukan sesuai dengan teori tersebut dan masalah ini mengganggu kenyamanan pasien dan juga berisiko terjadinya sepsis apabila tidak segera diatasi.

3. Perfusi perifer tidak efektif b.d Hiperglikemia dan penurunan konsentrasi HB dalam darah (D.0009 Hal.37)

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Perfusi perifer tidak efektif adalah Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. dengan tanda dan gejala mayor : Pengisian kapiler >3 detik, Nadi perifer menurun atau tidak teraba, Akral teraba dingin, Warna kulit pucat, Nyeri ekstremitas. dan gejala minor : Edema, Penyembuhan luka lambat, Indeks ankle-brachial < 0,90

Pada pasien didapatkan data saat pengkajian meliputi data subjektif yakni: Ny. M mengatakan nyeri dikaki kiri bagian jari yang terluka, Jari ke 1,3,4,5 pasien mengalami nekrosis, Sedangkan data Objektif yakni: CRT >3

detik ,warna kulit pucat, akral teraba dingin, kulit menurun, HB. 8.7 g/dl, Indeks ankle-brachial 0,61.

Diantara diagnosa keperawatan yang mungkin ada pada pasien dengan kaki diabetik, literatur menyoroti diagnosis tidak efektif perfusi jaringan perifer didefinisikan sebagai “penurunan peredaran darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan”. Diagnosis ini berlaku untuk orang-orang ini, karena komplikasi diabetes menimbulkan dampak yang besar secara keseluruhan organisme dan terutama mempengaruhi sistem saraf dan pembuluh darah, merupakan penyebab penting kecacatan (Pascoal, 2021). Menurut hasil penelitian dari Imroatul et al., (2022). Pengukuran Ankle-brachial index (ABI) dapat dilakukan dengan membagi tekanan darah sistolik di pergelangan kaki (ankle) dengan sistolik tertinggi tekanan di lengan (brakialis). Hasil pengukuran ABI dapat diartikan dalam hal normal perfusi yaitu 0,91-1,3 mmHg, obstruksi ringan yaitu 0,71-0,90 mmHg, obstruksi sedang yaitu 0,41-0,70 mmHg dan 0,40 mmHg terjadi obstruksi berat. Penulis mengambil diagnosa ini karena data yang ditemukan sesuai dengan teori tersebut dan masalah ini menyebabkan anemia dan juga berkurangnya suplai nutrisi dan oksigen untuk mempercepat penyembuhan apabila tidak segera diatasi.

4. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Gangguan toleransi glukosa darah (D.0027 Hal.71).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) nyeri akut adalah Variasi kadar glukosa darah nail/turun dari rentang normal. dengan

tanda dan gejala mayor : Palpitasi, Mengeluh lapar, Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi, tanda dan gejala minor : Mulut kering, haus meningkat.

Pada pasien didapatkan data saat pengkajian meliputi data subjektif yakni: Ny. M mengatakan mudah lapar dan sering BAK sebanyak 10 kali/hari , Sedangkan data Objektif yakni: GDP 169 mg/dl, mulut kering, rasa haus meningkat, pasien tampak lesu.

Hiperglikemia adalah glukosa darah lebih besar dari 125 mg/dL saat puasa dan lebih dari 180 mg/dL 2 jam postprandial. Seorang pasien mengalami gangguan toleransi glukosa, atau pra-diabetes, dengan glukosa plasma puasa 100 mg/dL sampai 125 mg/dL. Seorang pasien disebut diabetes dengan glukosa darah puasa lebih dari 125 mg/dL. Hiperglikemia yang tidak terkontrol menyebabkan peningkatan osmolaritas yang akan mengganggu keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh. Terapi rehidrasi akan mengganti komposisi cairan tubuh yang ditimbulkan akibat hiperosmolaritas (Lutfi, 2019). Menurut hasil penelitian dari Ariqoh et al., (2022) Lanjut usia dengan DM berpeluang guna terbentuknya ketidakstabilan kadar glukosa darah baik pada keadaan hipoglikemi ataupun hiperglikemi. Peningkatan kadar gula darah disebabkan oleh gangguan homeostasis regulasi gula darah. kendala pengaturan gula darah pada lanjut usia meliputi 3 perihal yaitu kehilangan pelepasan insulin pada tahap awal, resistensi insulin, serta kenaikan kadar gula darah post prandial, diantara ketiga kendala tersebut yang sangat berperan adalah resistensi insulin. Penulis mengambil diagnosa ini karena data yang ditemukan sesuai dengan teori tersebut dan masalah ini mempengaruhi

kesembuhan luka pasien dan mengurangi resiko terjadinya komplikasi akibat diabetes mellitus.

5. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri(D.0054 Hal.124)

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Gangguan Mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. dengan tanda dan gejala mayor : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, tanda dan gejala minor : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Pada pasien didapatkan data saat pengkajian meliputi data subjektif yakni: Ny. M mengatakan nyeri pada kaki kiri saat bergerak, Sedangkan data Objektif yakni: terlihat kaki kiri pasien terbalut perban, saat dilakukan perawatan luka terlihat kaki pasien bagian jari ke 1,3,4,5 mengalami nekrosis.

Gangguan mobilitas fisik atau imobilitas seperti mandi, berpakaian, berpindah tempat, makan, minum, pada usia lanjut membutuhkan pertolongan dengan gangguan cukup parah sehingga mempengaruhi perilaku dan kualitas hidup mereka (Airiska et al., 2020). Menurut hasil penelitian dari Yuliadi, (2021) Faktor utama imobilisasi adalah berawal dari terdapatnya rasa sakit atau nyeri, lemah, kaku pada otot, kurangnya keseimbangan, serta pada masalah yang berhubungan psikologi klien. Penulis mengambil diagnosa ini karena data yang ditemukan sesuai dengan teori tersebut dan masalah ini mempengaruhi aktivitas pasien.

6. Nausea b.d uremia (D.0076 Hal.170)

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. dengan tanda dan gejala mayor : mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan, tanda dan gejala minor : merasa asam di mulut, sensasi panas/dingin, sering menelan, saliva meningkat, pucat, diaforesis, takikardi, pupil dilatasi.

Pada pasien didapatkan data saat pengkajian meliputi data subjektif yakni: Ny. M mengatakan mual dan ingin muntah, tidak selera makan, Sedangkan data Objektif yakni: tampak porsi makan tidak habis, pasien tampak lemas, hasil tanggal laborat 21 januari 2023 Kreatinin : 7.00 mg/dl, BUN: 88 mg/dl.

Mual adalah sensasi yang tidak menyenangkan yang menyebabkan rasa tidak nyaman pada daerah perut yang memberikan perasaan yang akan datang perlu muntah atau muntah. Ini sering merupakan sensasi sementara yang sering diikuti dengan muntah aktif atau takikardi dan peningkatan air liur. Muntah adalah yang tidak disengaja, kuat pengeluaran isi lambung melalui mulut dan/atau hidung (Elvir-lazo & White, 2020). Menurut hasil penelitian dari Zhang et al., (2022) Mual adalah salah satu gejala yang paling banyak ditemui dalam perawatan kesehatan, dengan obat anti mual saat ini menunjukkan klinis variabel kesuksesan. Strategi baru untuk intervensi mual diperlukan dan dapat diaktifkan oleh pemahaman mekanistik bagaimana sensasi mual muncul. Studi klasik yang melibatkan lesi otak dan stimulasi mengungkapkan struktur batang otak kecil disebut

area postrema yang memediasi respons mual beberapa ancaman mendalam. Penulis mengambil diagnosa ini karena data yang ditemukan sesuai dengan teori tersebut dan masalah ini akan mempengaruhi status nutrisi pasien.

7. Ansietas b.d krisis situasional (D.0080 Hal. 180).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. dengan tanda dan gejala mayor : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, tanda dan gejala minor : mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremors, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

Pada pasien didapatkan data saat pengkajian meliputi data subjektif yakni: Ny. M mengatakan merasa bingung karena disarankan untuk amputasi, Sedangkan data Objektif yakni pasien tampak gelisah, tampak sulit tidur, mukanya tampak pucat.

Kecemasan adalah keadaan medis yang berhubungan dengan psikologis kita serta perilaku fisiologis yang memiliki banyak karakter seperti kognitif, emosional, perilaku dan somatik (Sarkar, 2020). Menurut hasil penelitian Syokumawena et al.,(2022) Cemas pasien akan berpengaruh pada fungsi tubuh menjelang operasi. Kecemasan yang tinggi, dapat mempengaruhi fungsi fisiologis tubuh yang ditandai dengan adanya peningkatan frekuensi nadi dan respirasi, pergeseran tekanan darah dan

suhu, relaksasi otot polos pada kandung kemih dan usus, kulit dingin dan lembab, peningkatan respirasi, dilatasi pupil dan mulut kering. Penulis mengambil diagnosa ini karena data yang ditemukan sesuai dengan teori tersebut dan masalah ini mempengaruhi terhadap tindakan medis yang akan dilakukan.

4.3 Intervensi

Intervensi dan Implementasi Keperawatan menitikberatkan pada bagaimana proses perencanaan intervensi yang berisi aktivitas yang akan dilakukan perawat kepada pasien serta pencatatan tindakan yang telah dilakukan kepada pasien dan respons pasien terhadap tindakan yang diberikan (Koerniawan et al., 2020). Penyusunan rencana keperawatan kepada pasien didasarkan pada prioritas masalah yang ditemukan dan berdasarkan kondisi nyata pasien sesuai kebutuhannya, disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien pada saat pengkajian dan berdasarkan standar yang ada di RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1. Diagnosa 1: Nyeri Akut berhubungan dengan Abses

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, maka nyeri pasien berkurang. Dengan Kriteria Hasil: Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Kesulitan tidur menurun, Tekanan darah menurun (normalnya 120/80 mmHg), Beberapa intervensi Perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standar rumah sakit adalah sebagai berikut: identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, Kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi

rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam), fasilitasi istirahat tidur ,
Jelaskan penyebab nyeri, Kolaborasi dengan dokter pemberian analgesik.

Penelitian Triwinarti et al., (2021) Teknik relaksasi nafas dalam dapat memberikan kontrol diri pada individu ketika nyeri dirasakan sehingga ketegangan fisik, mental dan emosional menurun. Hal ini membuat respons simpatis nyeri kembali dan memberikan efek penurunan tekanan darah, detak jantung serta pernafasan.

2. Diagnosa 2: Kerusakan Integritas b.d Neuropati perifer

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka kerusakan integritas kulit teratasi. Dengan Kriteria Hasil : kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun , kemerahan menurun, nekrosis menurun, perdarahan menurun, bengkak menurun, beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standar rumah sakit adalah sebagai berikut: monitor karakteristik luka (misal: drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, kolaborasi prosedur debridement

(misalnya enzimatis, biologis, mekanis, autolisis), jika perlu, kolaborasi pemberian antibiotik.

Penelitian Nurwahidah, (2022) Manajemen luka yang optimal memiliki beberapa komponen penting yang saling mendukung dalam mempercepat penyembuhan luka, salah satu komponen penting dalam manajemen luka adalah wound cleansing. Wound cleansing merupakan bagian integral dari persiapan dasar luka untuk mengoptimalkan daerah luka dengan cara menghilangkan kontaminan permukaan, sisa-sisa dressing, mengurangi jumlah bakteri dan mencegah aktivitas biofilm dari permukaan luka.

3. Diagnosa 3: Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi HB dalam darah

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka perfusi perifer kembali efektif. Dengan Kriteria Hasil : CRT normal (normalnya <2 detik), Akral membaik, Pengisian kapiler membaik, Turgor kulit membaik, Warna kulit pucat menurun, Nyeri ekstremitas menurun, Tekanan darah sistolik diastolik membaik, beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standar rumah sakit adalah sebagai berikut: Periksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor risiko gangguan perifer (diabetes, hipertensi), monitor kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas, lakukan pencegahan infeksi, lakukan perawatan kaki dan kuku, lakukan hidrasi, anjurkan berolahraga

Penelitian Amalia et al., (2022) Gangguan vaskularisasi perifer yang terjadi perlu diketahui dari awal, salah satunya dengan melakukan pemeriksaan Ankle Brachial Index(ABI). ABI merupakan suatu pemeriksaan non-invasive untuk mengetahui vaskularisasi ke arah kaki dengan mengukur rasio tekanan darah sistolik (ankle) dengan tekanan darah sistolik lengan (brachial).

4. Diagnosa 4: Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan toleransi glukosa darah.

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka kadar glukosa darah stabil. Dengan Kriteria Hasil : GDA normal (normalnya : <200 mg/dl), mulut kering menurun, rasa haus menurun, lesu menurun, beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standar rumah sakit adalah sebagai berikut: identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (polyuria, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala), Berikan cairan infus NS 14 tpm, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, Kolaborasi pemberian insulin.

Penelitian Saprianto & Khairunnisa, (2022) Upaya mengatasi *Diabetes Melitus* dapat dilakukan dengan cara non teknik farmakologi yaitu penerapan senam kaki untuk menurunkan ketidakstabilan glukosa darah. Senam kaki diabetik merupakan suatu kegiatan dengan melakukan senam pada kaki penderita *Diabetes Melitus* yang bermanfaat untuk memperlancar

peredaran darah pada kaki serta mencegah pembengkakan dan luka pada kaki. Latihan fisik dapat dilakukan kapan saja sesuai dengan kondisi penderita diabetes melitus, karena latihan ini dilakukan dengan posisi duduk dan keadaan rileks.

5. Diagnosa 5: Gangguan Mobilitas fisik b.d Nyeri

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat. dengan kriteria hasil : pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standar rumah sakit adalah sebagai berikut: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk), fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, anjurkan melakukan ambulasi dini

Penelitian Benefits et al., (2018) Gerakan berubah dalam rasa sakit. Ini muncul di seluruh spektrum dari perubahan halus dalam cara di mana tugas diselesaikan untuk menyelesaikan penghindaran fungsi dan dapat menjadi penyebab dan efek input nyeri / nosiseptif dan / atau cedera. Gerakan, dalam berbagai bentuk, juga direkomendasikan sebagai komponen perawatan untuk membantu pemulihan banyak sindrom nyeri. Beberapa berpendapat mungkin tidak cukup hanya dengan meningkatkan

aktivitas, sementara yang lain mempertahankan kebutuhan untuk mempertimbangkan bagaimana seseorang bergerak.

6. Diagnosa 6: Nausea berhubungan dengan uremia.

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nausea menurun, dengan kriteria hasil: Perasaan ingin muntah menurun, beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standar rumah sakit adalah sebagai berikut: Identifikasi pengalaman mual, Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur), Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur), Identifikasi anti emetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan), Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan), Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan), Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan), Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu, Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual, Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak, Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur), Kolaborasi pemberian obat anti emetik, jika perlu

Penelitian Lew & Radhakrishnan, (2020) Patogenesis yang tepat anoreksia pada pasien uremia masih belum diketahui dan kemungkinan multifaktorial. Banyak mediator berkontribusi pada pengendalian nafsu makan. Zat oreksigenik seperti ghrelin, neuropeptida Y, dan peptida terkait agouti merangsang nafsu makan. Zat anoreksigenik seperti leptin, kolesistokinin, insulin, dan hormon perangsang melanosit menginduksi anoreksia. Faktor lain seperti serotonin, melanocortin, tryptophan, corticotrophin-related hormone, TNF-alpha, dan interleukin-1b juga berperan dalam memodifikasi nafsu makan dan perilaku makan.

7. Diagnosa 7: Ansietas b.d krisis situasional

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, maka tingkat ansietas menurun. dengan kriteria hasil: verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standar rumah sakit adalah sebagai berikut: identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor), identifikasi kemampuan mengambil keputusan, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, diskusikan perencanaan

realistis tentang peristiwa yang akan datang, jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi, latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih teknik relaksasi, kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

Penelitian Rismawan et al., (2020) Prosedur operasi merupakan salah satu bentuk terapi medis yang dapat menimbulkan rasa takut, cemas hingga stres, karena dapat mengancam integritas tubuh, jiwa dan dapat menimbulkan rasa nyeri. Perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam setiap tindakan operasi, yaitu salah satunya untuk membantu pasien mendapatkan informasi tentang tindakan-tindakan yang akan dilakukan agar dapat mengurangi rasa cemas yang dialami pasien.

4.4 Implementasi

Implementasi adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua 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 yaitu

antara lain adanya kerja sama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1. Nyeri akut berhubungan dengan adanya abses

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023. Implementasi untuk nyeri akut yaitu mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, frekuensi, durasi kualitas intensitas nyeri dan tanda-tanda infeksi hasil yang diperoleh lokasi nyeri di kaki kiri bagian jari ke-1,3,4,5 dan sela-sela jari terdapat luka kemerahan, bengkak, terdapat pus dan jaringan nekrosis nyeri dirasakan terus-menerus dengan skala 6 dari 10 skala nyeri, selanjutnya diberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara teknik distraksi dan teknik relaksasi hasil yang diperoleh pasien dapat mengulangi teknik relaksasi nafas dalam dan pasien tampak lebih tenang dan rileks, diberikan posisi dan lingkungan yang nyaman agar pasien lebih rileks, mereview teknik relaksasi dan distraksi dengan hasil yang diperoleh pasien bisa mempraktikkan teknik distraksi dan relaksasi yang sudah diajarkan, dokter dpjp tidak memberikan obat analgesik karena pasien memiliki keluhan mual dan ingin muntah, serta pasien sudah terbiasa dengan kondisi tersebut tanpa mengalami permasalahan berlebihan.

Penelitian Triwinarti et al., (2021) Teknik relaksasi nafas dalam dapat memberikan kontrol diri pada individu ketika nyeri dirasakan

sehingga ketegangan fisik, mental dan emosional menurun. Hal ini membuat respons simpatis nyeri kembali dan memberikan efek penurunan tekanan darah, detak jantung serta pernafasan.

2. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023. Implementasi untuk Gangguan integritas kulit/jaringan yaitu dilakukan tindakan keperawatan memonitor karakteristik dan tanda-tanda infeksi hasil yang didapatkan tampak luka kemerahan, bengkak terdapat pus dan jaringan nekrosis pada kaki kiri jari ke 1,3,4,5, hasil pemeriksaan Laborat Tgl. 21/1/2023 Leukosit : $24.82 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ Neutrofil# : $21.18 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, Neutrofil%: 86.40 %, dilakukan tindakan perawatan luka dan perawatan kaki serta kuku pasien dengan cairan NaCl, membersihkan jaringan nekrotik, memberikan Sufratule pada luka, memasang balutan sesuai jenis luka serta mempertahankan teknik steril saat perawatan luka dengan hasil luka diperban sehingga tidak ada cairan yang rembes kaki dan kuku pasien tampak bersih, diberikan terapi injeksi Ceftriaxone 1 gram setiap 8 jam, metronidazole 500 mg setiap 8 jam, serta mengobservasi tanda-tanda alergi pemberian antibiotik dengan hasil tidak ada tanda-tanda alergi obat antibiotik.

Penelitian Nurwahidah, (2022) Manajemen luka yang optimal memiliki beberapa komponen penting yang saling mendukung dalam mempercepat penyembuhan luka, salah satu komponen penting

dalam manajemen luka adalah wound cleansing. Wound cleansing merupakan bagian integral dari persiapan dasar luka untuk mengoptimalkan daerah luka dengan cara menghilangkan kontaminan permukaan, sisa-sisa dressing, mengurangi jumlah bakteri dan mencegah aktivitas biofilm dari permukaan luka.

3. Perfusi perifer Tidak Efektif b.d penurunan konsentrasi HB dalam darah

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023. Implementasi untuk Perfusi perifer tidak efektif yaitu dilakukan tindakan pemeriksaan sirkulasi perifer dengan hasil CRT lebih dari 3 detik, Indeks ankle-brachial 0,61, warna kulit pucat, akral teraba dingin, suhu 36,1 °C, HB 8,70 gram/dl, pasien mendapatkan transfusi darah PRC pertama pada tanggal 22 Januari 2023 selanjutnya mendapatkan transfusi darah PRC kedua tanggal 23 Januari 2023, mendapatkan terapi infus NS 14 tetes per menit.

Penelitian Amalia et al., (2022) Gangguan vaskularisasi perifer yang terjadi perlu diketahui dari awal, salah satunya dengan melakukan pemeriksaan Ankle Brachial Index (ABI). ABI merupakan suatu pemeriksaan non-invasive untuk mengetahui vaskularisasi ke arah kaki dengan mengukur rasio tekanan darah sistolik (ankle) dengan tekanan darah sistolik lengan (brachial).

4. Ketidakstabilan kadar gula darah b.d gangguan toleransi glukosa

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 23

Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023. Implementasi untuk Ketidakstabilan kadar gula darah yaitu dilakukan tindakan memonitor kadar gula darah serta tanda-tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil yang didapatkan gula darah puasa 169 mg/dl, pasien mengatakan sering haus sering lapar dan sering kencing, diberikan infus NS dengan 14 tetes per menit, memberikan injeksi Novorapid 6 unit sebelum makan, memberikan injeksi lavemir 8 unit sebelum tidur, mengecek gula darah pasien setiap hari dengan hasil didapatkan tanggal 23 Januari 2023 GDP 169 mg/dl, tanggal 24 Januari 2023 GDA 286 mg/dl, tanggal 25 Januari 2023 GDA 303 mg/dl, memberikan diet sesuai anjuran ahli gizi, memberikan vitamin neurodex 1 tablet setiap hari.

Penelitian Saprianto & Khairunnisa, (2022) Upaya mengatasi *Diabetes Melitus* dapat dilakukan dengan cara non teknik farmakologi yaitu penerapan senam kaki untuk menurunkan ketidakstabilan glukosa darah. Senam kaki diabetik merupakan suatu kegiatan dengan melakukan senam pada kaki penderita *Diabetes Melitus* yang bermanfaat untuk memperlancar peredaran darah pada kaki serta mencegah pembengkakan dan luka pada kaki. Latihan fisik dapat dilakukan kapan saja sesuai dengan kondisi penderita diabetes melitus, karena latihan ini dilakukan dengan posisi duduk dan keadaan rileks.

5. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023. Implementasi untuk

Gangguan Mobilitas fisik yaitu mengidentifikasi adanya keluhan fisik, membantu mobilisasi pasien, menyarankan mobilisasi mandiri dan dibantu keluarga.

Penelitian Benefits et al., (2018) Gerakan berubah dalam rasa sakit. Ini muncul di seluruh spektrum dari perubahan halus dalam cara di mana tugas diselesaikan untuk menyelesaikan penghindaran fungsi dan dapat menjadi penyebab dan efek input nyeri / nosiseptif dan / atau cedera. Gerakan, dalam berbagai bentuk, juga direkomendasikan sebagai komponen perawatan untuk membantu pemulihan banyak sindrom nyeri. Beberapa berpendapat mungkin tidak cukup hanya dengan meningkatkan aktivitas, sementara yang lain mempertahankan kebutuhan untuk mempertimbangkan bagaimana seseorang bergerak.

6. Nausea berhubungan dengan uremia

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023. Implementasi untuk Nausea yaitu dilakukan tindakan memonitor frekuensi mual, durasi dan tingkat mual dengan hasil yang didapatkan pasien mengatakan selalu merasa mual sejak seminggu ini, makanan yang dihidangkan hanya habis setengah porsi, diberikan terapi inepesa sirup dan diet nasi tim, diberikan obat oral kalitake, dan obat nocid 1 sachet per hari, menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur yang cukup.

Penelitian Lew & Radhkrishnan, (2020) Patogenesis yang tepat anoreksia pada pasien uremia masih belum diketahui dan kemungkinan

multifaktorial. Banyak mediator berkontribusi pada pengendalian nafsu makan. Zat oreksigenik seperti ghrelin, neuropeptida Y, dan peptida terkait agouti merangsang nafsu makan. Zat anoreksigenik seperti leptin, kolesistokinin, insulin, dan hormon perangsang melanosit menginduksi anoreksia. Faktor lain seperti serotonin, melanocortin, tryptophan, corticotrophin-related hormone, TNF-alpha, dan interleukin-1b juga berperan dalam memodifikasi nafsu makan dan perilaku makan.

7. Ansietas b.d krisis situasional

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023. Implementasi untuk Ansietas yaitu dilakukan tindakan dengan mengidentifikasi tingkat ansietas dengan hasil didapatkan pasien mengatakan merasa cemas bila dilakukan tindakan amputasi serta merasa malu dengan lingkungan sekitar bila tidak mempunyai kaki, diberikan informasi secara faktual tentang diagnosis penyakitnya bahwa kondisi saat ini terdapat adanya luka gangren serta jaringan tubuh yang sudah nekrotik maka dengan prosedur invasif yaitu amputasi dan prognosis bila tidak dilakukan amputasi maka luka gangren akan semakin menjalar dan meluas serta berisiko tinggi terjadinya infeksi yang bisa menjalar ke seluruh tubuh yaitu sepsis. Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan karena pasien dan keluarga dapat bekerja sama dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan dengan baik.

Penelitian Rismawan et al., (2020) Prosedur operasi merupakan salah satu bentuk terapi medis yang dapat menimbulkan rasa takut, cemas hingga stres, karena dapat mengancam integritas tubuh, jiwa dan dapat menimbulkan rasa nyeri. Perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam setiap tindakan operasi, yaitu salah satunya untuk membantu pasien mendapatkan informasi tentang tindakan-tindakan yang akan dilakukan agar dapat mengurangi rasa cemas yang dialami pasien.

4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil (Rahayu, 2020). Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif (dilakukan selama proses asuhan keperawatan) dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir. Evaluasi dapat dibagi dalam 2 jenis yaitu evaluasi berjalan (sumatif) dan evaluasi akhir (formatif).

Pada kasus ini menunjukkan bahwa adanya kemajuan atau keberhasilan dalam mengatasi masalah pasien. pada kasus Ny. M yang dirawat diruang rawat inap Ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah, hasil evaluasi akhir yaitu pada tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023 dari

diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus, sebagian diagnosa telah teratasi dan ada beberapa diagnosa yang masih teratasi sebagian, sebagai berikut:

1. Diagnosa 1: Nyeri Akut berhubungan dengan Abses

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023, nyeri berkurang, masalah teratasi sebagian. dibuktikan dengan Ny. M mengatakan nyerinya sudah berkurang setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam, dengan skala nyeri 3, pasien terlihat lebih rileks, pasien terlihat tidur dengan tenang. Intervensi yang dilanjutkan yaitu memfasilitasi istirahat tidur.

2. Diagnosa 2: Kerusakan Integritas b.d Neuropati perifer

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023, , kerusakan integritas kulit menurun, masalah teratasi sebagian. dibuktikan dengan Ny. M mengatakan lebih nyaman setelah perbannya diganti. luka tertutup perban, pasien istirahat di tempat tidur, pasien terlihat tenang, tidak ada rembesan cairan diperban. Intervensi yang dilanjutkan yaitu Merawat luka setiap hari, memberikan obat antibiotik sesuai advis dokter, berkolaborasi untuk tindakan debridement.

3. Diagnosa 3: Diagnosa 3: Perfusi perifer tidak efektif b.d Penurunan konsentrasi HB dalam darah

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023, Perfusi perifer kembali efektif, masalah teratasi. dibuktikan

dengan Ny. M mengatakan pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa lemas , pasien tampak tidak pucat, akral teraba hangat, Hb. $11.20 \times 10^3/\mu\text{l}$ (23/01/2023), CRT <3 detik, TD : 119/75 mmHg " RR" : 18x/menit, suhu : 36.1°C , SpO₂ : 98%, terpasang infus Ns 14 tpm, Intervensi keperawatan dihentikan tanggal 24/01/2023. Pukul 07.00 WIB

4. Diagnosa 4: Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Gangguan toleransi glukosa darah.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023, Kadar gula darah belum stabil, masalah belum teratasi. dibuktikan dengan Ny. M mengatakan sering kencing dan sering merasa haus, mulut kering, GDA : 286 mg/dl, Intervensi yang dilanjutkan yaitu memonitor kadar gula darah, memberikan cairan infus NS 14 tpm, memberikan terapi injeksi insulin sesuai advis dokter.

5. Diagnosa 5: Gangguan Mobilitas fisik b.d Nyeri

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023, mobilitas fisik sedikit meningkat, masalah belum teratasi. dibuktikan dengan Ny. M mengatakan masih susah menggerakkan kaki kirinya, pasien tampak berbaring di tempat tidur, tampak ada luka di punggung kaki kiri dan jari ke 1,3,4,5, Intervensi yang dilanjutkan yaitu dilanjutkan yaitu membantu pasien untuk mobilisasi, melibatkan anggota keluarga untuk membantu mobilisasi pasien, menganjurkan pasien mobilisasi secara mandiri.

6. Diagnosa 6: Nausea berhubungan dengan uremia.

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023, tingkat nausea menurun, masalah teratasi. dibuktikan dengan Ny. M mengatakan sudah tidak merasa mual, makanan pasien habis 1 porsi Intervensi keperawatan dihentikan tanggal 24/01/2023 pukul 21.00 WIB.

7. Diagnosa 7: Ansietas b.d krisis situasional

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam dilakukan tanggal 23 Januari 2023, tingkat ansietas menurun, masalah teratasi. dibuktikan dengan Ny. M mengatakan sudah mengerti tentang diagnosis, pengobatan dan prognosis penyakitnya, pasien menyetujui untuk dilakukan tindakan invasive operasi amputasi below knee, pasien tampak tenang, pasien tampak tidur siang dengan pulas Intervensi keperawatan dihentikan tanggal 23/01/2023 pukul 14.00 WIB.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosa medis *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* di ruang R4 lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren*.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren*, maka penulis dapat mengambil keputusan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapat Pasien Ny. M berjenis kelamin Perempuan, berusia 71 tahun. Pasien mengeluh nyeri karena adanya abses, rasa nyeri cekot-cekot di pedis sinistra dan tampak jaringan nekrotik di jari kesatu, ketiga, keempat dan kelima, dengan skala 6 dari 10 skala nyeri, waktu timbulnya nyeri setiap saat. GCS 456, TD : 130/82 mmHg, Nadi : 90x/menit, Suhu : 36,2° C, RR : 20x/menit. Sehingga penulis mengangkat diagnosa keperawatan utama nyeri akut.

2. Masalah keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul nyeri akut berhubungan dengan abses, kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia dan penurunan

konsentrasi Hb dalam darah, ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, mual berhubungan dengan uremia, mual berhubungan dengan uremia.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut. Rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tidak semua dapat dilaksanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan menyesuaikan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang menunjang.

4. Implementasi

Tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut, kerusakan integritas jaringan, perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa, mual, ansietas, dapat dilaksanakan dengan baik sesuai dengan intervensi keperawatan sebelumnya, tetapi karena keterbatasan waktu disesuaikan dengan kriteria hasil yang diharapkan terhadap pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut, kerusakan integritas jaringan, perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa, mual, ansietas teratasi, namun intervensi keperawatan tetap dilanjutkan.

6. Pendokumentasian

Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Ny. M

5.2 Saran

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Diabetes Mellitus tipe 2 + gangren* di ruang R4 Lantai 3 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka diberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan seperti segera membawa pasien ke fasilitas kesehatan ketika timbul gejala-gejala penyakitnya. Memberi dukungan kepada anggota keluarga yang sakit dan berada disamping keluarga yang membutuhkan bantuan. Aktivitas sehari-hari dijaga antara lain saat pasien akan mandi atau melakukan BAB dan BAK serta pada saat pasien berpindah tempat untuk jalan dan melakukan pekerjaan

2. Bagi rekan sejawat (Dokter, Perawat, Tenaga farmasi, Ahli gizi serta Petugas radiologi)

Sebagai petugas pelayanan kesehatan yang hendaknya meningkatkan pengetahuan dan keterampilan serta memberikan perhatian lebih kepada pasien dan bisa bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya didalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan *Diabetes mellitus tipe 2 + Gangren* agar masalah keperawatan pasien dapat teratasi dengan maksimal serta meminimalisir terjadinya komplikasi dari penyakit yang diderita pasien.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hendaknya terus berupaya mengembangkan dan meningkatkan pemahaman mahasiswa terhadap konsep manusia secara komprehensif

sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan secara tepat, cepat dan akurat.

4. Bagi Rekan-rekan Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat memahami dan menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* dengan Standar Operasional dan Prosedur (SOP). Selanjutnya penulis dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian selanjutnya dan dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penerapan perawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren* serta dapat ditambahkan tindakan-tindakan lainnya yang dapat menunjang perbaikan keadaan pasien.

5. Bagi Penulis Berikutnya

Diharapkan mampu lebih meningkatkan kompetensi dan pengetahuan tentang perkembangan penatalaksanaan terbaru khususnya pada pasien dengan diagnosa medis *Diabetes Melitus tipe 2 + gangren*.

DAFTAR PUSTAKA

- Adri, K., Arsin, A., Thaha, R. M., & Hardianti, A. (2020). *Faktor risiko kasus diabetes mellitus tipe 2 dengan ulkus diabetik*. 3(1), 101–108.
- Airiska, M., Winarni, L. M., & Ratnasari, F. (2020). *Hubungan pengetahuan kesehatan terhadap peran keluarga dalam perawatan lansia dengan gangguan mobilitas fisik*. 3(1), 32–39.
- Aji, H. S., Nugroho, H., & Adi, S. (2019). *Hubungan Status Merokok dengan Kejadian Ulkus Diabetikum pada Laki-Laki Penderita Diabetes Melitus*. 5(1), 32–37.
- Ali, A., Ammar, I., Ali, A., Capistrano, S. J., Us, C. A., Reilly, M. O., Point, D., & Us, C. A. (2019). *Hemoglobin display and patient treatment*. 2.
- Amalia, L. D. A., Roni, F., Camelia, D., Arif Wijaya, E. T., & Fitriyah. (2022). *Penerapan intervensi buerger allen exercise pada pasien diabetes mellitus tipe 2 dalam mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif*. 7(1), 34–42.
- Anggraini, D. (2020). *Pola bakteri dan antibiogram penyebab ulkus diabetikum di RS X Riau periode 2015-2018*. 12(1), 27–35. <https://doi.org/10.23917/biomedika.v12i1.9316>
- Ariqoh, D. N., Novitasari, D., Adriani, P., & Kurniasih, N. A. (2022). *Manajemen Hiperglikemia Untuk Mengatasi Masalah Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah Penderita DMT2*. 2(4), 378–386.
- Asenea, Om. (2019). *Konsep dasar proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan*.
- Aulia, P., Rasjad, C., Latief, J., & Seweng, A. (2019). *Correlation of Ankle Brachial Index (ABI) with Degrees of Diabetic Ulcer*. 5–8. <https://doi.org/10.5455/IJMRCR.Correlation-Ankle-Brachial-Index>
- Azam, M., Sakinah, L. F., Kartasurya, M. I., Fibriana, A. I., Minuljo, T. T., & Aljunid, S. M. (2023). *Prevalence and determinants of obesity among individuals with diabetes in Indonesia [version 1 ; peer review : 1 approved with reservations]*. 1–16.
- Bell, A. (2018). The neurobiology of acute pain. *The Veterinary Journal*, 237, 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.tvjl.2018.05.004>
- Benefits, S., Consequences, L., Hodges, P. W., Hons, B., & Smeets, R. J. (2018). *Interaction Between Pain, Movement, and Physical Activity Short-term Benefits, Long-term Consequences, and Targets for Treatment*. 31(2), 97–107. <https://doi.org/10.1097/AJP.000000000000098>
- Elmer, C. J. (2019). *Is Low-Level Laser Therapy (LLLT) Effective in Reducing Pain and Ulcer Size in Diabetic Patients with Foot Ulcers ?*

- Elvir-lazo, O. L., & White, P. F. (2020). *Management strategies for the treatment and prevention of postoperative / postdischarge nausea and vomiting : an updated review [version 1 ; peer review : 2 approved]*. 9.
- Febrinasari, R. P., Maret, U. S., Sholikah, T. A., Maret, U. S., Pakha, D. N., Maret, U. S., Putra, S. E., & Maret, U. S. (2020). *Buku saku diabetes melitus untuk awam*. November.
- Gethin, W. (2022). *What is diabetic vascular disease*. Practice Logo. <https://www.imagingandinterventional.com/contents/services/legs/diabetic-vascular-disease>
- Hackett, R. A., Dal, Z., & Steptoe, A. (2020). Psychoneuroendocrinology The relationship between sleep problems and cortisol in people with type 2 diabetes. *Psychoneuroendocrinology*, 117(December 2019), 104688. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104688>
- Huda, N., & Widayanti, D. M. (2017). *Kemudahan penggunaan alat bantu simple foot elevator (sfe) dalam perawatan luka kaki diabetes*.
- Ida Suryani. (2021). *buku keperawatan latihan efektif untuk pasien diabetes mellitus berbasis hasil penelitian*. deepublish.
- Imroatul, F., Nareswari, C. B., & Fatin Badriyah, L. (2022). *The Effect of Buerger Allen Exercise on Ankle Brachial Index (ABI) Values in Diabetes Mellitus Type 2 Patients*. 17(01), 44–54.
- Influence, T. H. E., Gangrene, O. F., Healing, W., Prevention, O. N., Of, R., & Levels, A. (2020). *Pengaruh Rawat Luka Gangrene Terhadap Pencegahan Tindakan Amputasi Dan Penurunan Tingkat Kecemasan*. 06(01), 27–35.
- Inouye, B. M., Jr, F. M. H., Jin, H., Lütolf, R., Potnis, K. C., Routh, J. C., Rouse, D. C., Foo, W., Purves, J. T., Routh, J. C., Rouse, D. C., Foo, W., Diabetic, J. T. P., Routh, J. C., & Foo, W. (2022). *Diabetic bladder dysfunction is associated with bladder inflammation triggered through hyperglycemia , not polyuria Diabetic bladder dysfunction is associated with bladder inflammation triggered through hyperglycemia , not polyuria*. <https://doi.org/10.2147/RRU.S177633>
- Kitada, M. (2018). *A Low-Protein Diet for Diabetic Kidney Disease : Its Effect and Molecular Mechanism , an Approach from*. *Cvd*, 1–11. <https://doi.org/10.3390/nu10050544>
- Koerniawan, D., Katolik, U., Charitas, M., Daeli, N. E., Katolik, U., & Charitas, M. (2020). *Aplikasi Standar Proses Keperawatan : Diagnosis , Outcome , dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan*. May 2021. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Kouidere, A., Khajji, B., Balatif, O., & Rachik, M. (2021). A multi-age mathematical modeling of the dynamics of control. *Journal of Applied Mathematics and Computing*, 67(1), 375–403. <https://doi.org/10.1007/s12190-020-01474-w>

- Kurniati, D. (2019). Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan. *Health and Pyhysical Education*, 25. <https://osf.io/preprints/inarxiv/7mv62/>
- Lellu, A. (2021). *Analisis Hubungan Kadar Glukosa Darah Dengan Terjadinya Gangren Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe Ii Di RSUD Batara Guru Belopa Tahun 2021*. 8(1), 51–55.
- Lew, S. Q., & Radhakrishnan, J. (2020). Chronic Kidney Disease and Gastrointestinal Disorders. In *Chronic Renal Disease*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815876-0.00033-4>
- Longo, M., Bellastella, G., Maiorino, M. I., Meier, J. J., Esposito, K., & Giugliano, D. (2019). *Diabetes and Aging : From Treatment Goals to Pharmacologic Therapy*. 10(February). <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00045>
- Lutfi, E. I. (2019). *Perubahan Osmolaritas Pasien Hiperglikemia dengan Terapi Rehidrasi*. 2(1), 39–44.
- Mahmood, R. (2018). *Stages regulation of pancreatic secretion*. Slide Share. file:///C:/Users/user/Downloads/stages-regulation-of-pancreatic-secretion-5-1024.w
- Makhtar, A., Gould, D., & Anstey, S. (2018). *Pain and health-related quality of life among older people with diabetic foot ulcer*. 1(Singh 2005), 1–9.
- Manungkalit, M. (2020). *Durasi ulkus dan kualitas hidup pada penyandang DM tipe 2 dengan ulkus diabetikum*. 6(1), 32–44.
- Monteiro-soares, M., Boyko, E. J., Jeffcoate, W., Mills, J. L., Russell, D., Morbach, S., & Game, F. (2020). *Diabetic foot ulcer classifications : A critical review*. 36, 1–16. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3272>
- Nurwahidah. (2022). *pencucian luka kaki diabetik dengan sabun antiseptik*. 10(1), 19–23.
- Pascoal, L. M. (2021). *Ineffective peripheral tissue perfusion in patients with diabetic foot : a mid-range theory*. 74(4), 1–10.
- PERKENI. (2021). *Pedoman Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia 2021*.
- Pranata, S., & Dwi, U. K. (2017). *Merawat penderita diabetes melitus*. Pusaka panasea.
- Rahmasari, I., & Wahyuni, E. S. (2019). *Efektivitas memordoca carantia (pare) terhadap penurunan kadar glukosa darah 1,2*. 9(1), 57–65.
- Rismawan, W., Rizal, F. M., & Kurnia., A. (2020). *Tingkat kecemasan pasien pre-operasi di rsud dr.soekardjo kota tasikmalaya. March 2019*. <https://doi.org/10.36465/jkbth.v19i1.451>
- Rusdi, M. S. (2020). *Journal Syifa Sciences and Clinical Research*. 2(September), 83–90.

- Saprianto, & Khairunnisa. (2022). *Application of Foot Exercises in Diabetes Mellitus Clients with Blood Glucose Levels Instability: A Case Study*. 12, 93–95.
- Sarkar, D. (2020). *A Review of Behavioral Tests to Evaluate Different Types of Anxiety and Anti-anxiety Effects*. 18(3), 341–351.
- Sartika, D., Sari, T. M., & Hardiansyah, I. (2020). *Pola Kepekaan Bakteri Penyebab Ulkus Diabetikum Terhadap Antibiotika*. 5(September).
- Setiadi. (2012). *Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan : teori & praktik / Setiadi*.
- Setiadi, Yuliastuti, C., Astuti, N. M., & Rinarto, N. D. (2022). *Walking as Simple Exercise to Reduce Blood Glucose Level in Type 2 Diabetes*. 1.
- Sipayung, M. (2020). *Pentingnya Meningkatkan Proses Pengkajian Dalam Pelayanan Asuhan Keperawatan*.
- Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Stein, C., Basit, A., Chan, J. C. N., Claude, J., Pavkov, M. E., Ramachandran, A., Wild, S. H., James, S., Herman, W. H., Zhang, P., Bommer, C., Kuo, S., Boyko, E. J., & Magliano, D. J. (2022). IDF Diabetes Atlas : Global , regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109119. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>
- Suputra, P. A., Kedokteran, P., Ganesha, U. P., Kedokteran, P., Ganesha, U. P., Kedokteran, P., & Ganesha, U. P. (2021). *Diabetes melitus tipe 2, Faktor resiko, diagnosis dan tatalaksana*. 1(2), 114–121.
- Syokumawena, Pastari, M., & Franciska, T. (2022). *Implementasi keperawatan terapi relaksasi otot progresif pada pasien pre op hernia dengan masalah ansietas*. 14(2), 116–129.
- Tarwoto. (2021). *keperawatan medikal bedah gangguan sistem endokrin*. trans info media.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (1st ed.)*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Triwinarti, A., Murniati, & Wahyuningrum, E. (2021). *Relaksasi Napas Dalam dan Kompres Hangat Sebagai Bentuk Intervensi Nyeri Akut pada Anak (Studi Kasus pada Anak dengan Demam Thypoid di Ruang Cempaka RSUD Dr . R . Goeteng*. 1163–1169.
- Tsalissavrina, I., Tritisari, K. P., Handayani, D., & Kusumastuty, I. (2018). *Hubungan Lama Terdiagnosa Diabetes Dan Kadar Glukosa Darah Dengan Fungsi Kognitif Penderita Diabetes Tipe 2 Di Jawa Timur*. 3(1), 28–33. <https://doi.org/10.30867/action.v3i1.93>

- Waldman, O., Houck, J. R., Hao, S. P., Lee, N., Baumhauer, J. F., & Oh, I. (2019). *Operative Intervention Does Not Change Pain Perception in Diabetic Foot Ulcer Patients*. 1–2. <https://doi.org/10.1177/2473011419S00435>
- Walker, B. J., Polaner, D. M., & Berde, C. B. (2019). 44 - Acute Pain. In *A Practice of Anesthesia for Infants and Children* (Sixth Edit). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-42974-0.00044-6>
- WHO. (2022). *Diabetes*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Yuliadi, Y. (2021). *Pengaruh latihan range of motion (ROM) aktif dan pasif pada lansia yang mengalami sindrom geriatric immobility dengan masalah gangguan mobilitas fisik*.
- Zhang, C., Vincelette, L. K., Reimann, F., Liberles, S. D., Zhang, C., Vincelette, L. K., Reimann, F., & Liberles, S. D. (2022). Report A brainstem circuit for nausea suppression II II A brainstem circuit for nausea suppression. *CellReports*, 39(11), 110953. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2022.110953>

Lampiran 1**DAFTAR RIWAYAT HIDUP
(CURRICULUM VITAE)****A. Identitas diri**

Nama : Fatrik Sugiarto
 Tempat/tgl lahir : Pernalang, 11 Mei 1984
 Alamat : Jl. Kandangan Kembangbahu 2/3
 Kec. Kembangbahu Kab. Lamongan
 Nama Ayah : Kusno
 Nama Ibu : Sumarti
 No. Telepon : 0852-4435-6660
 E-mail : fatriksugiarto2021014@stikeshangtuah-sby.ac.id

A. Riwayat pendidikan

1. Lulus Tahun 1996 : SDN Sumberkerto III
 2. Lulus Tahun 1999 : SLTP N 1 Pagak
 3. Lulus Tahun 2001 : SMK 2 Pagak
 4. Lulus Tahun 2012 : SPK/SEKESAL Surabaya
 5. 2020 – sekarang : Menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
 STIKES Hang tuah Surabaya.

ampiran 2**MOTTO & PERSEMBAHAN****MOTTO**


“Stay Focus”

PERSEMBAHAN

Kupersembahkan Karya Ilmiah Akhir yang sederhana ini kepada :

1. Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada saat penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak dan Ibu yang telah membesarkan dan membimbing saya serta kasih sayang baik materi maupun moral hingga tidak pernah lelah memberiku semangat yang luar biasa untuk menjalani kehidupan.
3. Istriku (Nurhayati) yang selalu memberi dukungan dan motivasi dalam menjalani Pendidikan, serta Anakku (Izzan dan Abdil) yang menjadi penyemangatku dalam bekerja dan belajar.
4. Teman-teman Kumara 26 pada umumnya dan khusus anggota pos tempur Sekesal Surabaya (bang Yudhi irianto, bang Bayuh mahendro, mas Bambang sumanto, mas Ali Miftah dan mas Iskandar, mas yogiardi) terima kasih atas segala dukungan dan motivasi belajar yang luar biasa, sehingga kita bisa bersama-sama menyelesaikan tugas belajar dengan sukses dan lancar.


Lampiran 3

 PRODI PENDIDIKAN D3 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA	
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	PERAWATAN LUKA GANGREN
Pengertian	Luka Gangren adalah luka yang sudah membusuk dan melebar, ditandai dengan jaringan mati berwarna kehitaman dan berbau karena disertai pembusukan oleh bakteri
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah meluasnya infeksi b. Memberi rasa nyaman pada pasien
Indikasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Luka terbuka / kotor b. Luka gangren
Persiapan Alat	<ul style="list-style-type: none"> a. Persiapan Alat : <ul style="list-style-type: none"> 1) Alat Steril (bak instrument bersisi) : <ul style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> 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)

	<ul style="list-style-type: none"> i) Sampiran jika perlu j) Masker jika perlu k) Skort bila perlu l) Obat-obatan sesuai program medis <p>b. Persiapan Pasien</p> <p>Pasien diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan dan pasien disiapkan pada posisi yang nyaman.</p>
Pelaksanaan	<ul style="list-style-type: none"> a. Tahap Pra Interaksi <ul style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi data sebelumnya 2. Perawat cuci tangan dan tutup sampiran 3. Meletakkan alat di dekat pasien b. Tahap Orientasi <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Menjelaskan mengenai prosedur tindakan dan tujuan tindakan 3. Menanyakan kesiapan dan persetujuan pasien sebelum tindakan 4. Memosisikan pasien senyaman mungkin c. Tahap Kerja <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasang pernak dan pengalas di bawah daerah yang akan diganti balutannya. 2. Taruh bengkok di dekat pasien 3. Memakai handscoon 4. Membuka balutan dan membuang balutan lama ke bengkok 5. Bersihkan luka dengan kassa steril yang telah dibasahi dengan NaCl dan betadine 6. Buang bagian-bagian yang kotor atau jaringan nekrotik 7. Bersihkan dari area paling bersih ke area kotor (dari dalam ke luar)

	<ol style="list-style-type: none">8. Kompres luka dengan betadine atau dengan salep yang telah ditentukan dokter9. Tutup luka dengan kassa steril10. Balut luka dengan verban <p>d. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bereskan alat-alat yang telah digunakan2. Perawat melepas handscoon3. Mencuci tangan4. Mengevaluasi hasil tindakan5. Berpamitan dengan pasien <p>e. Tahap Dokumentasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mencatat hasil tindakan perawatan luka pada dokumen keperawatan
Referensi	Standar Operasional Prosedur RSPAL dr. Ramelan tahun 2022

Lampiran 4

 PRODI PENDIDIKAN D-III KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA	
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	MANAJEMEN NYERI
Pengertian	<p>Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri.</p> <p>Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Posisikan pasien dengan tepat b. Pikiran beristirahat c. Lingkungan yang tenang
Tujuan	Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri.
Prosedur Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> a. Tahap pra interaksi <ol style="list-style-type: none"> 1) Membaca status pasien 2) Mencuci tangan 3) Menyiapkan alat b. Tahap orientasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan salam terapeutik 2) Validasi kondisi pasien 3) Menjaga privacy pasien 4) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
Tahap kerja	<ol style="list-style-type: none"> a. Memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya bila ada sesuatu yang kurang dipahami/jelas b. Atus posisi pasien agar rileks tanpa adanya beban fisik

	<ul style="list-style-type: none"> c. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik napas dalam sehingga rongga paru berisi udara, instruksikan 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 ke paru- paru seterusnya rasakan udara mengalir ke seluruh 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.
Tahap terminasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi hasil kegiatan b. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya c. Akhiri kegiatan dengan baik d. Cuci tangan
Dokumentasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Catat waktu pelaksanaan tindakan b. Catat respons pasien c. Paraf dan nama perawat juga
Referensi	Standar Operasional Prosedur RSPAL dr. Ramelan tahun 2022