

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS
DI RUANG MELATI RSUD
BANGIL PASURUAN**



**Oleh :
FENI SULISTIA NINGRUM
NIM 1601049**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019**

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS
DI RUANG MELATI RSUD
BANGIL PASURUAN

Sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Oleh :
FENI SULISTIA NINGRUM
NIM 1601049

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
SIDOARJO
2019

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Feni Sulistia Ningrum

NIM : 1601049

Tempat, Tanggal Lahir : Probolinggo, 23 Januari 1998

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa karya ilmiah berjudul: “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS DI RUANG MELATI RSUD BANGIL**” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

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

Sidoarjo, 27 Juni 2019

Yang Menyatakan,

Feni Sulistia Ningrum
NIM. 1601049

Mengetahui,

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep, Ns., MNS

NIDN. 0731108603

Meli Diana, S.Kep.Ns., M.Kes

NIDN. 0724098402

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Feni Sulistia Ningrum

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil.

Telah disetujui untuk diujikan di hadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada tanggal: Juni 2019.

Oleh:

Pembimbing 1

Pembimbing 2

Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep, Ns., MNS

NIDN. 0731108603

Meli Diana, S.Kep.Ns., M.Kes

NIDN. 0724098402

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes

NIDN. 0703087801

HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : Juni 2019

TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Faida Annisa, S.Kep.Ns., MNS (.....)
Anggota : Meli Diana, S.Kep.Ns, M.Kes (.....)
: Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep,Ns., MNS(.....)

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Agus Sulistyowaty, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

MOTTO

**AMBIL WAKTU UNTUK MERENCANAKAN
TETAPI JIKA TIBA WAKTUNYA UNTUK
BERTINDAK BERHENTI BERPIKIR DAN
MAJU TERUS.**

PERSEMBAHAN

Tiada yang maha pengasih dan maha penyayang selain engkau ya Allah.. syukur Alhamdulillah berkat rahmat dan ridhomu ya Allah, saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Karya Tulis Ilmiah ku ini akan ku persembahkan untuk :

1. Kedua orang tuaku tercinta, Ayah SAIFUL BAHRI dan Ibu SRI NINGSIH dan keluarga ku tercinta Mbah NURHASIN Kakak FENDIK, Mbak USWATUN, Adek HABIBI terima kasih yang tak terhingga atas semua dukungan, doa, semangat dan dukungan materil selama ini, terimah kasih atas kesabaran menghadapi segala keluhanku dan perjuangan menemaniku sampai lulus maaf belum bisa membuat kalian bangga.
2. Untuk kedua Dosen Pembimbing Bapak Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep, Ns., MNS dan Ibu Meli Diana, S.Kep.Ns, M.Kes terima kasih atas bimbingan, doa dan motivasinya sehingga saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini dengan lancar tanpa satu halangan apapun.
3. Terima kasih untuk para Dosen dan Staf AKADEMI AKPER KERTA CENDEKIA SIDOARJO yang telah memberi saya banyak ilmu yang bermanfaat untuk kedepannya nanti dan memberi banyak pengalaman yang tak terlupakan selama saya menempuh pendidikan dikampus kita tercinta ini.
4. Untuk para sahabat-sahabatku ASLINA, MEILINDA dan PUTRI M terimah kasih atas semangat, dukungan, do'a, serta motivasinya selama ini untuk senantiasa mengingatkanku ke dalam hal kebaikan, yang selalu ada

dalam suka dan duka ku tanpa melihat latar belakangku, terima kasih banyak atas pengertian dan kesabaran kalian menghadapi segala sifat dan sikapku selama ini semoga persahabatan kita sampai syurga.

5. Sahabat-sahabat terbaikku di kampus, ASLINA, MEILINDA dan PUTRI M terima kasih banyak sudah ada saat maupun duka, terima kasih sudah menjadi sahabat yang apa adanya bukan ada apanya. Untuk ASLINA, MEILINDA dan PUTRI M terima kasih sudah menjadi teman curhat yang terbaik yang selalu mengerti bagaimana aku.
6. Untuk teman-teman yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu tetap semangat karena kehidupan yang sesungguhnya baru kita mulai.

Almamaterku tercinta terima kasih, akan ku bawa nama baik Akper Kerta Cendekia !!!

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “**Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus**” ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulis Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Tuhan yang Maha Esa yang senantiasa memberikan rahmat-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini selesai dengan baik.
2. Orang tua tercinta yang selalu mendukung dan mendoakan sehingga semua bisa berjalan lancar.
3. Agus Sulistyowati, S.Kep.,M.Kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
4. Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep, Ns., MNS selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
5. Meli Diana, S.Kep.Ns, M.Kes selaku pembimbing 2 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
6. Hj. Muniroh Mursan, Lc selaku petugas perpustakaan yang telah membantu dalam kelengkapan literature yang dibutuhkan.
7. Pihak – pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritikan maupun saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi para pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 27 Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan.....	i
Lembar Judul.....	ii
Lembar Pernyataan.....	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan	v
Motto.....	vi
Persembahan	vii
Kata pengantar	ix
Datar Isi.....	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Metode Penulisan.....	7
1.5.1 Metode.....	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	7
1.5.3 Sumber Data.....	8
1.5.4 Studi Kepustakaan.....	8
1.6 Sistematika Penulisan Metode	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Dasar Penyakit	10
2.1.1 Pengertian Diabetes mellitus.....	10
2.1.2 Etiologi.....	10
2.1.3 Manifestasi klinik.....	13
2.1.4 Patofisiologi	16
2.1.5 Diagnosa banding	18
2.1.6 Komplikasi	18
2.1.7 Pemeriksaan penunjang.....	19
2.1.8 Pencegahan.....	20
2.1.9 Penatalaksanaan	21
2.2 Dampak Masalah Diabetes Mellitus	23
2.3 Konsep asuhan keperawatan	24
2.3.1 Pengkajian	24
2.3.2 Pemeriksaan Fisik	25
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	28

2.3.4 Intervensi Keperawatan.....	29
2.3.5 Implementasi Keperawatan.....	46
2.3.6 Evaluasi.....	50
2.4 Kerangka Masalah.....	54
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	57
3.1 Pengkajian.....	57
3.1.1 Identitas.....	57
3.1.2 Riwayat Keperawatan.....	58
3.1.2.1 Riwayat Keperawatan Sekarang.....	58
3.1.2.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya.....	58
3.1.2.3 Riwayat Kesehatan Keluarga.....	59
3.1.3 Status cairan dan nutrisi.....	59
3.1.4 Genogram.....	60
3.1.5 Pemeriksaan Fisik.....	60
3.2 Analisa Data.....	73
3.3 Diagnosa Keperawatan.....	77
3.4 Intervensi Keperawatan.....	77
3.5 Implementasi Perkembangan.....	81
3.6 Catatan Perkembangan.....	86
3.7 Evaluasi Keperawatan.....	91
BAB 4 PEMBAHASAN.....	94
4.1 Pengkajian keperawatan.....	94
4.2 Pemeriksaan Fisik.....	94
4.3 Diagnosa keperawatan.....	100
4.4 Intervensi keperawatan.....	104
4.5 Implementasi keperawatan.....	106
4.6 Evaluasi keperawatan.....	107
BAB 5 PEMBAHASAN.....	109
5.1 Kesimpulan.....	109
5.2 Saran.....	110
DAFTAR PUSTAKA.....	112
Lampiran	

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul Tabel	Hal
Tabel 3.1	Laboratorium pemeriksaan darah lengkap Ny."S" dengan Diagnosa Medis DM Ganggren di Ruang Melati.....	70
Tabel 3.2	Analisa data pada Ny"S" dengan Diagnosa Medis DM Ganggren di Ruang Melati.....	73
Tabel 3.3	Intervensi pada Ny"S" dengan Diagnosa Medis DM Ganggren di RuangMelati.....	78
Tabel 3.4	Implementasi pada Ny"S" dengan Diagnosa Medis DM di Ruang Melati.....	81
Tabel 3.5	Catatan perkembangan pada Ny"S" dengan Diagnosa Medis DM di Ruang Melati	86
Tabel 3.6	Evaluasi pada Ny"S" dengan Diagnosa Medis DM di Ruang Melati	91

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
2.4	Kerangka Masalah	54
3.1.4	Genogram.....	60

DAFTAR LAMPIRAN

No Lampiran	Judul Lampiran	Hal
Lampiran 1	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus.....	115
Lampiran 2	Informed Consent.....	117
Lampiran 3	Lembar Konsultasi.....	118

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Mellitus merupakan suatu kelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kelainan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia yang disebabkan defisiensi insulin atau akibat kerja insulin yang tidak adekuat (Brunner & Suddart, 2002). Kebanyakan pasien juga beranggapan bahwa bila gula darah sudah dikatakan normal, maka pasien sering menganggap penyakitnya sudah sembuh. Oleh karena itu, tidak perlu diet lagi, olahraga, makan obat atau kontrol. Bila pasien luka, dan lukanya bisa sembuh begitu saja, pasien juga menganggap walaupun gula darah tinggi, gula darah yang tinggi dianggap juga tidak masalah. Dan bahkan, pasien tidak percaya kalau dia menderita diabetes melitus. Sehingga resiko kejadian komplikasi diabetes melitus seperti kebutaan, gagal ginjal, amputasi, gangguan syaraf cukup tinggi dan terjadi lebih dini, (primanda, dkk (2011). Banyak penderita Diabetes Mellitus yang masuk ke Rumah sakit dengan komplikasi yang aktif dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat dalam mengontrol gula darah. Hal ini dikarenakan kebanyakan masyarakat yang datang berobat jika sudah terdapat komplikasi, seperti koma hipoglikemia, hiperglikemia ketoasidosis ataupun non ketoasidosis, penyakit jantung iskemik, gagal ginjal, penyakit serebrum vascular, dan ulkus pada kaki(Dinas Kesehatan Jawa Timur,2011).

Penyakit Diabetes mellitus atau sakit gula masih menjadi persoalan bersama. Bahkan di indonesia, penyakit ini masih berada di posisi keempat

sebagai negara dengan jumlah penduduk terbesar yang menderita penyakit Diabetes setelah Amerika Serikat, China, dan India (WHO, 2011). Menurut data WHO, Indonesia menempati urutan ke-4 terbesar dalam jumlah penderita diabetes mellitus di dunia. Pada tahun 2000, terdapat sekitar 5,6 juta penduduk Indonesia yang mengidap diabetes. Namun pada tahun 2006, jumlah penderita diabetes di Indonesia meningkat menjadi 14 juta orang, dimana 50% telah sadar menghidap dan di antara itu ada 30% yang datang berobat teratur, jumlah penyakit diabetes mellitus di dunia dan di Indonesia di perkirakan akan meningkat. Khususnya di Indonesia, atas dasar prevalensi + 1,5%, diperkirakan jumlah penderita diabetes mellitus pada tahun 2010 = 5 juta dan 2020 = 6,6 juta (Riyadi,2008). Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) (2013), 347 juta jiwa penduduk di dunia telah menderita Diabetes Mellitus. Di Indonesia, penderita Diabetes Mellitus di perkirakan sebanyak 5,7% dari jumlah seluruh populasi atau bisa diartikan bahwa sebanyak 12 juta jiwa penduduk Indonesiamenderita Diabetes Mellitus (Kementrian Kesehatan RI, 2013). Gambaran kejadian tersebut juga tergambar pada prevalensi kedua terbanyak Diabetes Mellitus di kabupaten Sidoarjo sebanyak 55.107 kasus yang merupakan kasus di propinsi Jawa Timur setelah Surabaya(Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo, dalam putra 2015). Angka kejadian Diabetes Mellitus di RSUD Sidoarjo pada bulan Januari sampai bulan Agustus 2016 didapatkan penderita Diabetes Mellitus sebanyak 1276 orang. Penderita pada pada perempuan sebanyak 733 orang, laki-laki sebanyak 543 orang, jumlah penderita yang paling banyak adalah pada umur 45 sampai 64 tahun sebanyak 852 orang. Penderita Diabetes Mellitus dengan diagnosa medis non insulin dependent Diabetes Mellitus with peripheral circulatory complication

sebanyak 148 orang, pada usia 45 sampai 64 tahun sebanyak 106 orang. (Rekam Medis RSUD Sidoarjo,2016) Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis dapat data bahwa penderita Diabetes Mellitus di RSUD Bangil dari bulan Januari sampai dengan Desember 2017 sebanyak 496 penderita, yang terdiri dari 116 penderita Non Insulin- Dependent Diabetes Mellitus, 14 penderita Unspecified Diabetes Mellitus, 2 penderita Non Insulin-Dependent Diabetes Mellitus with Renal Complication, 1 penderita Insulin-Dependent Diabetes Mellitus with Neurological Complication, 1 penderita Insulin-Dependent Diabetes Mellitus, 1 penderita Other Specified Diabetes Mellitus, 1 penderita Unspecified Diabetes Mellitus with Renal Complication, dan 162 penderita Diabetes Mellitus with Gangrene (Rekam Medik RSUD Bangil,2018).

Faktor-faktor penyebab Diabetes Mellitus antara lain genetika, faktor keturunan memegang peranan penting pada kejadian penyakit ini. Apabila orang tua menderita penyakit Diabetes Mellitus maka kemungkinan anak-anaknya menderita Diabetes Mellitus lebih besar. Faktor lain yang menjadi penyebab Diabetes Mellitus yaitu gaya hidup, orang yang kurang gerak badan, diet tinggi lemak dan rendah karbohidrat, kegemukan, dan kesalahan pola makan. Kelainan hormonal, hormon insulin yang kurang jumlahnya atau tidak diproduksi. Diabetes Mellitus bisa terjadi komplikasi seperti penyakit makrovaskular (pembuluh darah besar), penyakit mikrovaskular (pembuluh darah kecil), penyakit neuropatik (Ernawati, 2013). Penderita diabetes dapat mencegah atau paling tidak memperlambat perkembangan komplikasi di atas dengan memantau dan mengendalikan tiga faktor: Gula darah, tekanan darah dan kolesterol. Kontrol Gula Darah sedapat mungkin kendalikan glukosa darah hingga pada kadar normal

atau mendekati normal sesuai saran dokter. Tekanan darah normal mencegah kerusakan pada mata, ginjal dan sistem kardiovaskuler. Periksa tekanan darah teratur, kontrol kolesterol dan tekanan gula darah selalu normal atau mendekati normal. Hal ini untuk mencegah penyakit jantung, masalah utama pada penderita diabetes. Penderita diabetes juga bisa dicegah melalui kebiasaan hidup sehat seperti berhenti merokok, berhenti minum alkohol, turunkan berat badan, ganti sumber karbohidrat dengan biji-bijian, hindari terlalu sering konsumsi minuman manis, konsumsi makanan berserat, batasi makanan yang digoreng, berolahraga secara rutin. (Ana, 2015).

Pengendalian Diabetes Mellitus dan penyakit metabolik dilakukan melalui pencegahan dan penanggulangan dari faktor risiko tersebut di atas, yaitu dengan modifikasi gaya hidup atau perubahan gaya hidup dan konsumsi obat antidiabetik. Prinsip dasar manajemen pengendalian Diabetes Mellitus meliputi modifikasi gaya hidup, dengan mengubah gaya hidup yang tidak sehat menjadi gaya hidup yang sehat berupa pengaturan makanan (diit), latihan jasmani atau latihan aktifitas fisik, perubahan perilaku risiko meliputi berhenti merokok dan membatasi konsumsi alkohol, serta kepatuhan konsumsi obat antidiabetik. Di Amerika, strategi terapi Diabetes Mellitus yang efektif adalah modifikasi gaya hidup dan antidiabetik oral. Perubahan gaya hidup menjadi pilihan pertama dalam pencegahan Diabetes Mellitus, walaupun antidiabetik oral dapat mencegah Diabetes Mellitus, namun efeknya tidak sebesar perubahan gaya hidup. Oleh karena itu, obat-obatan ditempatkan sebagai tambahan terhadap perubahan gaya hidup (Sari, 2015). Peneliti sebagai seorang perawat yang mempunyai peran sebagai edukator akan memberikan health education kepada penderita tentang diit

Diabetes Mellitus, menganjurkan pasien untuk melakukan olah raga ringan, misalnya jalan kaki, bersepeda, jogging, senam dan dilakukan kurang lebih selama 30 menit, memberikan edukasi tentang tatacara mengonsumsi obat sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus di RSUD Bangil.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose Diabetes Mellitus di ruang Anggrek RSUD Bangil.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji klien dengan diabetes mellitus di ruang Melati RSUD Bangil.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus di ruang anggrek RSUD Bangil.

1.3.2.3 Merencanakan tindakan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus di ruang anggrek RSUD Bangil.

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan Diabetus Mellitus di ruang anggrek RSUD Bangil.

1.3.2.5 Mengevaluasi tindakan keperawatan klien dengan diagnose Diabetus Mellitus di ruang anggrek RSUD Bangil.

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetus Mellitus di ruang anggrek RSUD Bangil.

1.4 Manfaat Penelitian

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

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien Diabetus Mellitus.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien Diabetus Mellitus dengan baik.

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien Diabetus Mellitus.

1.4.2.3 Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien Diabetus Mellitus.

1.5 Metode Penelitian

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang di ambil melauli pengamatan kepada klien.

1.5.2.3 Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang di peroleh dari klien.

1.5.3.2 Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian yaitu:

1.6.1 Bagian Awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

Bab 1: pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

Bab 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis 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.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

1.6.3 Bagian Akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan di uraikan secara teoritis mengenai konsep dasar Diabetes Mellitus dan asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus. Konsep dasar Diabetes Mellitus akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan di uraikan masalah – masalah yang muncul pada Diabetes Mellitus dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2.1 Konsep Teori Diabetes Mellitus

2.1.1 Pengertian

Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat, jika setelah berkembang penuh secara klinis maka diabetes mellitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerosis dan penyakit vaskular mikroangiopati (Sylvia & Lorrain, 2006).

Ganggren adalah kondisi serius yang muncul ketika banyak jaringan tubuh mengalami nekrosis atau mati. Kondisi ini terjadi setelah seseorang mengalami luka, infeksi, atau masalah kesehatan kronis yang memengaruhi sirkulasi darah.

2.1.2 Etiologi

2.1.2.1 Pada Diabetes Tipe 1

Berkaitan dengan ketidak sanggupan, kerusakan, atau gangguan fungsi pankreas untuk memproduksi insulin hingga tidak dapat menghasilkan cukup insulin. Beberapa penyebab pankreas tidak dapat menghasilkan cukup insulin pada penderita Diabetes tipe 1 ini adalah sebagai berikut (Fauzi, 2014: 73-74) :

1) Genetik

Jika salah satu atau kedua orangtua dari seorang anak menderita Diabetes, maka anak tersebut akan beresiko terkena Diabetes.

2) Autoimunitas

Autoimunitas adalah tubuh mengalami alergi terhadap salah satu jaringan atau jenis selnya sendiri. Dalam kasus ini alergi yang ada dalam pankreas. Oleh sebab itu, tubuh kehilangan kemampuan untuk membentuk insulin karena sistem kekebalan tubuh menghancurkan sel-sel yang memproduksi insulin.

3) Virus dan zat Kimia

Virus dan zat Kimia yang menyebabkan kerusakan pada pulau sel atau kelompok sel dalam pankreas tempat insulin di buat. Semakin banyak pulau sel yang rusak, semakin besar kemungkinan seseorang menderita Diabetes.

2.1.2.2 Pada Diabetes Tipe 2

DM tipe 2 obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel-sel target seluruh tubuh insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik usia cenderung meningkat di atas usia 65 tahun, riwayat keluarga, kelompok etnik. DM malnutrisi kekurangan protein kronik

menyebabkan hipofungsi pankreas. DM tipe lain penyakit pankreas pankreatitis, Ca pankreas. Penyakit hormonal acromegali yang merangsang sekresi sel-sel beta sehingga hiperaktif dan rusak. Obat – obatan aloxan, streptozokin, sitotoksin terhadap sel-sel beta, derivat thiazide menurunkan sekresi insulin (Wijaya, Tahun 2013).

1) Faktor keturunan

Apabila orangtua atau saudara sekandung yang mengalami penyakit ini, maka resiko Diabetes tipe 2 lebih tinggi.

2) Pola makan dan gaya hidup

Pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat menjadi pemicu utama pankreas tidak dapat memproduksi insulin secara maksimal. Mengonsumsi makanan cepat saji atau *fast food* yang menyajikan makanan berlemak dan tidak sehat merupakan penyebab utama. Kurang olahraga dan istirahat yang tidak mencukupi juga berpengaruh terhadap munculnya penyakit ini.

3) Kadar kolesterol tinggi

Kadar kolesterol dalam darah yang tinggi akan menyerap insulin yang diproduksi oleh pankreas. Pada akhirnya, tubuh tidak dapat menyerap insulin ini untuk merubahnya menjadi energi.

4) Obesitas

Obesitas atau kelebihan berat badan di sebabkan oleh timbunan lemak yang tidak positif bagi tubuh. Seperti kolesterol, lemak juga akan menyerap produksi insulin pankreas secara habis-habisan sehingga tubuh tidak kebagian insulin untuk di produksi sebagai energi.

2.1.2.3 Pada Diabetes jenis lain

Misalnya di sebabkan oleh karena kerusakan pankreas akibat kurang gizi, obat, hormon atau hanya timbul pada saat hamil (Fauzi, 2014).

2.1.3 Manifestasi klinis

2.1.3.1 Gejala akut

Pada permulaan :

- 1) Banyak makan (polifagia).
- 2) Banyak minum (polidipsia).
- 3) Banyak kencing (poliuria).

Penderita menunjukkan berat badan terus naik dan tambah gemuk karena jumlah insulin masih mencukupi.

2.1.3.2 Gejala kurang insulin

- 1) Polidipsia dan poliuria.
- 2) Nafsu makan berkurang.
- 3) Kadang timbul rasa mual jika glukosa darah melebihi 500 mg/dl.
- 4) Banyak minum dan kencing.
- 5) BB turun 5-10 kg dalam waktu 2-4 minggu.
- 6) Mudah lelah.
- 7) Bila tidak diobati penderita akan merasa mual bahkan akan jatuh koma disebut koma diabetic akibat glukosa terlalu tinggi > 600 mg/dl.

2.1.3.3 Gejala kronik

Gejala ini biasa muncul sesudah beberapa bulan atau tahun mengidap DM

Gejala antara lain:

- 1) Kesemutan.
- 2) Kulit terasa panas atau seperti di tusuk jarum.
- 3) Rasa tebal di kulit.
- 4) Kram dan capek.
- 5) Mudah ngantuk.
- 6) Mata kabur (sering ganti kaca mata).
- 7) Gatal disekitar kemaluan terutama wanita.
- 8) Para ibu hamil sering mengalami keguguran.
- 9) Kepekaan genetik peristiwa lingkungan (benda asing) mengawali proses pada individu yang peka.
- 10) Respon radang pankreas yang disebut “insulitis”. Sel yang menyerbuk pulau-pulau adalah limfosit T aktif.
- 11) Aktifasi auto imunitas. Perubahan pada permukaan sel-sel beta, sehingga oleh sisten imun dikenal sebagai “*non-self*” (asing).
- 12) Timbul respon imun. Antibody sitotoksit menyerang sel beta (lebih dari 90%)- DM.

2.1.3.4 Stadium

- 1) Stadium luka

(1) Anatomi kulit

((1) *Partial Thickness* hilangnya lapisan epidermis hingga lapisan dermis paling atas.

((2) *Full Thickness* : hilangnya lapisan sub kutan.

((1)) Stadium I : kulit berwarnan merah, belum tampak adanya lapisan epidermis.

((2)) Stadium II : hilangnya lapisan epidermis/lecet sampai batas dermis paling atas.

((3)) Stadium III : rusaknya lapisan dermis bagian bawah hingga lapisan subkutan.

((4)) Stadium IV : rusaknya lapisan subkutan hingga otot dan tulang.

(2) Warna dasar luka

((1) *Red*/merah : (pink/merah/ merah tua) disebut jaringan sehat, granulasi/epiteisasi, vaskularisasi.

((2) *Yellow*/kuning : (kuning muda/ kuning kehijauan / kuning tua/ kuning kecoklatan) disebut jaringan mati yang lunak, fibrinolitik, slough, avaskularisasi.

((3) *Black*/hitam : jaringan nekrosis, avaskularisasi.

(3) Stadium Wagner untuk luka diabetic

((1) *Superfisial ulcers*

((1)) Stadium 0 : tidak terdapat lesi. Kulit dalam keadaan baik, tapi dengan bentuk tulang kaki yang menonjol/ charcot arthropathies

((2)) Stadium 1 : hilang lapisan kulit hingga dermis dan kadang-kadang tampak menonjol.

((2) *Deep ulcers*

((1)) Stadium II : lesi terbuka dengan penetrasi ke tulang atau tendon (dengan goa).

((2)) Stadium III : penetrasi dalam, osteomyelitis, pyarthrosis, plantar abses atau infeksi hingga tendon.

((3) Gangren

((1)) Stadium III : gangrene sebagai, menyebar hingga sebagian dari jari kaki, kulit sekitarnya selulitis, gangren lembab kering.

2.1.4 Patofisiologi

Diabetes Tipe I pada tipe I ini terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta telah di hancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Di samping itu, glukosa yang bersal dari makanan tidak dapat di simpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia postprandial (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin ekskresi ini akan

disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia). Diabetes Tipe II Tipe II terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibatnya terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes II disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini, dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif maka awitan diabetes tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsia, luka yang lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan yang kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi) penyakit diabetes membuat gangguan atau komplikasi melalui kerusakan pada pembuluh darah di seluruh tubuh disebut angiopati diabetik. Penyakit ini berjalan kronis dan terbagi dua yaitu gangguan pada pembuluh darah besar (makrovaskular) disebut makroangiopati dan pada pembuluh darah halus (mikrovaskular) disebut mikroangiopati. Ada 3 problem utama yang terjadi bila kekurangan atau tanpa insulin Penurunan pengguna glukosa, Peningkatan mobilisasi lemak, Peningkatan penggunaan protein, Penurunan pengguna glukosa (Wijaya, 2013).

2.1.5 Diagnosa banding

Cystic fibrosis, Diabetes mellitus type 1, Diabetic ketoscidosis, *Drug-induced glucose intolerance*, Gestational diabetes, Glucose intoleransi, Pancreatitis, Hiperglikemia reaktif, toleransi glukosa terganggu (TGT), glukosa darah puasa terganggu TTGO.

2.1.6 Komplikasi

Penyakit Diabetes Mellitus apabila tidak ditangani dengan baik akan menimbulkan komplikasi yaitu :

2.1.6.1 Penyakit kardivaskuler.

2.1.6.2 Penyakit ginjal (nephropathy).

2.1.6.3 Penyakit saraf (neuropathy).

2.1.6.4 Penyakit mata (retinopathy).

2.1.6.5 Penyakit terhadap infeksi.

2.1.6.6 Penyakit jantung.

2.1.6.7 Hipertensi.

2.1.6.8 Penyakit pembuluh darah perifer.

2.1.6.9 Gangguan pada hati.

2.1.6.10 Penyakit paru-paru.

2.1.6.11 Gangguan pencernaan.

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

2.1.7.1 Gula darah puasa (GDO) 70-110 mg/dl. Kriteria diagnostik untuk DM > 140 mg/dl paling sedikit dalam 2 kali pemeriksaan. Atau > 140 mg/dl disertai gejala klasik hiperglikemia atau IGT 115- 140 mg/dl.

2.1.7.2 Gula darah 2 jam post prondial < 140 mg/dl digunakan untuk skrining bukan evaluasi pengobatan bukan diagnostik.

2.1.7.3 Gula darah sewaktu < 140 mg/dl digunakan untuk skrining bukan diagnostik.

2.1.7.4 Tes toleransi glukosa oral (TTGO). GD < 115 mg/dl ½ jam 1 jam ½ jam <200 mg/dl, 2 jam < 140 mg/dl.

2.1.7.5 Tes toleransi glukosa intravena (TTGI) dilakukan jika TTGO merupakan kontraindikasi atau terdapat kelainan gastrointestinal yang mempengaruhi absorpsi glukosa.

2.1.7.6 Tes toleransi kortison glukosa, digunakan jika TTGO tidak bermakna. Kortison menyebabkan peningkatan kadar glukosa abnormal dan menurunkan penggunaan gula darah perifer pada orang yang berpredisposisi menjadi DM kadar glukosa darah 140 mg/dl pada akhir 2 jam dianggap sebagai hasil positif.

2.1.7.7 Glycosetat hemoglobin, memantau glukosa darah selama lebih dari 3 bulan.

2.1.7.8 C-Peptide 1-2 mg/dl (puasa) 5-6 kali meningkat setelah pemberian glukosa.

2.1.7.9 Insulin serum puasa: 2-20 μ u/ml post glukosa sampai 120 μ u/ml, dapat digunakan dalam diagnosa banding hipoglikemia atau dalam penelitian Diabetes.

2.1.8 Pencegahan

Penderita Diabetes dapat mencegah atau paling tidak memperlambat perkembangan komplikasi di atas dengan memantau dan mengandalikan tiga faktor: gula darah, tekanan darah dan kolesterol. Kontrol Gula Darah sedapat mungkin kendalikan glukosa darah hingga pada kadar normal atau mendekati normal sesuai saran dokter. Kontrol tekanan darah Kendalikan tekanan darah agar normal atau mendekati normal. Tekanan darah normal mencegah kerusakan pada mata, ginjal dan sistem kardiovaskuler. Periksa tekanan darah anda secara teratur. Kontrol kolesterol pastikan kolesterol darah anda selalu normal atau mendekati normal. Hal ini untuk mencegah penyakit jantung, masalah utama pada penderita Diabetes. Penderita diabetes juga bisa di cegah melalui kebiasaan hidup sehat seperti berhenti merokok, berhenti minum alkohol, Hindari kebiasaan tidak melakukan Aktivitas, Turunkan Berat Badan, Ganti sumber karbohidrat dengan Biji-Bijian, Hindari terlalu sering konsumsi minuman manis, Konsumsi makanan berserat, Batasi makanan yang di goreng, Berolahraga secara rutin.

2.1.9 Penatalaksanaan

2.1.9.1 Diet

Tujuan utama penatalaksanaan diet pada DM adalah:

- 1) Mencapai dan kemudian mempertahankan kadar glukosa darah mendekati kadar normal.
- 2) Mencapai dan mempertahankan lipid mendekati kadar yang optimal.
- 3) Mencegah komplikasi akut dan kronik.
- 4) Meningkatkan kualitas hidup.

Pada dasarnya harus mengikuti prinsip berikut:

- 1) Cukup kalori atau mempertahankan BB idaman.
- 2) Perhatikan bila ada komplikasi. Sesuaikan dengan komplikasi itu.
- 3) Cukup vitamin dan mineral.
 - (1) Tepat jumlah: jumlah kalori harus di hitung dengan benar karbohidrat 60-70%, protein 10-15%, lemak 20-25%, jumlah kalori di sesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, stress, akut dan kegiatan jasmani.
 - (2) Tepat jenis.
 - (1)) Bahan makanan yang harus di hindari gula murni dan bahan makanan yang di olah dengan menggunakan gula murni seperti: gula pasir, gula jawa, madu, sirup, alkohol (Alkohol dapat memperburuk penderita hiperlipidemia dan dapat mencetuskan hipoglikemia terutama jika tidak makan).

- (2)) Makanan yang di batasi: sumber hidrat arang kompleks seperti: nasi, lemak jenuh, lontong, ketan jagung, roti, singkong, talas, kentang, sagu, mie.
- (3)) Batasi natrium untuk menghindari hipertensi.

(3) Tepat jadwal.

Antara porsi besar dengan makanan selingan diberi jarak 3 jam.

2.1.9.2 Olah raga

Latihan jasmani teratur 3-4 kali tiap minggu selama $\pm \frac{1}{2}$ jam. Adanya kontraksi otot akan merangsang peningkatan aliran darah dan penarikan glikosa ke dalam sel. Penderita diabetes dengan kadar glukosa darah $>250\text{mg/dl}$ dan menunjukkan adanya keton dalam urine tidak boleh melakukan latihan sebelum pemeriksaan keton urine menunjukkan hasil negatif dan kadar glukosa darah mendekati normal. Latihan dengan kadar glukosa tinggi akan meningkatkan sekresi glukagon, growth hormon dan katekolamin. Peningkatan hormon ini membuat hati melepas lebih banyak glukosa sehingga terjadi kenaikan kadar glukosa darah. Untuk pasien yang menggunakan insulin setelah latihan dianjurkan makan cemilan untuk mencegah hipoglikemia dan mengurangi dosis insulinnya yang akan memuncak pada saat latihan.

2.1.9.3 Obat-obatan

Indikasi pengobatan insulin

- 1) Ketoasidosis diabetikum/koma hiperosmolar non ketotik.
- 2) Diabetes dengan berat dan kurang.

- 3) Diabetes yang mengalami stres (infeksi, operasi dll).
- 4) Diabetes kehamilan.
- 5) Diabetes tipe 1.
- 6) Kegagalan pemakaian obat hiperglikemia oral.
- 7) Golongan obat-obat DM.
 - (1) Golongan sulfoniluria: merangsang sel beta pankreas mengeluarkan insulin.
 - (2) Golongan biguanid: merangsang sekresi insulin yang tidak menyebabkan hipoglikemia.
 - (3) Alfa glukosidase inhibitor: menghambat kerja insulin alfa glukosidase didalam saluran cerna sehingga dapat menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia post prandial.
 - (4) Insulin sensitizing agent: efek farmakologi meningkatkan sensitifitas berbagai masalah akibat resistensi insulin.
 - (5) Kerja cepat: RI (*regular insulin*) dengan masa kerja 2-4 jam contoh obat: actrapid.
 - (6) Kerja sedang: NPN dengan masa kerja 6-12 jam.
 - (7) Kerja lambat: PZI (*protamine zinc insulin*) masa kerja.

2.2 Dampak Masalah

Masalah yang diakibatkan penyakit diabetes melitus tidak hanya berdampak pada fisik namun juga mempengaruhi psikologis, sosial maupun ekonomi. Dampak psikologis berupa stres ataupun cemas terhadap penyakit diabetes melitus tidak hanya dirasakan oleh penderita diabetes melitus tetapi keluarganya juga ikut merasakan dampak psikologis ini. Selain itu, pasien

diabetes melitus juga akan merasakan adanya gangguan interaksi sosial, hubungan interpersonal, atau mengalami gangguan harga diri yang diakibatkan rasa putus asa yang dirasakan oleh pasien diabetes melitus. Penderita diabetes melitus yang telah mengalami komplikasi diabetes seperti nefropati dan ulkus diabetikum akan membutuhkan perawatan yang lama sehingga akan memerlukan biaya yang besar dalam perawatannya (Kusniawati, 2011).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

2.3.1.1 Pengumpulan Data

1) Identitas

Usia (DM Tipe 1 Usia < 30 tahun. DM Tipe 2 Usia > 30 tahun, cenderung meningkat pada usia > 65 tahun), jenis kelamin ini sebagian besar dijumpai pada perempuan dibandingkan laki – laki, karena faktor resiko terjadi diabetes mellitus pada perempuan 3 – 7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki – laki yaitu 2 – 3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan. Jika ternyata ada riwayat diabetes, insulin dan adaptasi diit mungkin diperlukan (Geria dan Haryati, 2014).

2) Keluhan Utama

Penglihatan kabur, lemas, takikardi, banyak kencing, susah konsentrasi, kesemutan, penurunan kesadaran, luka yang sukar sembuh (luka diabetikum).

3) Riwayat penyakit sekarang

Adanya gatal pada kulit disertai luka yang tidak sembuhsembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan.

4) Riwayat kesehatan dahulu

Dapat terjadi saat kehamilan, riwayat penyakit pankreas, hipertensi, ISK berulang, kemungkinan adanya riwayat obesitas.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Perlu ditanyakan apakah didalam satu keluarga pernah ada yang menderita diabetes mellitus atau pernah menderita penyakit lainnya. Risiko menderita diabetes mellitus bila salah satu orang tuanya menderita diabetes mellitus adalah sebesar 15%. Jika kedua orang tua memiliki diabetes mellitus maka risiko untuk menderita diabetes mellitus adalah sekitar 75%. Risiko untuk mendapatkan diabetes mellitus dari ibu lebih besar 10 – 30% daripada ayah dengan diabetes mellitus. Hal ini dikarenakan penurunan gen sewaktu dalam kandungan ibu (Trisnawati dan Soedijono, 2013).

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

(1) Sistem Pernafasan(B1 : *Breathing*)

Yang dialami pasien diabetes mellitus pada saluran pernafasan terkadang pada inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada retraksi alat bantu nafas, terkadang ada yang membutuhkan

bantu nafas O₂. Pada palpasi didapatkan data RR : ≥ 22 x/menit, vokal premitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal. Pada auskultasi tidak ditemukan suara tambahan, suara nafas vesikuler, mungkin terjadi pernafasan cepat dan dalam, frekuensi meningkat. Nafas bau aseton (Wijaya, 2013).

(2) Sistem Kardiovaskular (B2 : *Blood*)

Pada inspeksi penyembuhan luka yang lama. Pada palpasi ictus cordis tidak teraba, nadi ≥ 84 x/menit, irama reguler, CRT dapat kembali ≤ 2 detik, pulsasi kuat lokasi radialis (Wijaya, 2013). Pada perkusi suara dullness/redup/pekak, bisa terjadi nyeri dada. Pada auskultasi bunyi jantung normal dan mungkin tidak ada suara tambahan seperti gallop rhytme ataupun murmur.

(3) Sistem Persyarafan (B3 : *Brain*)

Kesadaran bisa baik ataupun menurun, pasien bisa pusing, merasa kesemutan, mungkin tidak disorientasi, sering mengantuk, pola tidur pada malam hari mungkin terganggu karena sering Buang Air Kecil, tidak ada gangguan memori (Wijaya, 2013).

(4) Sistem Perkemihan (B4 : *Bladder*)

Pada inspeksi didapatkan bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal atau tidak, bau, warna, jumlah, dan tempat yang digunakan. Pasien

menggunakan terkadang terpasang kateter dikarenakan adanya masalah pada saluran kencing, seperti poliuria, anuria, oliguria.

(5) Sistem Pencernaan (B5 : *Bowel*)

Pada inspeksi keadaan mulut mungkin kotor, mukosa bibir kering atau lembab, lidah mungkin kotor, kebiasaan menggosok gigi sebelum dan saat MRS, tenggorokan ada atau tidak ada kesulitan menelan, bisa terjadi mual, muntah, penurunan berat badan, polifagia, polidipsi (Wijaya, 2013). Pada palpasi adakah nyeri abdomen. Pada perkusi didapatkan bunyi thympani. Pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan BAB di rumah dan saat MRS, bagaimana konsistensi, warna, bau, dan tempat yang digunakan.

(6) Sistem Muskuloskeletal (B6 : *Bone*)

Pada inspeksi kulit tampak kotor, adakah luka, kulit atau membaran mukosa mungkin kering, ada oedema, lokasi, ukuran. Pada palpasi kelembapan kulit mungkin lembab, akral hangat, turgor kulit hangat. Kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami pada penurunan (Wijaya, 2013). Pada perkusi adakah fraktur, dislokasi.

(7) B7 : (Sistem Penginderaan)

(1)) Mata: Penglihatan mulai kabur, ketajaman penglihatan mulai menurun.

(2)) Hidung: Ketajaman penciuman normal, secret (-/+).

(3)) Telinga: Bentuk normal, ketajaman pendengaran normal.

(8) B8 : (Sistem Endokrin)

Adakah ganggren, lokasi ganggren, kedalaman, bentuk atau kondisi ganggren, adanya pus, bau. Adanya polidipsi, poliuri, poli fagi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

2.3.2.1 Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi.

2.3.2.2 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer.

2.3.2.3 Kekurangan volum cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia.

2.3.2.4 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidak mampuan untuk mengabsorbsi nutrien.

2.3.2.5 Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan dan penyumbatan pembuluh darah besar.

2.3.2.6 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan gangren.

2.3.2.7 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitas fisik.

2.3.2.8 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan adanya kelebihan asupan natrium.

2.3.2.9 Perubahan eliminari urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia.

2.3.2.10 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia.

2.3.2.11 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas terbatas, koma diabetik.

2.3.2.12 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh.

2.3.2.13 Harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton dan bau pada luka gangren.

2.3.2.14 Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

2.3.2.15 Resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

2.3.3.1 Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selam 1x30 menit diharapkan pola napas efektif.

Kriteria hasil: RR 16 – 20 x/menit, pola napas reguler, tidak ada otot bantu nafas, pasien tampak tenang, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

Intervensi :

1) Observasi tanda tanda vital, terutama RR.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah, saat terjadi sesak, RR meningkat, nadi cepat dan tekanan darah meningkat.

2) Observasi irama nafas.

Rasional : untuk mengetahui keadaan pasien dan mengetahui adakah gangguan pada pola nafas yang ditandai dengan irama irreguler.

3) Berikan posisi semi fowler.

Rasional : untuk membuat pasien mudah bernafas dan meningkatkan kenyamanan.

4) Ajarkan pasien untuk teknik nafas dalam.

Rasional : agar pasien dapat rileks karena dengan cara teknik nafas dalam dapat membuat pasien lebih tenang.

5) Kolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian terapi oksigen.

Rasional : untuk proses kesembuhan pasien dapat menurunkan RR yang meningkat.

2.3.3.2 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan

suplai darah pada perifer.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

diharapkan tidak terjadi ganggaun perfusi jaringan.

Kriteriahasil: Tanda tanda vital dalam batas normal (nadi 60-100x/menit),

CRT kurang dari 3 detik, sensitivitas normal.

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital terutama nadi.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan

Tanda- tanda vital menandakan adanya masalah mengenai tekanan darah, nadi, RR, dan suhu.

2) Observasi CRT

Rasional : untuk mengetahui aliran darah dalam tubuh dan apakah ada masalah pada kulit.

3) Monitor daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas , dingin,

tajam dan tumpul.

Rasional : untuk mengetahui daerah mana yang tidak peka terhadap

rangsangan.

4) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada laserasi.

Rasional : untuk mengetahui daerah mana saja yang terjadi laserasi.

5) Kolaborasi pemberian analgetik.

Rasional : mengurangi rasa nyeri.

2.3.3.3 Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terjadinya keseimbangan cairan.

Kriteria hasil: Tanda-tanda vital dalam batas normal (RR 16-20 x/menit, nadi 60-100x/menit dan teraba keras, tekanan darah 90-130/60-90 mmHg), turgor kulit baik, mata tidak cowong, membran mukosa lembab, CRT kurang dari 3 detik, haluaran urine adekuat, pasien tidak merasa haus.

Intervensi:

1) Observasi Tanda-tanda vital (suhu, tekanan darah, nadi, RR).

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan Tanda-tanda vital menandakan adanya masalah mengenai tekanan darah, nadi, RR, dan suhu.

2) Observasi nadi perifer, turgor, membran mukosa, kulit.

Rasional : untuk mengetahui terjadinya dehidrasi yang ditandai dengan nadi menurun, kulit kering, membrane mukosa kering, turgor hangat, CRT kembali \geq 3 detik.

3) Observasi intake dan output cairan.

Rasional : untuk mengetahui keseimbangan cairan di dalam tubuh.

4) Kolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian terapi cairan.

Rasional : untuk proses kesembuhan dengan memberikan pemenuhan cairan.

2.3.3.4 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan

ketidak mampuan dalam mengabsorpsi nutrisi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam

diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi.

Kriteria Hasil: Berat Badan stabil (sesuai dalam IMT), nafsu makan meningkat.

Intervensi:

1) Lakukan penimbangan Berat Badan setiap hari.

Rasional : untuk mengetahui pemasukan makanan yang adekuat adakah penurunan atau peningkatan Berat Badan.

2) Observasi bunyi usus dengan auskultasi.

Rasional : untuk mengetahui adakah gangguan peristaltik usus yang ditandai peningkatan atau penurunan.

3) Libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi, jika diperlukan.

Rasional : untuk memberikan informasi tentang nutrisi yang boleh dan yang tidak boleh dikonsumsi.

4) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.

Rasional : untuk proses penyembuhan dan pemenuhan nutrisi yang tepat.

2.3.3.5 Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan, penyumbatan pembuluh

darah besar.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang.

Kriteria hasil: Secara verbal mengatakan nyeri berkurang atau hilang, skala nyeri berkurang 1-3, pasien dapat tidur dengan tenang, tidak gelisah, pasien dapat beraktivitas.

Intervensi:

1) Observasi lokasi, tingkat, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien.

Rasional : untuk mengetahui kondisi, tingkat rasa nyeri adakah gangguan nyeri yang dialami pasien.

2) Observasi skala nyeri.

Rasional : untuk mengetahui skala nyeri.

3) Ajarkan teknik relaksasi.

Rasional : teknik relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan dan membuat pasien lebih tenang.

4) Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic.

Rasional : untuk proses penyembuhan pasien dengan pemberian analgesic dapat mengurangi rasa nyeri.

2.3.3.6 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik

pada gangren.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami kerusakan integritas jaringan.

Kriteria hasil: Perfusi jaringan normal, tidak ada tanda – tanda infeksi, ketebalan dan tekstur jaringan normal.

Intervensi:

1) Monitor kulit akan adanya kemerahan.

Rasional : menandakan area sirkulasi buruk yang dapat menimbulkan infeksi.

2) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

Rasional : kulit kotor dan basah merupakan media yang baik untuk tumbuhnya mikroorganisme.

3) Oleskan lotion atau minyak atau baby oil pada daerah yang tertekan.

Rasional : untuk melembabkan kulit sehingga mencegah terjadinya robekan.

4) Pertahankan linen kering.

Rasional : untuk menurunkan iritasi pada kulit dan resiko kerusakan kulit.

5) Lakukan prosedur rawat luka aseptik.

Rasional : mengurangi resiko infeksi dan kerusakan jaringan yang lebih parah.

6) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Rasional : untuk menurunkan iritasi pada kulit.

2.3.3.7 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitasi fisik.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami integritas kulit.

Kriteria hasil: Tidak ada luka/ lesi, perfusi jaringan baik, mampu mempertahankan kelembaban kulit, integritas tetap utuh.

Intervensi:

1) Monitor kulit akan adanya kemerahan.

Rasional : menandakan area sirkulasi buruk yang dapat menimbulkan

dekubitus/infeksi.

2) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

Rasional : kulit kotor dan basah merupakan media yang baik untuk tumbuhnya mikroorganisme.

3) Oleskan lotion atau minyak atau baby oil pada daerah yang tertekan.

Rasional : untuk melembabkan kulit sehingga mencegah terjadinya robekan.

4) Pertahankan linen kering.

Rasional : untuk menurunkan iritasi pada kulit dan resiko kerusakan kulit.

5) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Rasional untuk menurunkan iritasi pada kulit.

2.3.3.8 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan natrium.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

diharapkan terjadinya keseimbangan cairan.

Kriteria hasil: Tidak adanya edema, tanda – tanda vital dalam batas

normal, memelihara tekanan vena sentral.

Intervensi:

1) Observasi tanda – tanda vital.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan Tanda-Tanda Vital menandakan adanya masalah sistemik yang diakibatkan oleh kelebihan cairan dalam tubuh.

2) Kaji lokasi dan luas edema.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan apakah edema sudah hilang atau malah melebar.

3) Pertahankan catatan intake dan output cairan.

Rasional : untuk mengetahui keseimbangan cairan karena jumlah aliran harus sama atau lebih dari jumlah pemasukan.

4) Batasi masukan cairan.

Rasional : untuk mengurangi penumpukan cairan yang berlebih (oedema).

5) Kolaborasi dalam pemberian diuretic.

Rasional : diuretic bersifat menarik cairan sehingga cairan yang berlebih akan dieksresikan.

2.3.3.9 Perubahan eliminasi urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan eliminasi pasien normal kembali.

Kriteria hasil: Kandung kemih kosong secara penuh, pasien dapat mengontrol Buang Air Kecil-nya.

Intervensi:

1) Monitor dan kaji karakteristik urine meliputi frekuensi, konsistensi, bau, warna dan volum.

Rasional : untuk mengetahui sejauh mana perkembangan ginjal dan untuk mengetahui normal atau tidaknya urine pasien.

2) Batasi pemberian cairan sesuai kebutuhan.

Rasional : untuk mengurangi pengeluaran cairan urine pada malam hari.

3) Catat waktu terakhir pasien eliminasi urine.

Rasional : untuk mengidentifikasi fungsi kandung kemih, dan keseimbangan cairan.

4) Anjurkan kepada keluarga dalam ikut mencatat output urine.

Rasional : untuk mengetahui jumlah pengeluaran urine.

2.3.3.10 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola tidur yang sesuai dengan kebutuhan.

Kriteria hasil: Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari, pola, kualitas dalam batas normal, perasaan segar sesudah tidur atau istirahat.

Intervensi:

1) Berikan kesempatan untuk beristirahat/tidur sejenak.

Rasional : karena aktivitas fisik dan mental yang lama mengakibatkan kelelahan yang dapat meningkatkan kebingungan, aktifitas yang terprogram tanpa stimulasi berlebihan yang meningkatkan waktu.

2) Turunkan jumlah minum pada sore hari. Lakukan berkemih sebelum tidur.

Rasional : menurunkan kebutuhan akan bangun untuk pergi ke kamar mandi/berkemih selama malam hari.

3) Berikan makanan kecil sore hari, susu hangat, mandi dan masase punggung.

Rasional : meningkatkan relaksasi dengan perasaan mengantuk.

4) Putarkan musik yang lembut atau suara yang jernih.

Rasional : menurunkan stimulasi sensori dengan menghambat suara-suara lain dari lingkungan sekitar yang akan menghambat tidur nyenyak.

2.3.3.11 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas

terbatas, koma diabetik.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

diharapkan mobilitas fisik terpenuhi.

Kriteria hasil: Dapat beraktivitas secara mandiri, tidak terjadi kelemahan fisik.

Intervensi:

1) Observasi tingkat kelemahan.

Rasional : untuk mengetahui tingkat kelemahan pasien dan dapat memberikan terapi yang sesuai untuk melatih aktivitas pasien.

2) Diskusikan dengan pasien pentingnya aktivitas.

Rasional : untuk berkomunikasi agar tidak terjadi salah paham dan pasien dapat kooperatif dengan petugas.

3) Berikan dukungan pada pasien untuk beraktivitas.

Rasional : untuk memberikan semangat pada pasien untuk beraktivitas.

4) Observasi tanda – tanda vital sebelum dan sesudah beraktivitas.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan Tanda-Tanda Vital menandakan adanya masalah mengenai tekanan darah, nadi , RR, dan suhu.

5) Bantu pasien untuk beraktivitas yang ringan.

Rasional : untuk mengontrol aktivitas pasien agar tidak berlebihan.

6) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Rasional : untuk menurunkan iritasi pada kulit.

2.3.3.12 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di rumah sakit

diharapkan citra tubuh pasien tidak terganggu.

Kriteria Hasil : Pasien dapat meningkatkan body image dan harga dirinya,

pasien dapat berperan serta aktif selama rehabilitasi dan self-care, pasien

mampu beradaptasi, pasien menyatakan penerimaan pada situasi diri

mengenai perubahan konsep diri yang akut.

1) Dorong ekspresi ketakutan, perasaan negatif, dan kehilangan bagian tubuhnya.

Rasional : agar membantu pasien mulai menerima kenyataan dan realitas hidup.

2) Kaji derajat dukungan yang ada untuk pasien.

Rasional : dukungan yang cukup dari orang yang terdekat dan teman dapat membantu proses rehabilitasi.

3) Dorong partisipasi dalam aktivitas sehari – hari.

Rasional : untuk meningkatkan kemandirian dan meningkatkan perasaan harga dirinya.

4) Berikan kunjunganoleh orang yang telah diamputasi, khususnya seseorang yang berhasil dalam rehabilitasi.

Rasional : memberikan harapan untuk pemulihan dan masa depan normal.

5) Diskusikan persepsi pasien tentang diri dan hubungannya dengan perubahan dan bagaimana pasien dalam melihat dirinya dalam pola/peran fungsi yang biasanya.

Rasional : membantu mengartikan masalah sehubungan dengan pola hidup sebelumnya dan membantu pemecahan masalah.

2.3.3.13 Harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton, bau luka pada

gangren.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di rumah sakit diharapkan pasien dapat percaya diri.

Kriteria hasil: Pasien tidak tidak merasa malu dan dapat bersosialisasi dengan lingkungan.

Intervensi:

1) Bantu pasien untuk mengurangi tahapan ansietas yang ada.

Rasional : untuk mengurangi resiko terjadinya ansietas dan melatih untuk tetap tenang.

2) Beri motivasi untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar.

Rasional : agar pasien tidak menutup diri atau menarik diri.

3) Bantu pasien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan.

Rasional : untuk memberikan dukungan pada pasien dan dapat membuat pasien lebih terbuka dengan petugas.

4) Diskusikan dengan keluarga untuk tetap memberi dukungan.

Rasional : dukungan dari keluarga sangatlah penting dan juga dapat mempengaruhi kesehatan pasien.

5) Anjurkan pada keluarga agar tidak membiarkan pasien mengisolasi diri.

Rasional : agar pasien tidak mengalami gangguan dalam berkomunikasi.

2.3.3.14 Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil: Tanda – tanda vital dalam batas normal (terutama suhu 36 37.2°C), tidak ada pus pada luka, tidak ada tanda-tanda infeksi, jaringan

yang terluka membaik.

Intervensi:

1) Observasi tanda – tanda vital dalam batas normal.

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV (terutama suhu) menandakan adanya masalah sistemik yang diakibatkan adanya proses inflamasi.

2) Ajarkan pasien untuk selalu menjaga kebersihan.

Rasional : untuk mencegah terjadinya infeksi.

3) Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif.

Rasional : Untuk mengetahui mencegah terkontaminasi mikroorganisme.

4) Kolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian antibiotic.

Rasional : untuk proses kesembuhan pasien dan tidak terjadi infeksi.

2.3.3.15 Resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di rumah sakit diharapkan tidak terjadi cedera.

Kriteria hasil: Pasien dapat memenuhi kebutuhan sendiri, pasien tidak mengalami cedera saat melakukan aktivitas.

Intervensi:

1) Anjurkan pasien dan keluarga pasien untuk selalu berhati – hati dengan lingkungan sekitar yang dapat mencedera.

Rasional : agar pasien dan keluarga dapat berhati – hati agar tidak cidera.

2) Anjurkan pasien untuk menjauh dari lantai ayng licin.

Rasional : untuk mengurangi resiko terjadinya cidera.

3) Anjurkan keluarga untuk menggunakan tempat tidur yang rendah.

Rasional : untuk menghindari resiko jatuh.

4) Orientasikan pasien dengan lingkungan.

Rasional : agar pasien dapat bersosialisasi kembali dilingkungannya.

2.3.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam implementasi terdapat dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri perawat dan tindakan kolaborasi.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi perawat akan mengobservasi tanda tanda vital terutama RR, mengobservasi frekuensi, irama nafas, memberikan posisi semi fowler, mengajarkan pasien untuk teknik nafas dalam, dan berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian terapi oksigen.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer perawat akan mengobservasi tanda-tanda vital terutama nadi, mengobservasi CRT, memonitor daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas, dingin, tajam dan tumpul, menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada laserasi, berkolaborasi pemberian analgetik.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia perawat akan mengobservasi Tanda-Tanda Vital (suhu, nadi, RR, TD), mengobservasi nadi perifer, turgor, membran mukosa, kulit, mengobservasi intake dan output cairan, berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian terapi cairan.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrisi perawat akan melakukan penimbangan Berat Badan setiap hari, mengobservasi bunyi usus dengan auskultasi, melibatkan keluarga dalam pemberian nutrisi, jika diperlukan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.

Dalam menyelesaikan diagnosa nyeri berhubungan dengan iskemia jaringan, penyumbatan pada pembuluh darah besar perawat mengobservasi lokasi, tingkat, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh pasien, mengobservasi skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi, memberikan posisi semi-fowler, berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic.

Dalam menyelesaikan diagnosa kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada gangren perawat akan memonitor kulit akan

adanya kemerahan, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mengoleskan lotion atau minyak atau baby oil pada daerah yang tertekan, mempertahankan linen kering, melakukan perawatan luka aseptik, memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Dalam menyelesaikan diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilisasi fisik perawat akan memonitor kulit akan adanya kemerahan, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mengoleskan lotion atau minyak atau baby oil pada daerah yang tertekan, mempertahankan linen kering, melakukan perawatan luka aseptik, memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan natrium perawat akan melakukan mengobservasi tanda – tanda vital, mengkaji lokasi dan luas edema, mempertahankan catatan intake dan output cairan, membatasi masukan cairan, berkolaborasi dalam pemberian diuretic.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan perubahan eliminasi urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia perawat akan melakukan memonitor dan kaji karakteristik urine meliputi frekuensi, konsistensi, bau, warna dan volum, membatasi pemberian cairan sesuai kebutuhan, mencatat waktu terakhir pasien eliminasi urine, menganjurkan kepada keluarga dalam ikut mencatat output urine.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia, perawat akan memberikan kesempatan untuk

beristirahat/tidur sejenak, meurunkan jumlah minum pada sore hari, melakukan berkemih sebelum tidur pada pasien, memberikan makanan kecil sore hari, susu hangat mandi dan masase punggung, memutarakan musik yang lembut atau suara yang jernih.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas terbatas, koma diabetik, perawat akan mengobservasi tingkat kelemahan, mendiskusikan dengan pasien pentingnya aktivitas, memberikan dukungan pada pasien untuk beraktivitas, mengobservasi tanda – tanda vital sebelum dan sesudah beraktivitas, membantu pasien untuk beraktivitas yang ringan, memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

Dalam menyelesaikan tindakan keperawatan gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh perawat akan mendorong ekspresi ketakutan, perasaan negatif, dan kehilangan bagian tubuhnya, mengkaji derajat dukungan yang ada untuk pasien mendorong partisipasi dalam aktivitas sehari – hari, memberikan kunjungan oleh orang yang telah diamputasi, khususnya seseorang yang berhasil dalam rehabilitasi, mendiskusikan persepsi pasien tentang diri dan hubungannya dengan perubahan dan bagaimana pasien dalam melihat dirinya dalam pola/peran fungsi yang biasanya.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton, bau luka pada gangren, perawat akan membantu pasien untuk mengurangi tahapan ansietas yang ada, memberi motivasi untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, membantu pasien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan., mendiskusikan dengan keluarga untuk

tetap memberi dukungan, menganjurkan pada keluarga agar tidak membiarkan pasien mengisolasi diri.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, perawat akan mengobservasi tanda-tanda vital dalam batas normal, mengajarkan pasien untuk selalu menjaga kebersihan, mempertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif, berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian antibiotic.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran, perawat akan menganjurkan pasien dan keluarga pasien untuk selalu berhati-hati dengan lingkungan sekitar yang dapat mencedera, menganjurkan pasien untuk menjauh dari lantai yang licin, menganjurkan keluarga untuk menggunakan tempat tidur yang rendah, mengorientasikan pasien dengan lingkungan.

2.3.5 Evaluasi

Pada diagnosa gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan pola napas efektif dengan kriteria hasil pasien tampak tenang, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas, RR 16-20 x/menit, pola napas reguler, tidak ada otot bantu nafas.

Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak terjadi gangguan perfusi jaringan

dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal terutama nadi, CRT kurang dari 3 detik, sensitivitas normal.

Pada diagnosa kekurangan volum cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terjadinya keseimbangan cairan dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, turgor kulit baik, mata tidak cowong, membran mukosa lembab, CRT kurang dari 3 detik, haluaran urine adekuat, pasien tidak merasa haus.

Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan dalam mengabsorpsi nutrien, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil BB stabil sesuai dalam IMT, nafsu makan meningkat, Hb dalam batas normal.

Pada diagnosa nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan, penyumbatan pembuluh darah besar, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil penderita secara verbal mengatakan nyeri berkurang atau hilang, skala nyeri berkurang 1-3, pasien dapat tidur dengan tenang, tidak gelisah, pasien dapat beraktivitas.

Pada diagnosa kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan gangren, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami kerusakan integritas jaringan dengan kriteria hasil perfusi jaringan normal, tidak ada tanda – tanda infeksi, ketebalan dan tekstur jaringan normal.

Pada diagnosa kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitasi fisik, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami integritas kulit dengan kriteria hasil, yaitu tidak ada luka/ lesi, perfusi jaringan baik, mampu mempertahankan kelembaban kulit, integritas tetap utuh.

Pada diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan natrium, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terjadinya keseimbangan cairan dengan kriteria hasil, yaitu tidak adanya edema, tanda – tanda vital dalam batas normal, memelihara tekanan vena sentral.

Pada diagnosa perubahan eliminasi urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan eliminasi pasien normal kembali dengan kriteria hasil, yaitu kandung kemih kosong secara penuh, pasien dapat mengontrol berkemihnya.

Pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pola tidur yang sesuai dengan kebutuhan dengan kriteria hasil, yaitu jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari, pola, kualitas dalam batas normal, perasaan segar sesudah tidur atau istirahat.

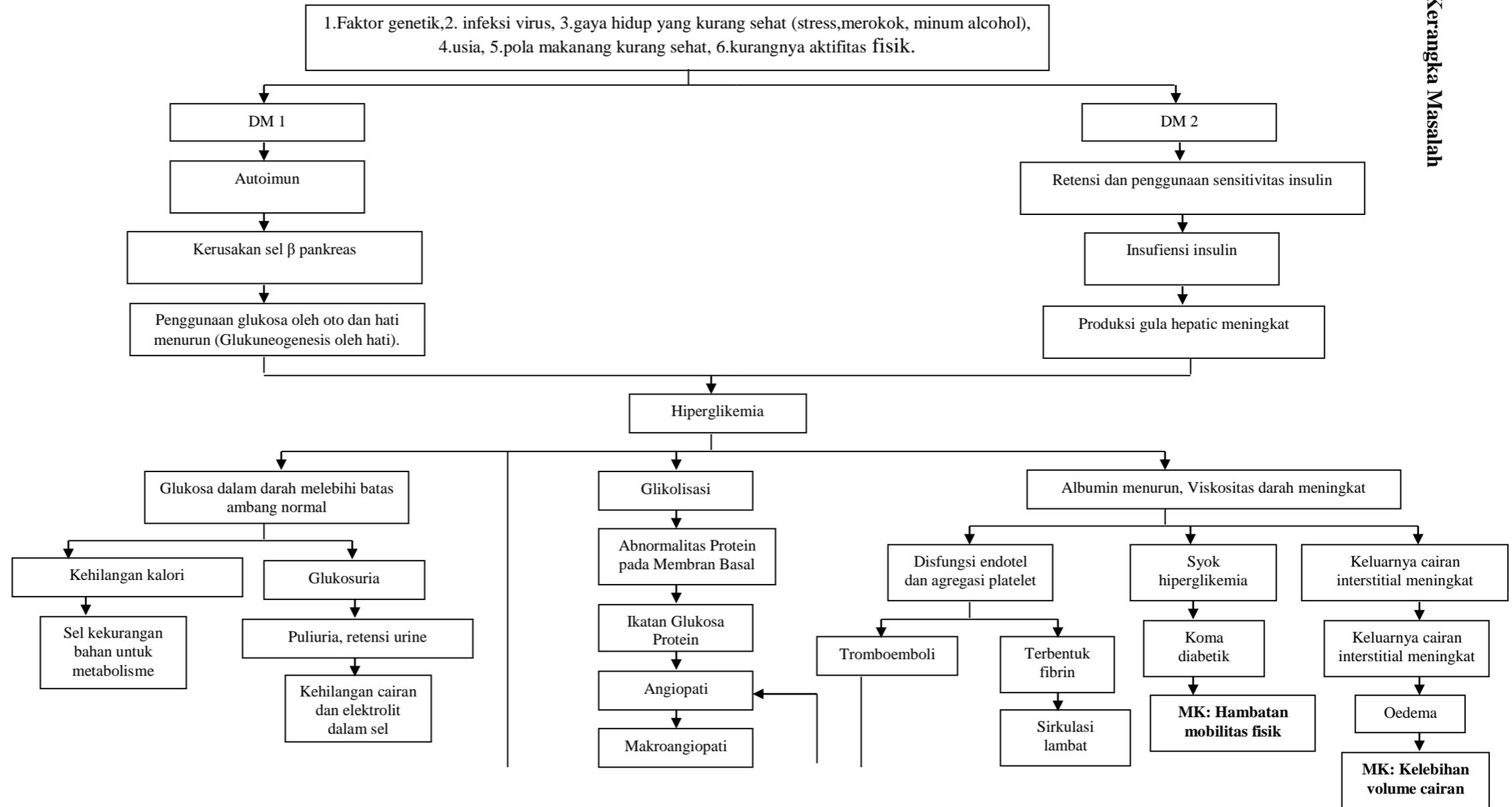
Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas terbatas, koma diabetik, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik terpenuhi dengan kriteria hasil, yaitu dapat beraktivitas secara mandiri, tidak terjadi kelemahan fisik.

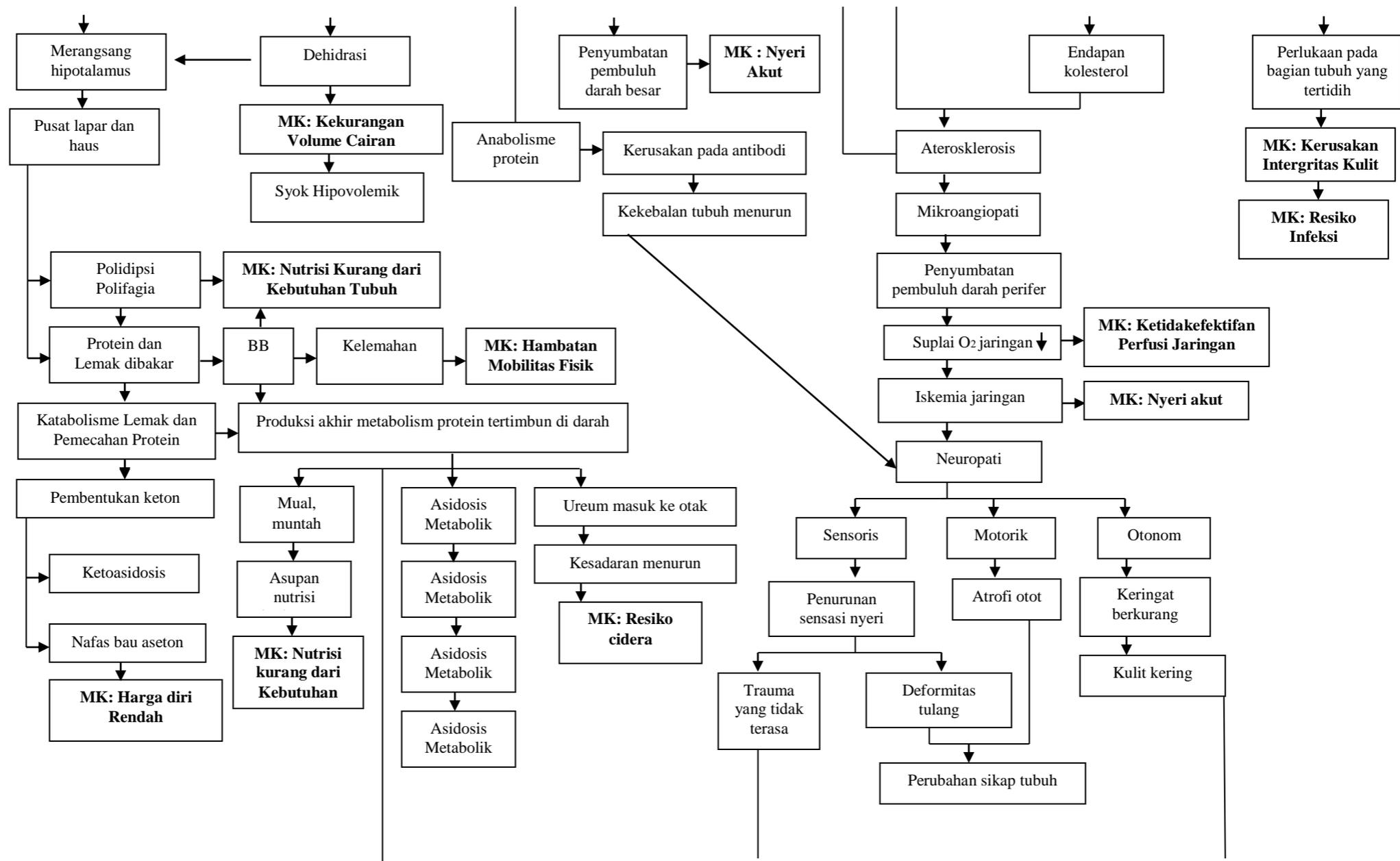
Pada diagnosa gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di RS diharapkan citra tubuh pasien tidak terganggu dengan kriteria hasil, yaitu pasien dapat meningkatkan body image dan harga dirinya, pasien dapat berperan serta aktif selama rehabilitasi dan self-care, pasien mampu beradaptasi, pasien menyatakan penerimaan pada situasi diri mengenai perubahan konsep diri yang akut.

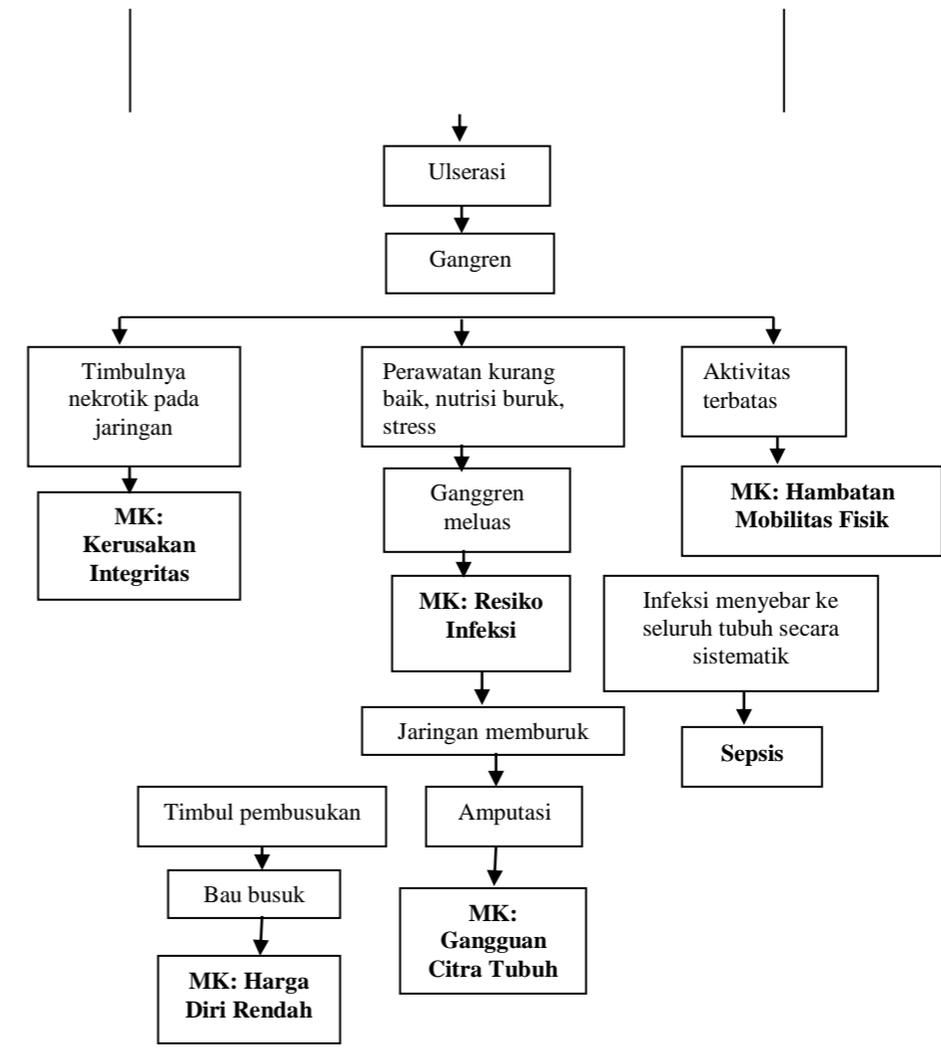
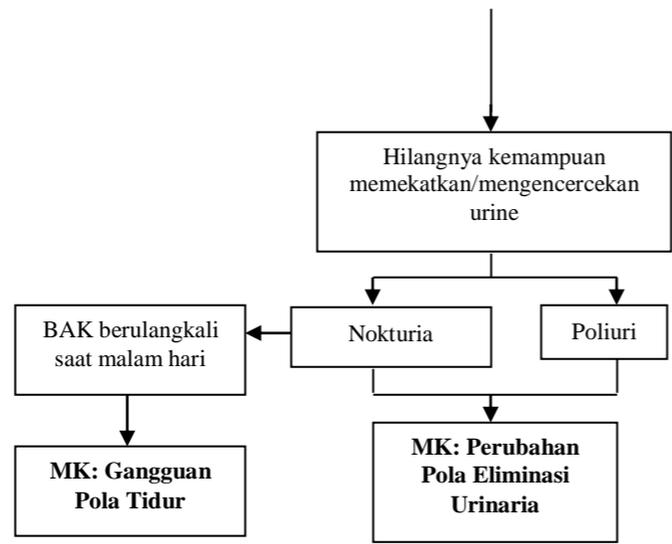
Pada diagnosa harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton, bau luka pada gangren setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di RS diharapkan pasien dapat percaya diri dengan kriteria hasil, yaitu pasien tidak merasa malu dan dapat bersosialisasi dengan lingkungan.

Pada diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil, yaitu tanda – tanda vital dalam batas normal, tidak ada pus pada luka.

Pada diagnosa resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di RS diharapkan tidak terjadi cedera dengan kriteria hasil, yaitu pasien dapat memenuhi kebutuhan sendiri, pasien tidak mengalami cedera saat melakukan aktivitas.







2.1 Gambar Kerangka Masalah (Anisa, 2017)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

Data diambil tanggal : 25 februari 2019

Ruang rawat / kelas : Melati 15 G5

No. Rekam medis : 0013xxxx

Jam : 10.30

Tgl MRS : 20 februari 2019

Diagnosa medis : DM ganggren

3.1.1 Identitas klien dan penanggung jawab

Identitas Klien

Nama : Ny. S

Umur : 42 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Suku : Jawa

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Identitas penanggung jawab

Nama : Tn, S

Umur : 50 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Suku : Jawa

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Bengkel

Alamat : Gersikan kedung ringin Alamat : Gersikan kedung ringin

Status : Sudah menikah Status : Sudah menikah

3.1.2 Riwayat Keperawatan

3.1.2.1 Riwayat Keperawatan Sekarang

1) Keluhan Utama: Klien mengatakan nyeri pada jari kelingking kaki sebelah kanan.

2) Riwayat penyakit saat ini: Klien mengatakan nyeri pada jari kelingking sebelah kanan, setelah itu klien dibawa di Puskesmas terdekat, dan di rujuk ke RSUD Bangil, di bawa ke IGD, dan JAM: 08,00 di pindah ke bangsal melati. Saat

pengkajian : P: Karena ada luka ganggren di jari kelingkingnya.

Q: Seperti di tusuk-tusuk.

R: Jari kelingking luasnya 5 cm kaki sebelah kanan.

S: 8

T: Saat aktifitas

3.1.2.2 Riwayat keperawatan sebelumnya

Riwayat kesehatan yang lalu:

1) Penyakit yang pernah diderita

Klien mengatakan pernah menderita penyakit DM selama \pm 20 tahun.

2) Operasi: Tidak pernah operasi.

3) Alergi: Klien mengatakan tidak ada alergi obat maupun makanan.

3.1.2.3 Riwayat kesehatan keluarga

1) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga:

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit DM.

2) Lingkungan rumah dan komunitas:

Klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, jauh dari tempat pembuangan sampah.

3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan:

Klien kurang menjaga pola makan, dan suka makan makanan yang manis.

3.1.3 Status cairan dan nutrisi

1) Nafsu makan: Baik.

Rumah: Nafsu makan baik.

Rumah Sakit: Nafsu makan menurun karena makanan dari rumah sakit tidak se enak makanan di luar atau di rumah.

2) Pola makan:

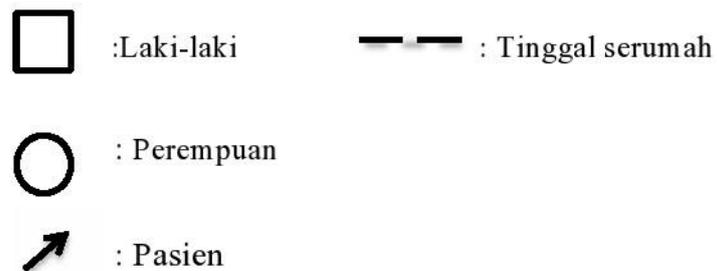
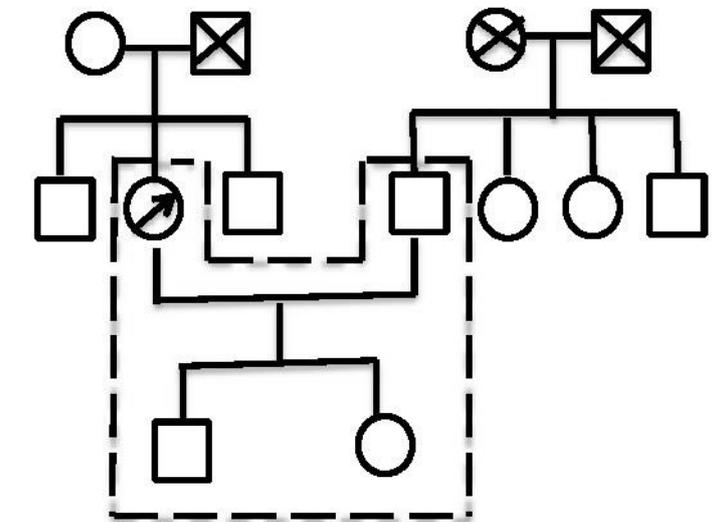
Rumah: 3 x 1 porsi habis. Makanan dari Rumah Sakit: 3 x 2 – 3 sendok. Makanan dari luar 3 x 1 porsi.

3) Minum: Jenis: Air Mineral

Jumlah: ± 800 cc/hari

- 4) Pantangan makan: Makanan manis.
- 5) Menu makanan/ diet sekarang: Diet DM 2100 kalori
- 6) Keluhan lain: Klien mengatakan mual,, Hb 9,7 g/dL, klien tidak menghabiskan makanan karena tidak suka dengan makanan dari Rumah Sakit tetapi klien membeli makanan di luar, dimeja klien terlihat sisa makanan yang dibeli dari luar, lingkar lengan klien 35 cm. **Masalah keperawatan:** ketidak efektifan manajemen kesehatan, kelemahan.

3.1.4 Genogram



3.1.5 Pemeriksaan fisik

3.1.5.1 Keadaan umum:

Keadaan umum: lemah, Kesadaran compos metis, GCS = 456.

3.1.5.2 Tanda vital

- 1) Tensi: 140/ 70 mmHg.
- 2) Suhu: 36,5 oCelcius (lokasi pengukuran: Axilla).
- 3) Nadi: 80 x/menit (Lokasi perhitungan: Radialis).
- 4) Respirasi: 19 x/menit.

3.1.5.3 Respirasi (B1)

- 1) Bentuk dada: Simetris.
- 2) Susunan ruas tulang belakang: Normal.
- 3) Pola nafas: Teratur.

Jenis: Reguler.

- 4) Retraksi otot bantu nafas: Tidak ada retraksi otot bantu pernafasan.
- 5) Perkusi thorak: Sonor.
- 6) Alat bantu nafas: Tidak menggunakan alat bantu nafas tambahan.
- 7) Vokal fremitus: Normal, antara kanan dan kiri sama .
- 8) Suara nafas: Vesikuler.

9) Lain-lain: Tidak ada.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.5.4 Kardiovaskular (B2)

1) Nyeri dada: Tidak ada.

2) Irama jantung: Regular.

3) Pulsasi: Kuat.

4) Bunyi jantung: S1 S2 tunggal.

5) CRT: < 2 detik.

6) Cianosis: Tidak ada cianosis.

7) Clubbing finger: Tidak ada clubbing finger.

8) JVP: -

9) Lain-lain: Tidak ada.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.5.5 Persyarafan (B3)

1) Kesadaran: Composmentis.

2) Orientasi: Baik.

3) Kejang: Tidak ada.

4) Kaku kuduk: Tidak ada.

5) Brudsky: Tidak ada.

6) Nyeri kepala: Tidak ada.

7) Istirahat/ tidur:

Di Rumah, pasien tidur 6-8 jam/hari, di RS, pasien tidur 6-8 jam /hari, pasien tidak mempunyai gangguan tidur.

8) Kelainan nervus cranialis: Tidak ada.

9) Lain – lain: Tidak ada.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.5.6 Genetourinaria (B4)

1) Bentuk alat kelamin: Normal.

2) Libido: Kemauan: Tidak terkaji.

Kemampuan: Tidak terkaji.

3) Kebersihan: Cukup bersih.

4) Frekuensi berkemih: $\pm 8x$ / hari, teratur.

Jumlah: ± 1300 cc/24jam. Bau: Amoniak.

Warna: Kuning.

Tempat yang digunakan: Urin bag.

5) Alat bantu yang digunakan: Kateter, sebelum pengkajian sudah memakai kateter sampai saya pengkajian sudah 4 hari memakai kateter.

6) keluhan lain: memakai kateter

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.5.7 Pencernaan (B5)

1) Mulut: Bersih.

Mukosa: Lembab. Bibir: Normal. Gigi: Bersih.

Kebiasaan gosok gigi: Di rumah 3x/hari di rumah sakit 2x/hari.

2) Tenggorokan: Tidak ada kesulitan.

3) Abdomen

Peristaltik: 8 x/menit.

4) Kebiasaan BAB : RS = 1 hari sekali BAB.

Rumah = 1 hari sekali BAB. Konsistensi: Tidak tahu.

Warna: Tidak tahu. Bau: Tidak tahu.

Tempat yang digunakan: Tidak tahu.

5) Masalah eliminasi alvi: Tidak ada.

6) Pemakaian obat pencahar: Tidak ada.

7) Lavement: Tidak ada.

8) Lain – lain: Tidak ada.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.5.8 Muskuloskeletal dan integumen (B6)

1) Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM): Bebas.

2) Kekuatan otot:

5	5	
3		5

3) Fraktur: Tidak ada

4) Dislokasi: Tidak ada.

5) Kulit: Elastis.

6) Akral: Hangat.

7) Turgor: Lembab.

8) Kelembapan: Cukup lembab.

9) Oedema: Tidak ada edema.

10) Kebersihan: Cukup bersih.

11) Lain – lain: P: Karena ada luka ganggren di jari kelingkingnya.

Q: Seperti di tusuk-tusuk.

R: Jari kelingking kanan luas 5 cm kaki sebelah kanan.

S: 8

T: Saat aktifitas.

Masalah keperawatan : Hambatan mobilitas fisik, Nyeri akut.

3.1.5.9 Pengindraan (B7)

1) Mata:

(1) Pupil: Isokor.

(2) Reflek cahaya: Normal.

(3) Konjungtiva: Anemis, Hb 9,7 g/dL. (4) Sklera: Tidak ikterik.

(5) Palpebra: Normal.

(6) Strabismus: Tidak ada.

(7) Ketajaman penglihatan: Normal.

(8) Alat bantu: Klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

(9) Lain lain: Tidak ada.

2) Hidung: Normal, tidak ada patah tulang hidung, tidak ada lesi. (1) Mukosa hidung: Lembab.

(2) Sekret: Tidak ada.

(3) Ketajaman penciuman: Normal. (4) Kelainan: Tidak ada.

3) Telinga:

(1) Keluhan: Tidak ada.

(2) Ketajaman pendengaran: Normal.

(3) Alat bantu: Tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

4) Perasa: Dapat merasakan manis, pahit, asam, asin.

5) Peraba: Normal.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.5.10 Endokrin (B8)

3.1.1 Pembesaran kelenjar thyroid: Tidak ada.

3.1.2 Pembesaran kelenjar tyroid: Tidak ada.

3.1.3 Klien mengatakan sering minum, sering BAK, dan sering makan (poliuri, polidipsi, poliphagi).

3.1.4 Luka ganggren: Ada.

Pus : Ada. Bau : Khas.

Lokasi : jari kelingking sebelah kanan.

3.1.5 Keluhan lain: Klien mengatakan nyeri pada jari kelingking sebelah kanan, nyeri seperti ditusuk tusuk, skala nyeri 8, nyeri saat dibuat aktivitas. Tampak adanya pembengkakan pada daerah luka, lebar luka ± 2 cm, kedalaman luka 0,5 cm, luka basah, luka tampak merah, juga ada yang kering.

Masalah keperawatan: Nyeri akut, kerusakan integritas jaringan.

3.1.6 Data psikososial

3.1.6.1 Gambaran diri/ citra diri:

1) Tanggapan tentang tubuhnya: Klien merasa bangga dengan tubuhnya.

- 2) Bagian tubuh yang disukai: Klien menyukai bagian tubuhnya.
- 3) Bagian tubuh yang kurang disukai: Tidak ada.
- 4) Persepsi terhadap kehilangan bagian tubuh: Klien merasa sedih jika kehilangan salah satu bagian tubuhnya.

3.1.6.2 Identitas

- 1) Status klien dalam keluarga: Seorang ibu rumah tangga.
- 2) Kepuasan klien terhadap status dan posisi dalam keluarga: Klien merasa puas sebagai seorang istri dan ibu rumah tangga.
- 3) Kepuasan klien terhadap jenis kelamin: Klien puas dengan gendernya.

3.1.6.3 Peran

- 1) Tanggapan klien tentang perannya: Merasa bangga dengan peran sebagai ibu.
- 2) Kemampuan/ kesanggupan klien melaksanakan perannya: Klien merasa mampu menjadi seorang ibu dan istri.

3.1.6.4 Ideal diri

- 1) Harapan klien terhadap:

(1) Tubuhnya: Klien ingin cepat sembuh.

(2) Posisi (dalam pekerjaan): Ibu rumah tangga. (3) Status (dalam keluarga): Istri dan Ibu.

(4) Tugas/ pekerjaan: Ibu rumah tangga.

2) Harapan klien terhadap lingkungan: (1) Sekolah: Tidak tahu.

(2) Keluarga: Tetap sabar menjaga saat klien sedang sakit. (3) Masyarakat: Tetap menerima saat kembali kerumah.

(4) Tempat/ lingkungan kerja: Tempat kembali menerima saat kembali dilingkungannya.

3) Harapan klien tentang penyakit yang diderita dan tenaga kesehatan: Klien berharap penyakitnya dapat segera sembuh agar klien dapat kembali berkumpul bersama keluarganya.

3.1.6.5 Harga diri

Tanggapan klien tentang terhadap harga dirinya: Klien merasa bersyukur atas apa yang telah diberikan pada dirinya.

3.1.6.6 Data sosial

1) Hubungan klien dengan keluarga: Sangat baik dan sangat dekat.

2) Hubungan klien dengan klien lain: Klien sangat ramah pada klien lain.

3) Dukungan keluarga terhadap klien: Baik, klien selalu ditunggu anaknya.

4) Reaksi klien saat interaksi: Sangat kooperatif.

Masalah keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan.

3.1.7 Data Spiritual

3.1.7.1 Konsep tentang penguasa kehidupan: Klien mengatakan percaya tentang adanya tuhan.

3.1.7.2 Sumber kekuatan/ harapan saat sakit: Doa dari keluarga.

3.1.7.3 Ritual agama yang bermakna/ berarti/ harapan saat ini: Berdoa dan sholat.

3.1.7.4 Sarana/ peralatan/ orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual: Mukenah.

3.1.7.5 Keyakinan terhadap kesembuhan penyakit: Klien yakin sekali akan sembuh.

3.1.7.6 Persepsi terhadap penyakit: Penyakitnya adalah akibat dari perbuatannya.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Data Penunjang

3.1.8.1 Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil laboratorium pemeriksaan darah lengkap Ny. "S" tanggal 26 Februari 2019.

Pemeriksaan	Hasil	Nilairujukan	Satuan
WBC	10,57	4.80 – 10.80	$10^3/uL$
RBC	3,23	4.20-6.10	$10^6/uL$
HGB	9,7	12.0 – 18.0	g/dL
HCT	28,1	37.0 – 52.0	%
PLT	261	150 – 450	$10^3/uL$
MCV	87,0	79.00 – 99.00	fL
MCH	30,0	27.00 – 31.00	Pg
MCHC	34,5	33.00 – 37.00	g/Dl
RDW-SD	38,0	35.00 – 47.00	fL
RDW– CV	11,9	11.50 – 14.50	%
PDW	9,3	9.00 – 17.00	fL
MPV	9,5	9.00 – 13.00	fL
P–LCR	20,0	13.00 – 43.00	%

PCT	0,25	0.15 – 0.40	%
EO%	1,5	0.00 – 1.00	%
BASO%	0,3	0.00 -1.00	%
NEUT%	73,1	50.00 – 70.00	%
LYMPH%	1,1	25.00 – 40.00	%
MONO%	1,2	2.00 – 8.00	%
EO#	0,2		10 ³ /uL
BASO#	0,01		10 ³ /uL
MONO#	0,96		10 ³ /uL
NEUT#	7,73	2.00 – 7.70	10 ³ /uL
LYMPH#	1,71	0.80 – 4.00	10 ³ /uL
Kimia Klinik			
Guladarahsewaktu	473	<200	mg/d
BUN	44.9	6.0 -23.0	l

3.1.9 Terapi

Tanggal : 25 februari 2019

3.1.9.1 Infus Natrium Clorida 1000 ml /24 jam

Kegunaannya: sebagai pengganti cairan tubuh.

3.1.9.2 Injeksi Cefazoline 2 x 1 gr per bolus / IV

Kegunaannya: obat antibiotic dengan fungsi untuk mengobati berbagai jenis infeksi bakteri.

3.1.9.3 Antrain 3 x 2 mg per bolus / IV

Kegunaannya: obat yang dikonsumsi untuk menangani dan merupakan anti nyeri.

3.1.9.4 Ranitidin 2 x 2 mg per bolus / IV

Kegunaannya: Digunakan untuk mengurangi produksi asam lambung sehingga dapat mengurangi rasa nyeri.

3.1.9.5 Lantus 0-0-12 per Sub Cutan

Kegunaannya: Digunakan pola diet dan program latihan fisik untuk mengontrol kadar gula darah.

3.1.9.6 Rawat Luka 1 x / hari, setiap pagi

- 1) Cairan saflon
- 2) Cairan natrium clorida
- 3) Set instrumen rawat luka
- 4) Kasa gulung
- 5) Kasa steril
- 6) Sufratul

3.2 Analisa Data

Tabel 3.2 Analisa data pada Ny “S” dengan diagnosa medis DM Gangren di Ruang Melati RSUD Bangil.

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>Ds : Klien mengatakan:</p> <p>P: Karena ada lukak di jari kelingkingnya.</p> <p>Q: Seperti di tusuk-tusuk.</p> <p>R: Jari kelingking.</p> <p>S: 8.</p> <p>T: Saat aktifitas.</p> <p>Do : - Klien tampak menyeringai</p> <p>- Adanya luka pada jari kelingking sebelah kanan.</p> <p>- Terdapat pus.</p> <p>- Adanya pembekakan pada daerah luka.</p> <p>- Keadaan umum lemah.</p> <p>- TTV = TD : 140/70 mmHg.</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>- WBC : 30,40</p>	<p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Abdomalitas</p> <p>protein pada</p> <p>membran basal.</p> <p>↓</p> <p>Ikatan glukosa</p> <p>protein.</p> <p>↓</p> <p>Angiopati.</p> <p>↓</p> <p>Makroangiopati.</p> <p>↓</p> <p>Penyumbatan</p> <p>pembuluh darah.</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut.</p>	Nyeri Akut

2,	<p>Ds : Klien mengatakan tidak nafsu makan, makan 2 – 3 sendok, klien mengatakan mual tetapi tidak muntah.</p> <p>Do : - Keadaan umum lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 4/5 - Bising usus 8x/menit - BAB (-) - BAK (+) - Lingkar lengan 35 cm - HGB = 9,7 - RBC = 3,23 	<p>Glukosa dalam darah melebihi batas ambang normal.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kehilangan kalori.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sel kekurangan bahan untuk metabolisme.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Merangsang hipotalamus.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mengabsorpsi nutrient.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kelemahan</p>	Kelemahan
----	--	--	-----------

3.	<p>Ds : Klien mengatakan adanya luka pada kaki kiri</p> <p>Do : - Tampak ada luka pada ibu jari kaki kiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya pus - Tampak bengkak pada jari kelingking yang luka. - Luka basah - Luka warna merah - Lebar ± 2 cm - Kedalaman 0,5 cm 	<p>Luka ganggren.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penumpukan pus.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nekrotik jaringan.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan integritas jaringan.</p>	<p>Kerusakan integritas jaringan</p>				
4	<p>DS : Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri karena susah di buat berjalan.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aktivitas klien di bantu oleh keluarganya -Klien mampu menggunakan alat bantu -Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table>	5	5	3	5	<p>Luka ganggren</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>nyeri akibat penumpukan pus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik.</p>
5	5						
3	5						

5.	<p>DS: Klien sudah mengalami diabetes mellitus sejak \pm 20 tahun yang lalu, dan klien mengatakan kurang menjaga pola makan dan suka makan makanan yang manis-manis.</p> <p>DO: Dimeja terlihat sisa makanan yang di beli di luar.</p>	<p>Menderita DM sejak 20 tahun.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kurangnya dukungan sosial, persepsi keuntungan.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kegagalan memasukkan regimen pengobatan dalam kehidupan sehari-hari.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidak efektifan manajemen kesehatan.</p>	<p>Ketidak efektifan manajemen kesehatan.</p>
----	---	---	---

3.3 Daftar Masalah Keperawatan

3.3.1 Nyeri Akut

3.3.2 Kelemahan.

3.3.3 Kerusakan Integritas Jaringan.

3.3.4 Hambatan mobilitas fisik.

3.3.5 Ketidak efektifan manajemen kesehatan.

3.4 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

3.4.1 Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan jaringan atau suplay pada jaringan.

3.4.2 Kelemahan berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.

3.4.3 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrotik jaringan.

3.4.4 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akibat penumpukan pus.

3.4.5 Ketidak efektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan persepsi keuntungan ditandai dengan adanya kegagalan memasukkan regimen pengobatan dalam kehidupan sehari-hari (kurang menjaga pola makan dan suka makan makanan yang manis-manis.

3.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 3.3 Rencana Tindakan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil.

NO, DX	Tujuan/ Kriteria hasil	Intervensi	Rasioanal
1.	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan nyeri klien berkurang.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak menyeringai. 2. Skala nyeri ringan. (0-3) 3. Nadi normal (60-100x/menit) 4. Tidak adanya pus 5. Tidak ada pembengkakan. 6. Adanya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien. 2. Observasi skala nyeri. 3. Ajarkan teknik relaksasi dengan cara tarik nafas dalam melalui hidung dikeluarkan melalui mulut secara perlahan dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui kondisi, tingkat rasa nyeri adakah gangguan nyeri yang dialami klien. 2. Untuk mengetahui skala nyeri. 3. Teknik relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan dan membuat klien lebih tenang.

	<p>perbaiki jaringan yang rusak.</p>	<p>distraksi yaitu dengan cara mengalihkan nyeri misalnya menonton tv, berbicara dengan klien lain.</p> <p>4. Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic. Injeksi antrain 3 x 2ml.</p> <p>5. Lakukan prosedur rawat luka aseptic.</p>	<p>4. Untuk proses penyembuhan klien dengan pemberian analgesic dapat mengurangi rasa nyeri.</p> <p>5. Mengurangi resiko infeksi dan kerusakan jaringan yang lebih parah.</p>
--	--------------------------------------	--	---

2.	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>1, Nafsu makan meningkat.</p> <p>2. Hb normal (12.0 –18.0 g/ dL).</p> <p>3. Konjungtiva normal.</p>	<p>1. Observasi bunyi usus dengan auskultasi.</p> <p>2. Libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi jika diperlukan.</p> <p>3. Lakukan penimbangan BB setiap hari/ pengukuran lingkaran lengan.</p> <p>4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.</p> <p>Diet DM 2100 kalori</p>	<p>1. Untuk mengetahui adakah gangguan peristaltik usus yang ditandai dengan penurunan atau peningkatan.</p> <p>2. Untuk memberikan informasi tentang nutrisi yang boleh dan yang tidak boleh dikonsumsi.</p> <p>3. Untuk mengetahui pemasukan makanan yang adekuat adakah penurunan atau penambahan BB.</p> <p>4. Untuk proses penyembuhan dan pemenuhan nutrisi yang tepat.</p>
----	---	--	---

3.6 Implementasi Keperawatan

3.4 Implementasi Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil.

Tanggal	Jam	Implementasi	Nama / tanda tangan
25 februari 2019	09.20	1. Mengobservasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien.	
	09.30	2. Mengobservasi skala nyeri. Klien mengeluh nyeri seperti ditusuk – tusuk, skala nyeri 8.	
	09.35	3. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi. Teknik relaksasi dengan nafas dalam melalui hidung lalu dikeluarkan melalui mulut secara perlahan dan teknik distraksi dengan mengalihkan nyeri misalnya berbicara sama tetangganya, menonton tv.	
	09.40	4. Berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic. Injeksi	

		Antrain 3 x 2 ml.	
	09.45	5. Melakukan prosedur rawat luka aseptik.	
	09.50	6. Mengobservasi bising usus dengan auskultasi (Bising usus 8x/menit).	
	10.00	7. Melibatkan keluarga dalam pemberian jika diperlukan.	
	10.20	8. Melakukan penimbangan BB setiap hari/ pengukuran lingkar lengan Lingkar lengan 35 cm.	
	10,30	9. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat, Diet DM 2100 kalori.	
26 februari 2019	08.00	1. Mengobservasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien.	
	08.10	2. Mengobservasi skala nyeri. Klien mengeluh nyeri seperti ditusuk –	

		tusuk, skala nyeri 8.	
	08.20	3. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi. Teknik relaksasi dengan nafas dalam melalui hidung lalu dikeluarkan melalui mulut secara perlahan dan teknik distraksi dengan mengalihkan nyerimisalnya berbicara sama tetangganya, menonton tv.	
	08.30	4. Berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic. Injeksi Antrain 3 x 2 ml	
	08.40	5. Lakukan prosedur rawat luka aseptik.	
	08.45	6. Mengobservasi bising usus dengan auskultasi (Bising usus 10x/menit).	
	08.50	7. Melibatkan keluarga dalam pemberian jika diperlukan.	
	09.00	8. Melakukan penimbangan	

27 februari 2019		BB setiap hari/ pengukuran lingkaran lengan Lingkaran lengan 35 cm.	
	09.10	9. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat. Diet DM 2100 kalori.	
	08.05	1. Mengobservasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien.	
	08.10	2. Mengobservasi skala nyeri. Klien mengeluh nyeri seperti ditusuk – tusuk, skala nyeri 8.	
08.20	3. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi. Teknik relaksasi dengan nafas dalam melalui hidung lalu dikeluarkan melalui mulut secara perlahan dan teknik distraksi dengan mengalihkan nyeri misalnya berbicara sama tetangganya,		

		menonton tv.	
	08.25	4. Berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic. Injeksi Antrain 3 x 2 ml	
	08.30	5. Lakukan prosedur rawat luka aseptik.	
	08.35	6. Mengobservasi bising usus dengan auskultasi (Bising usus 8x/menit).	
	08.40	7. Melibatkan keluarga dalam pemberian jika diperlukan.	
	08.40	8. Melakukan penimbangan BB setiap hari/ pengukuran lingkaran lengan Lingkarlengan 35 cm.	
	08.45	9. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat. Diet DM 2100 kalori.	

3.7 Catatan Perkembangan

3.5 Catatan Perkembangan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
25 februari 2019	Nyeri Akut berhubungan Dengan kerusakan jaringan atau suplay pada jaringan.	<p>S : Klien mengatakan:</p> <p>P: Karena ada lukak di jari kelingkingnya.</p> <p>Q: Seperti di tusuk-tusuk.</p> <p>R: Jari kelingking luas 5cm.</p> <p>S: 8.</p> <p>T: Saat aktifitas.</p> <p>O : - Tampak adanya luka pada jari kelingking sebelah kanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka terdapat pus. - Tampak edema. - Klien tampak menyeringai. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	

<p>25 februari 2019</p>	<p>Kelemahan berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient</p>	<p>1. Observasi skala nyeri. 2. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi. 3. Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic. 4. Lakukan prosedur rawat luka aseptik.</p> <p>S : Klien mengatakan nafsu makan menurun. Makan 2 – 3 sendok setiap makan. Klien mengatakan mual tetapi tidak muntah. O : - keadaan umum lemah - GCS 456 - BAK (+) BAB (-) - Bising usus 8x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi.</p>	
---------------------------------	--	---	---

<p>26 februari 2019</p>	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan jaringan atau suplay pada jaringan.</p>	<p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi bunyi usus dengan auskultasi. 2. Libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi jika diperlukan. 3. Lakukan penimbangan BB setiap hari. 4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat. <p>S : Klien mengatakan:</p> <p>P: Karena ada lukak di jari kelingkingnya.</p> <p>Q: Seperti di tusuk-tusuk.</p> <p>R: Jari kelingking luas 5cm.</p> <p>S: 8.</p> <p>T: Saat aktifitas.</p> <p>O : - Tampak adanya</p>	
---------------------------------	--	--	---

		<p>luka pada jari kelingking sebelah kanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka terdapat pus - Tampak edema - Klien tampak menyeringai <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi skala nyeri. 2. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi. 3. Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic. 4. Lakukan prosedur rawat luka aseptik. 	
26 februari 2019	Kelemahan berhubungan dengan ketidakmampuan	<p>S : Klien mengatakan nafsu makan sedikit meningkat.</p> <p>Makan 3 – 4 sendok</p>	

	<p>mengabsorpsi nutrient.</p>	<p>setiap makan, klien mengatakan mual, muntah lendir 3-4 x/hari.</p> <p>O: - keadaan umum lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 456 - BAK (+), BAB (-) - Bising usus 10x/menit. <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi bunyi usus dengan auskultasi. 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat. 	
--	-------------------------------	--	--

3.8 Evaluasi Keperawatan

3.6 Evaluasi keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Di Ruang Melati RSUD Bangil.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Paraf
27 februari 2019	Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan jaringan atau suplay pada jaringan.	<p>S : Klien mengatakan:</p> <p>P: Karena ada lukak dijari kelingkingnya.</p> <p>Q: Seperti di tusuk- tusuk.</p> <p>R: Jari kelingking luas 5cm.</p> <p>S: 8.</p> <p>T: Saat aktifitas.</p> <p>O : - Tampak adanya luka pada jari kelingking sebelah kanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka terdapat pus - Tampak edema - Klien tampak menyeringai. <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi</p>	

<p>27 februari 2019</p>	<p>Kelemahan berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrien.</p>	<p>dilanjutkan</p> <p>S : Klien mengatakan nafsu makan sedikit meningkat , klien mengatakan tidak mual dan tidak muntah.</p> <p>Pola makan setengah porsi habis.</p> <p>O : - keadaan umum cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 456 - BAK (+), BAB (+) - Bising usus 9x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>	
---------------------------------	--	---	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dijelaskan antara kesenjangan teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny.S dengan diagnosa medis DM Ganggren diruang Melati RSUD Bangil yang meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

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

4.2 Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan B1 (*Breathing*) menurut Wijaya (2013) tinjauan pustaka didapatkan data saluran pernafasan terkadang pada inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada retraksi alat bantu nafas, terkadang ada yang membutuhkan bantu nafas O₂. Pada palpasi di dapatkan data RR: \geq 22x/menit, vokal premitusantara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal. Pada auskultasi tidak ditemukan suara tambahan, suara nafas vesikuler, mungkin terjadi pernafasan cepat dan dalam, frekuensi meningkat, nafas bau aseton sehingga muncul masalah keperawatan ketidak efektifan pola nafas yang ditandai dengan membutuhkan bantunafas O₂, frekuensi pernafasan meningkat, pernafasan cepat dan dalam. Pada pemeriksaan B1 (*Breathing*) pada tinjauan pustaka juga

muncul masalah keperawatan harga diri rendah yang ditandai dengan adanya nafas bau aseton. Pada tinjauan kasus didapatkan data bentuk dada simetris, susunan ruas tulang belakang normal, pola nafas teratur, jenis nafas reguler, tidak ada retraksi otot bantu pernafasan, perkusi thorak sonor, tidak menggunakan alat bantu nafas tambahan, vokal fremitus normal, suara nafas vesikuler. Pada pemeriksaan B1 (*Breathing*) Tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus karena pada tinjauan kasus di dapatkan tidak ada perubahan perubahan yang menonjol.

Pada pemeriksaan B2 (*Blood*) menurut Wijaya (2013) tinjauan pustaka didapatkan data pada palpasi ictus cordis tidak teraba, nadi $\geq 84x$ / menit, irama reguler, CRT dapat kembali ≤ 2 detik, pulsasi kuat lokasira dialis. Pada perkusi suara dullness/redup/pekak, bisa terjadi nyeri dada. Pada auskultasi bunyi jantung normal dan mungkin tidak ada suara tambahan seperti *galloprhythme* ataupun murmur. Pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada nyeri dada, irama jantung regular, pulsasi kuat, bunyi jantung s1s2 tunggal, CRT < 2 detik, tidak ada cianosis, tidak ada clubbing finger. Pada pemeriksaan fisik B2 (*Blood*) Sehingga tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan B3 (*Brain*) menurut wijaya (2013), didapatkan tinjauan pustaka kesadaran bisa baik ataupun menurun bahkan koma, klien bisa pusing, merasa kesemutan, mungkin tidak disorientasi, sering mengantuk, pola tidur pada malam hari mungkin terganggu karena sering Buang air kecil tidak ada gangguan memori. Pada pemeriksaan B3 (*Brain*) pada tinjauan kasus terdapat masalah keperawatan immobilitas fisik yang

ditandai dengan koma diabetik, masalah keperawatan resiko cidera yang ditandai dengan penurunan kesadaran, dan masalah keperawatan gangguan pola tidur yang ditandai dengan pada malam hari mungkin terganggu karena sering Buang air kecil. Pada tinjauan kasus di dapatkan orientasi baik, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudsky, tidak nyeri kepala, istirahat/tidur: siang: Di Rumah, pasien tidur 6-8 jam/hari, di RS, pasien tidur 6-8 jam /hari, pasien tidak mempunyai gangguan tidur, tidak ada kelainan nervus cranialis. Pada pemeriksaan fisik B3 (*Brain*) tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan B4 (*Bladder*) menurut Wijaya (2013) di dapatkan tinjauan pustaka pada inspeksi di dapatkan bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal atau tidak, bau, warna, jumlah, dan tempat yang digunakan. Klien terpasang kateter dikarenakan adanya masalah pada saluran kencing, seperti poliuria, anuria, oliguria. Pada tinjauan kasus didapatkan bentuk alat kelamin normal, libido tidak terkaji, kebersihan cukup bersih, frekuensi berkemih $\pm 8x/$ hari , teratur, jumlah ± 1300 cc/24 jam, bau amonia, warna kuning, tempat yang digunakan kamar mandi. Pada pemeriksaan fisik B4 (*Bladder*) tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan B5 (*Bowel*) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan pada inspeksi keadaan mulut mungkin kotor, mukosa bibir kering atau lembab, lidah mungkin kotor, kebiasaan menggosok gigi sebelum dan saat MRS, tenggorokan ada atau tidak ada kesulitan menelan,

bisa terjadi mual, muntah, penurunan berat badan, polifagia, polidipsi. Pada palpasi adakah nyeri abdomen. Pada perkusi didapatkan bunyi thympani. Pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan Buang air besar dirumah dan saat MRS, bagaimana konsistensi, warna, bau, dan tempat yang digunakan. Pada pemeriksaan B5 (*Bowel*) pada tinjauan pustaka didapatkan masalah keperawatan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan yang di tandai dengan mual, muntah, penurunan berat badan lidah mungkin kotor. Pada tinjauan kasus di dapatkan mulut bersih, mukosalemab, bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi dirumah 3x/ hari di rumah sakit 2x/ hari, tenggorokan tidak ada kesulitan, Peristaltik 8x/menit, kebiasaan BAB1 hari selama di RS, Di rumah BAB 1 kali. Pada pemeriksaan fisik B5(*Bowel*) tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan B6 (*Bone*) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan pada inspeksi kulit tampak kotor, adakah luka, kulit atau membran mukosa mungkin kering, ada oedema atau tidak, lokasi, ukuran. Pada palpasi kelembapan kulit mungkin lembab, akral hangat, turgor kulit hangat. Kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami pada penurunan. Pada perkusi adakah fraktur, dislokasi. Pada pemeriksaan B6 (*Bone*) pada tinjauan pustaka didapatkan masalah keperawatan kekurangan volume cairan yang ditandai dengan kulit kering, mata cowong, membran mukosa kering, CRT kurang dari 3 detik, dan masalah keperawatan kelebihan volume cairan yang ditandai dengan adanya oedema, Pada tinjauan kasus didapatkan kemampuan pergerakan

sendi dan tungkai (ROM) bebas, kekuatan otot tangan kanan dan kiri 5, kekuatan otot kaki kanan 3 dan kiri 5, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit elastis, akral hangat, turgor lembab, tidak ada oedema, cukup bersih. Pada pemeriksaan fisik B6 (*Bone*) tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan B7 (*Penginderaan*) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan mata penglihatan mulaikabur, ketajaman penglihatan mulai menurun, pada hidung ketajaman penciuman normal, secret (-/+). Pada telinga: Bentuk normal, ketajaman pendengaran normal. Pada tinjauan kasus didapatkan pupil isokor, reflek cahaya normal konjungtiva anemis Hb 9,7, sklera tidak ikterik, palpebra normal, strabismus tidak ada, ketajaman penglihatan normal, hidung normal, mukosa hidung lembab, sekret tidak ada, ketajaman penciuman normal, ketajaman pendengaran normal, perasa manis, pahit, asam, asin, peraba normal. Pada pemeriksaan fisik B7 (*Penginderaan*) tidak ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

Pada pemeriksaan B8 (*Endokrin*) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan adakah ganggren, lokasi ganggren, kedalaman, bentuk, ada pus, bau, terjadi poli dipsi, polifagi, poliuri, terkadang terjadi penurunan atau peningkatan pada berat badan, atau bahkan kehilangan bagian tubuhnya. Pada pemeriksaan B8 (*Endokrin*) pada tinjauan pustaka didapatkan masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan yang ditandai dengan adanya nekrotik pada ganggren, masalah keperawatan perubahan eliminasi urinaria yang ditandai dengan adanya poliuri dan

nokturia, masalah keperawatan gangguan citra tubuh yang ditandai kehilangan bagian tubuhnya akibat luka yang sukar sembuh, masalah keperawatan harga diri rendah yang ditandai dengan bau luka pada ganggren. Pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, klien mengatakan sering minum, sering Buang air kecil, dan sering makan (poliuri, polidipsi, poliphagi), terdapat luka ganggren pada ibu jari kaki sebelah kiri, terdapat pus, bau pus khas, lebar luka \pm 2 cm, kedalaman luka 0,5cm, ada pembengkakan pada daerah luka, luka tampak kemerahan, tidak adanya nekrotik, klien mengatakan nyeri pada jari kelingking sebelah kanan, nyeri seperti ditusuk– tusuk, skala nyeri 8, nyeri timbul saat bergerak. Pada pemeriksaan fisik B8 (*Endokrin*) pada tinjauan kasus terdapat masalah keperawatan yaitu nyeri akut dan kerusakan integritas jaringan.

4.3 Diagnosa Keperawatan

4.3.1 Diagnosa Keperawatan berdasarkan Tinjauan Pustaka

Berdasarkan tinjauan pustaka, terdapat lima belas diagnosa keperawatan, antara lain:

4.3.1.1 Ketidak efektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi.

4.3.1.2 Ketidak efektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer.

4.3.1.3 Kekurangan volum cairan berhubungan dengan diuresisosmotik pada hiperglikemia.

4.3.1.4 Kelemahan berhubungan dengan ketidak mampuan untuk mengabsorbsi nutrien.

4.3.1.5 Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan dan penyumbatan pembuluh darah besar.

4.3.1.6 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada jaringan gangren.

4.3.1.7 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitas fisik.

4.1.3.8 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan adanya kelebihan asupan natrium.

4.1.3.9 Perubahan eliminari urinaria berhubungan dengan poliuria

dan nokturia.

4.1.3.10 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia.

4.1.3.11 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan dengan kelemahan, aktivitas terbatas, komadiabetik.

4.1.3.12 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh.

4.1.3.13 Harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton dan bau pada luka gangren.

4.1.3.14 Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

4.1.3.15 Resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran.

4.3..2 Diagnosa Keperawatan pada Studi Kasus

Pada studi kasus,diagnosa keperawatan yang muncul ada empat antara lain :

4.3.2.1 Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan jaringan atau suplay pada jaringan.

4.3.2.2 Kelemahan berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi nutrien.

4.3.2.3 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agen cedera biologis.

4.3.2.4 Hambatan mobillitas fisik berhubungan dengan nyeri akibat penumpukan pus.

4.3.2.5 Ketidak efektifan manajemen kesehatan berhubungan dengan persepsi keuntungan ditandai dengan adanya kegagalan memasukkan regimen pengobatan dalam kehidupan sehari-hari (kurang menjaga pola makan dan suka makan makanan yang manis-manis).

4.3.3 Prioritas Diagnosa Keperawatan pada Studi Kasus.

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang ada pada studi kasus, maka penulis menentukan prioritas,yaitu :

4.3.3.1 Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan jaringan atau suplay pada jaringan.

4.3.3.2 Kelemahan berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi nutrien.

Walaupun pada tinjauan pustaka tidak didapatkan diagnosa tentang nyeri akut berhubungan dengan Penyumbatan pembuluh darah. Tetapi pada tinjauan kasus didapat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan Penyumbatan pembuluh

darah. Dengan data objektif klien mengatakan ada luka pada jari kelingking sebelah kanan tampak ada luka pada jari kelingking kaki sebelah kanan, terdapat pus, tampak bengkak pada jari kelingking yang luka, luka merah, tidak adanya nekrotik, keadaan umum lemah.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnosa kelemahan berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi. Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dengan data objektif yang mendukung yaitu klien mengatakan tidak nafsu makan, makan 2–3 sendok, klien mengatakan mual tetapi tidak muntah, keadaan lemah, keadaan umum lemah, bising usus 8x/menit, Hb 9,7 g/dL, lingkar lengan 35cm.

4.4 Intervensi

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensinya dengan tujuan penulis ingin meningkatkan kemandirian klien dan keluarga dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), perubahan tingkah laku (afektif), dan keterampilan menangani masalah (psikomotor).

4.4.1 Intervensi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan atau suplay pada jaringan.

Pada intervensi tinjauan pustaka menurut (Nanda,2015) dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus, alasannya karena data yang didapatkan klien mengeluh nyeri pada jari kelingking sebelah kanan. Dengan data objektif yang mendukung keadaan umum lemah, GCS 4/5 tampak ada luka pada jari kelingking terdapat pus, tampak kaki kanan, bengkak pada jari kelingking yang luka, lukamerah, tidak terdapat nekrotik. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri klien berkurang. Dengan kriteria hasil: klien tidak menyeringai, skala nyeri ringan (0-3), nadi normal (60-100x/menit), tidak adanya pus, tidak ada pembengkakan, adanya perbaikan jaringan yang rusak. Dilakukan intervensi Observasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien. Observasi skala nyeri. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi. Kolaborasi dengan tim

medis lain dengan pemberian *analgesic* (Injeksi Antrain 3 x2ml).
Lakukan prosedur rawat luka aseptik.

4.4.2 Intervensi diagnosa keperawatan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.

Pada intervensi tinjauan pustaka dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus, alasannya karena data yang didapatkan klien mengatakan tidak nafsu makan, makan 2– 3 sendok setiap makan, klien mengatakan mual tetapi tidak muntah, keadaan umum lemah, bising usus 8x/menit, Hb9, 7g/dL. Diagnosa ini di jadikan prioritas karena yang paling dirasakan oleh klien. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil nafsu Makan meningkat, Hb normal (12.0–18.0g/dL), konjungtiva berwarna merahmuda atau tidak anemis, dilakukan intervensi bina hubungan saling percaya, observasi bunyi usus dengan auskultasi, libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi jika diperlukan, lakukan penimbangan setiap hari, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.

4.5 Implementasi

Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat di realisasikan karena hanya membuat teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasusnya tapi pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi.

4.5.1 Implementasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan atau suplay pada jaringan.

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Nanda,2015) sama seperti tinjauan kasus. Dilakukan Mengobservasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien mengobservasi skala nyeri (klien mengeluh nyeri seperti ditusuk–tusuk, skalanyeri 8), mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian *analgesic* (Injeksi Antrain 3x2ml), melakukan prosedur rawat luka aseptik. Menurut opinipenulis untuk mengatasi nyeri yang dialami klien dapat dilakukan farmakologis dan non farmakologis yaitu dengan cara teknik relaksasi teknik relaksasi dengan nafas dalam melalui hidung lalu di keluarkan melalui mulut secara perlahan dan teknik distraksi dengan mengalihkan nyeri misalnya berbicara sama tetangganya, menonton tv. Dan terapi farmakologis yaitu dengan injeksi antrain untuk

mengurangi rasa nyeri.

4.5.2 Implementasi diagnosa keperawatan kelemahan berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi nutrien.

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Nanda,2015) sama seperti kasus. Dilakukan tindakan seperti membina hubungan saling percaya, mengobservasi bising usus dengan auskultasi bising usus 8x/menit, melibatkan keluarga dalam pemberian jika diperlukan, melakukan penimbangan BB setiap hari/ pengukuran lingkaran lengan (lingkaran lengan 35 cm), berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat (Diet DM 2100). Dapat dilakukan sesuai rencana karena klien cukup kooperatif.

4.6 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena hanya membuat teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan klien dan masalah secara langsung.

Pada nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, pada waktu dilakukan evaluasi klien dilakukan rawat luka aseptik dan pemberian *analgesic* pada klien masih dalam batas normal dalam waktu 2x24 jam karena tindakan yang tepat dan berhasil dilaksanakan dan tujuan serta kriteria hasil telah tercapai sebagian. Pada tinjauan kasus pada waktu dilakukan evaluasi tentang ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi

nutrien yang dialami klien sudah berkurang dalam 2x24 jam karena tindakan yang tepat dan berhasil dilaksanakan dan tujuan serta kriteria hasil telah tercapai sebagian.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara perawat dan klien serta keluarga klien dan tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada Ny.S sudah sesuai dengan harapan, masalah teratasi sebagian dan klien KRS pulang pada tanggal 27 februari 2019. Sebelum KRS, penulis memberikan beberapa informasi terkait kesehatan klien, diantaranya:

- 4.6.1 Menganjurkan klien rutin mengikuti olah raga seperti senam lansia.
- 4.6.2 Menganjurkan mengonsumsi makanan dan minuman khusus untuk penderita diabetes.
- 4.6.3 Menganjurkan terapi alternatif seperti akupunktur dan yoga.
- 4.6.4 Menganjurkan rutin untuk kontrol dirumah sakit terdekat dan mengikuti saran dokter dan menjalani pengobatan.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan diagnosa medis *DM Ganggren* diruang Melati RSUD BANGIL, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien *DM Ganggren*.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien Diabetes Mellitus, makapenulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

Pada pengkajian pada tinjauan kasus didapatkan keluhan utama pada pengkajian klien mengalami nyeri pada jari kelingking sebelah kanan di dapatkan data fokus klien kesadaran composmentis, terdapat balutan luka gangren. Didapatkan data pengkajian klien adanya luka gangren, adanya pus, kondisi luka bersih, tidak adanya nekrotik. Luka dibersihkan setiap pagi.

Masalah keperawatan yang muncul adalah, nyeri akut berhubungan dengan penyumbatan pembuluh darah, ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.

Pada diagnosa keperawatan prioritas yang diangkat yaitu pertama nyeri berhubungan dengan penyumbatan pembuluh darah. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri klien berkurang, klien tidak

menyeringai, skala nyeri ringan (0-3), nadi normal (60-100x/menit), tidak adanyapus, tidak ada pembengkakan, adanya perbaikan jaringan yang rusak. Observasilokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien, observasi skala nyeri, ajarkan teknik relaksasi dan distraksi, kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian *analgesic*, lakukan prosedur rawat luk aseptik. (Nanda, 2013).

Diagnosa kedua yaitu ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi nutrien. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi dengan nafsu makan meningkat, Hb normal (12.0–18.0g/ dL), konjungtiva berwarna merah muda/ tidak anemis. Observasi bunyi usus dengan auskultasi, libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi jika diperlukan, lakukan penimbangan BB setiap hari/ pengukuran lingkaran lengan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat (diet DM 2100).

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat di capai karena adanya kerja sama yang baik antara klien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada Ny.“S” sudah sesuai dengan harapan masalah teratasidan klien KRS pada tanggal 27 februari 2019

5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

5.2.1 Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.

- 5.2.2 Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien DM Gangren.
- 5.2.3 Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya memberikan informasi tentang bahaya penyakit Diabetes Mellitus dan memberikan cara yang benar untuk perawatan luka DM agar bisa melakukan tindakan mandiri saat dirumah.
- 5.2.4 Pendidikan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan ilmu kesehatan.
- 5.2.5 Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ana.(2015).*15 Cara Mencegah Diabetes Mellitus*. [www. halosehat.com](http://www.halosehat.com) Diakses pada tanggal 1 Agustus 2016 pada pukul 19.50 WIB.
- Ernawati. (2013).*Penatalaksanaan Keperawatan Diabetes Mellitus Terpadu*. Jakarta: Mitra Wacana Medika.
- Fauzi, Isma.(2014).*Buku Pintar Deteksi Dini Gejala, dan Pengobatan Asam Urat, Diabetes Mellitus dan Hipertensi*. Jakarta: Araska.
- Geria, Igusti Made dan Erna Haryati. (2014). *Hubungan Faktor Risiko Umur, jenis Kelamin, Kegemukan dan Hipertensi dengan Kejadian DMII di Wilayah Kerja Puskesmas Matram*. www.lpsdimataram.com. Diakses pada tanggal 29 Agustus 2016 pada pukul 21.00 WIB.
- Kusniawati. (2011).*Analisis Faktor yang Berkontribusi Terhadap Self Care Diabetes Pada Klien DM Tipe II di Rumah Sakit Umum Tangerang*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Trisnawati, Shara Kurnia dan Soedijono Setyorogo (2013). *Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus Tipe II Di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012*. www.lp3m.thamrin.ac.id. Diakses pada tanggal 7 September 2016 pada pukul 20.40 WIB
- Wijaya, Andra Saferi dan Yessie Mariza Putri. (2013).*Keperawatan Medikal Bedah 2 Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- Anisa. (2017). *Gambar Kerangka Masalah Diabetes Mellitus*
- Nurarif, Amin Huda dan Hardhi Kusuma. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic – Noc*. Jogjakarta: Mediacion. Dinas kesehatan jawa timur. 2011.
- Anisa. (2017). *Gambar Kerangka Masalah Diabetes Mellitus*
- Anonim. (2014). *Chapter II*. www.repository.usu.ac.id. Diakses pada 20 Agustus 2016 pada pukul 20.00 WIB.
- Dedik. (2014).*Angka Penderita Diabetes dan Hipertensi di Kota Delta*. www.Pressreade.com. Diakses pada tanggal 1 juni 2016 pada pukul 13.00 WIB.
- Purnamasari, Endah. (2011).*Diabetes Mellitus dengan Penyulit Kronis*. www.indonesia.digitaljournals.org.com. Diakses pada tanggal 28 Mei 2016 pada pukul 18.00 WIB.
- Sari, Diana Novita. (2015).*Hubungan Kepatuhan Diet dengan Kualitas Hidup pada Penderita Diabetes Mellitus di RSUD Dr. Perngadi Medan*. [www. Repository.usu.ac.id](http://www.Repository.usu.ac.id). Diakses pada tanggal 30 Mei 2016 pada pukul 20.05 WIB.

- Sarumpeat, S. (2015). *Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Kasus Diabetes Mellitus (DM) Komplikasi Gangren Di Rumah Sakit Umum Cut Meutia kabupaten Aceh*.
- Utara Tahun 2014. *www.repository.usu.ac.id*. Diakses pada tanggal 29 Mei 2016 pada pukul 17.00 WIB.
- Sibarani, Rosintan. (2011). *Tinjauan Pola Makan pada Penderita Diabetes Mellitus rawat Jalan di RSUD Dr. Pirngadi Medan Tahun 2010*. *www.repository.ac.id*. Diakses pada tanggal 29 Mei pukul 20.25 WIB.
- Soegondo, S., Soewondo, P., Subekti, I. (2011). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*. FKUI Indonesia.
- Tampubolon, Ellys. (2015). *Karakteristik Penderita Tipe 2 dengan Komplikasi yang Dirawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2012/2013*. *www.repository.usu.ac.id*. Diakses pada tanggal 29 Mei 2016 pada pukul 16.00 WIB.

INFORMED CONSENT

**Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS DIABETES MELLITUS DI RSUD BAGIL-PASURUAN**

Tanggal pengambilan studi kasus 25 februari 2019

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan studi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **FENI SULISTIA NINGRUM** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya

Dengan ini saya memberikan kesedian setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Partisipan

Saksi

(.....)

(.....)

Peneliti

(.....)