

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN DIABETES
MELITUS TIPE II DI RUANGAN CEMPAKA RSUD.**

PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG



MELANIA WELE

NIM: PO.530320115034

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN**

2018

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.E DENGAN DIABETES
MELITUS TIPE II DI RUANGAN CEMPAKA RSUD.
PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
Menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan



MELANIA WELE

NIM: PO.530320115034

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Melania Wele
NIM : PO.530320115034
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Poltekkes Kementerian Kesehatan Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 06 Juli 2018

Pembuat Pernyataan

Nama



Melania Wele

NIM . PO.530320115034

Mengetahui

Pembimbing



Maria Sambriang, SST., MPH


NIP. 196808311989032001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Melana Wele NIM PO.530320115034 dengan judul "Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny.E Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Rangan Cempaka RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang" Pada Tanggal 25-28 Juli 2018 telah diperiksa dan disetujui untuk di ujikan.

Kupang, 05 Juli 2018.

Mengetahui,
Pembimbing



Maria Sambriang, SST, MPH
NIP. 196808311989032001

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Melania Wele NIM PO. 530320115034 Dengan Judul "Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. E Dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Rungan Cempaka RSUD. Prof. W. Z. Johannes Kupang" telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 06 Juli 2018.

Dewan Penguji

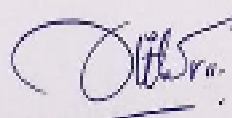
Penguji I



Era Dorihi Kale, M. Kep. Ns, Sp., Kep. MB

NIP. 197710211999032001

Penguji II

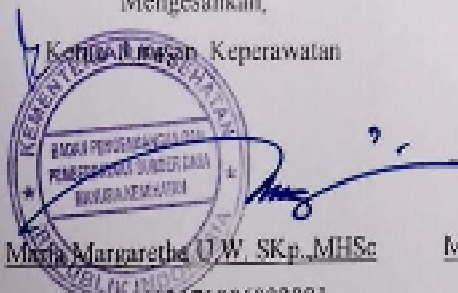


Maria Sambriang, SST, MPH

NIP. 196808311989032001

Mengesahkan,

Ketua Jurusan Keperawatan

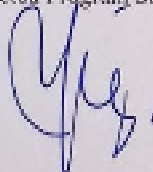


Mira Margaretha U.W, SKp, MHS

NIP. 195602171986032001

Mengetahui,

Ketua Program Studi



Margaretha Telli, S.Kep. Ns, Msc-PI

NIP. 1977072720000322002

BIODATA PENULIS

Nama : Melania Wele
Tempat Tanggal Lahir : Wae kesambi, 06 November 1995
Jenis Kelamin : Perempuan
Asal : Labuan Bajo, Manggarai barat, NTT
Alamat : Jln. Piet Atallo, Liliba
Riwayat Pendidikan :
1. Tamat SDK. Wae Medu labuan Bajo, Tahun 2008
2. Tamat SMP Negri 1 Komodo, Tahun 2011
3. Tamat SMK. St. Mathilda Ruteng. Tahun 2014
4. Sejak Tahun 2015 Kuliah Di Jurusan Keperawatan Politeknik Kementrian Kesehatan Kupang.

MOTTO :

“Belajarlah dari sebuah kesalahan Agar kamu mengerti arti sebuah perjuangan“

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Ny. E dengan Diabetes Melitus Tipe II Di Ruang Cempaka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Ibu R.H Kristina, SKM.,M.,Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. M. Margaretha U. W. SKp.,MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang.
3. Margaretha Teli,S.Kep,Ns,Msc.Ph selaku Ketua Program Study Diploma III keperawatan Kupang
4. Maria Sambriang,SST.,MPH selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam membimbing penulis sehinggalaporanstudi kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Era Dorihi Kale,S.Kep.,Ns.,Sp.,Kep.,MB selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan laporan studi kasus ini.
6. Adriana Mooy,S.,Kep.,Nsselaku penguji kedua serta CI Klinik di Ruang Teratai RSUD W.Z.Johannes Kupang yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan studi kasus.
7. Dosen keperawatan Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan/i yang telah banyak membantu selama kuliah.

8. Untuk kedua orang tua, adik kakak saya serta keluarga besar Bejawa dan Manggarai yang selalu mendukung dan mempercayakan saya untuk bisa menggapai cita-cita saya di Poltekkes Kemenkes Kupang.
9. Untuk sahabat dan teman-teman angkatan 24 terutama Generation Nurse A (GNA) yang selama ini selalu berjuang bersama dan sudah banyak membantu penulis selama 3 tahun bersama di keperawatan Poltekkes Kupang.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa laporan studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan laporan studi kasus ini.

Kupang, 06

Juni 2018

Penulis

Halaman judul.....	
Halaman sampul dalam.....	i
Pernyataan keaslian study kasus.....	ii
Lembar persetujuan.....	iii
Lembar pengesahaan.....	iv
Biodata penulis.....	v
Abstrak	vi
Kata pengantar.....	vii
Daftar isi	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Study Kasus.....	2
1.3 Manfaat Study Kasus.....	2
BAB 2 TINJAUAN TEORI	3
2.1 Konsep Teori DM Tipe 2.....	
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	5
BAB 3 HASIL STUDY KASUS DAN PEMBAHASAN	5
3.1 Hasil Study Kasus.....	
3.2 Pembahasan.....	16
3.3 Keterbatasan Study Kasus.....	27
BAB 4 PENUTUP	32
4.1 kesimpulan.....	33
4.2 Saran.....	34
DAFTAR PUSTAKA	
DAFTAR LAMPIRAN	

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DIRUANGAN CEMPAKA RSUD. W. Z. JOHANES KUPANG

**OLEH :
Melania Wele**

Diabetes melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia(kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya(Kowalak, dkk.2016).Diabetes Melitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu diwaspadai oleh seluruh dunia.Hal ini dikarenakan adanya peningkatan jumlah penderita diabetes dari tahun ketahun. Pada tahun 2015 menyebutkan sekitar 415 juta orang dewasa menderita diabetes, kenaikan 4 kali lipat dari 108 juta di tahun 1980an. Apabila tidak ada tindakan pencegahan maka jumlah ini akan terus meningkat tanpa ada penurunan. Diperkirakan pada tahun 2040 meningkat menjadi 642 juta penderita (*IDF Atlas, 2015*).Dampak yang paling serius dari penyakit dibetik ini yaitu komplikasi kaki ulkus diabetik. Ulkus kaki diabetik adalah penyakit kaki pada penyandang diabetes melitus disebabkan oleh penyakit vaskuler perifer atau neuropati keduanyaaaPenderita diabetes melitus penting untuk mematuhi serangkaian pemeriksaan seperti pengontrolan gula darah. Bila kepatuhan dalam pengontrolan gula darah pada penderita DM rendah, maka bisa menyebabkan tidak terkontrolnya kadar gula darah yang akan menyebabkan komplikasi.

Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus tipe II yang meliputi: pengkajian, diagnosakeperawatn, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.Metodeyang digunakan dalam studi kasus ini adalah metodewawancara,observasidenganpendekatanstudikasus, yang dilakukandi ruangan Cempaka RSUD W.Z.Johanes Kupang.Hasil dari studi kasus yang diharapkan adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x24 jam didapatkanmasalah nyeri akut belum teratasi, kerusakan integritas kulit dan nutrisi pasien belum teratasi.

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan praktek,dimana pada tahap pengkajian pada riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga tidak sesuai dengan teori dan kasus nyata yang ditemukan. Dan untuk diagnosa keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata, pada kasus nyata terdapat 2 masalah kesehatan yang sesuai dengan teori, sedangkan menurut diagnosa Nanda terdapat 5masalah keperawatan pada pasiendiabetes melitus.Untuk tahap intervensi ajarkan teknik napas dalam jarang diajarkan kepada pasien oleh petugas ruangan,sedangkan menurut teori kozier teknik nonfarmakologiajarkan napas

dalam sangat penting untuk membantu mengatasi nyeri dirumah.Untuk evaluasi keperawatan tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan pada pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe II

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia(kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (kowalak, dkk. 2016).

Diabetes Melitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu diwaspadai oleh seluruh dunia . Hal ini dikarenakan adanya peningkatan jumlah penderita diabetes dari tahun ke tahun. Pada tahun 2015 menyebutkan sekitar 415 juta orang dewasa menderita diabetes, kenaikan 4 kali lipat dari 108 juta di tahun 1980an. Apabila tidak ada tindakan pencegahan maka jumlah ini akan terus meningkat tanpa ada penurunan. Diperkirakan pada tahun 2040 meningkat menjadi 642 juta penderita (*IDF Atlas*, 2015)

Diabetes Melitus disebut dengan *the silent killer* karena penyakit ini dapat menimbulkan berbagai komplikasi antara lain gangguan penglihatan mata, katarak, penyakit jantung,sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk/gangren, infeksi paru-paru,gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya.Tingginyan prevalensi diabetes melitus Tipe 2 disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin , umur, dan faktor genetik, selain itu dapat juga disebabkan oleh faktor genetik yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok, tingkat pendidikan , konsumsi alkohol,dan indeks masa tubuh, aktivitas fisik, lingkar pinggang.

Dampak yang paling serius dari penyakit dibetik ini yaitu komplikasi kaki ulkus diabetik. Ulkus kaki diabetik adalah penyakit kaki pada penyandang diabetes melitus disebabkan oleh penyakit vaskuler perifer atau neuropati keduanya. Selain berdampak terhadap kesehatan penyakit ini juga bisa berdampak pada masalah ekonomi masyarakat, dimana biaya perawatan

dan pengobatan dari penyakit ini masih sangat terlalu mahal. Mengingat taraf ekonomi Indonesia masih sangat rendah.

International Diabetes Federation mengatakan Prevalensi DM di dunia mengalami peningkatan yang sangat besar. International Diabetes Federation (IDF) mencatat sekitar 366 juta orang di seluruh dunia, atau 8,3% dari orang dewasa, diperkirakan memiliki DM pada tahun 2011. Jika tren ini berlanjut, pada tahun 2030 diperkirakan dapat mencapai 552 juta orang, atau 1 dari 10 orang dewasa akan terkena diabetes melitus.

Pada tahun 2015 Indonesia menempati peringkat ketujuh prevalensi penderita diabetes tertinggi di dunia bersama dengan Negara China, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia dan Mexico, dengan jumlah estimasi orang dengan diabetes sebesar 10 juta jiwa. Di Indonesia, prevalensi DM yang terdiagnosis dokter atau gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%), dan Nusa Tenggara Timur (3,3 %) (Kemenkes, 2013).

Di provinsi NTT Prevalensi penyakit Diabetes Melitus sebanyak 1,2 % yang terdiagnosis oleh dokter dan diperkirakan gejala akan meningkat seiring bertambahnya usia (Risksdas 2013). Berdasarkan data yang diperoleh dari buku registrasi diruangan Cempaka pada tahun 2017 (bulan Januari – Oktober) sebanyak 15 % kasus DM. Dan pada tahun 2018 (bulan Januari - April) terdapat 19 kasus.

Penderita DM penting untuk mematuhi serangkaian pemeriksaan seperti pengontrolan gula darah. Bila kepatuhan dalam pengontrolan gula darah pada penderita DM rendah, maka bisa menyebabkan tidak terkontrolnya kadar gula darah yang akan menyebabkan komplikasi. Mematuhi pengontrolan gula darah pada DM merupakan tantangan yang besar supaya tidak terjadi keluhan subyektif yang mengarah pada kejadian komplikasi. Diabetes melitus apabila tidak tertangani secara benar, maka dapat mengakibatkan berbagai macam komplikasi.

Peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Diabetes Melitus. Asuhan

keperawatan yang professional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implemmentasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Peneliti Mampu Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Di Ruang Cempaka RSUD Prof Dr. W.Z Johannes Kupang

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Peneliti Mampu Memahami Konsep Teori Diabetes Melitus Tipe II Yang Meuti
 - a. Pengertian Diabetes Melitus Tipe II
 - b. Etiologi Diabetes Melitus Tipe II
 - c. Patofisiologi Diabetes Melitus Tipe II
 - d. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus Tipe II
 - e. Study Diagnostik Diabetes Melitus Tipe II
2. Peneliti Mampu Memberikan Asuhann Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Melitus Tipe II Yang Meliputi :
 - a. Peneliti Mampu Melakukan Pengkajian Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II
 - b. Peneliti Mampu Merumuskan Diagnosa Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II
 - c. Peneliti Mampu Menentukan Intervensi Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II
 - d. Peneliti Mampu Melakuakan Implementasi Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II
 - e. Peneliti Mampu Melakuakan Evaluasi Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II

1.3 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien Ny. E dengan Diabetes Melitus Tipe Bagi Institusi

2. Bagi institusi Pendidikan

Hasil laporan diharapkan dapat menambah literatur perpustakaan dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

3. Bagi Rumah Sakit RSUD Prof Dr. W.Z Johanes

Dapat memanfaatkan hasil study kasus dalam bidang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dalam mendukung evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan.

4. Bagi Pasien

Dapat memahami konsep teori penyakit Diabetes Melitus Tipe II, cara Pencegahan, Perawatan, Diet, Dan Pengobatan Penyakit Diabetes Melitus Tipe II

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kosep Teori Diabetes Melitus Tipe II

2.1.1 Pengertian Diabetes Melitus Tipe II

Diabetes Melitus Tipe II adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia(kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (Kowalak, dkk. 2016).Diabetes melitus merupakan penyebabhiperglikemi. Hiperglikemi disebabkan oleh berbagaihal, namun hiperglikemi paling sering disebabkanoleh diabetes melitus. Pada diabetes melitus gula menumpuk dalam darah sehingga gagal masuk kedalam sel. Kegagalan tersebut terjadi akibat hormoninsulin jumlahnya kurang atau cacat fungsi. Hormoninsulin merupakan hormon yang membantu masuknyagula darah (*WHO, 2016*).

2.1.2 Etiologi DM Tipe II

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insuline dan gangguan sekresi insuline pada diabetis tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik diperkirakan memegang peran dalam proses terjadinya resistensi insuline. Selain itu terdapat pula faktor -faktor risiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II. Faktor-faktor ini adalah

1. Obesitas. Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh sehingga insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik.
2. Usia.Resistensi unsilen cenderung Cenderung meningkat pada usia atas 65 tahun
3. Gestasional,diabetes melitusdengan kehamilan (diabetes melitus gaestasional (DMG) adalah kehamilan normal yang di sertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal

mempertahankan euglycemia). Pada golongan ini, kondisi diabetes di alami sementara selama masa kehamilan . Artinya kondisi diabetes atau intoleransi glukosa pertama kali di dapat selama kehamilan , biasanya pada trimester kedua atau ketiga (Brunner & suddarth, 2015).

Klasifikasi DiabetikMelitus meurut *American diabetes Asociation* adalah sebagai berikut

- a) DM Tipe I Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolute ,Autoimun,Idiopatik.
- b) Tipe II Bervariasi mulai dari yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai defek insulin diserta resistensi insulin.
- c) Tipe Lain : Defek genetik fungsi sel beta, Defek genetik kerja insulin: resistensi insulin tipe A, leprechaunisme, sindrom rabson Mendenhal, Penyakit eksokrin pancreas: pancreatitis, trauma/pankreatektomi, neoplasma, fibrosis kistik, Endokrinopati: akromegali, sindrom cushing, feokromositoma, Obat atau zat kimia: vacor, pentamidin, asam nikotinat, glukokortikoid, hormone tiroid, diazoxid, tiazid, Infeksi: rubella congenital , Imunologi (jarang): sindrom stiff-man, anti bodi anti reseptor insulin , Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM
- d) Diabetes Melitus Gestasional (Gestational diabetes melitus) GDM.

5%-10% penderita diabetes adalah tipe I Kurang lebih 90% hingga 95% penderita mengalami diabetes tipe I, yaitu diabetes yang tidak tergantung insulin. awetan mendadak biasanya terjadi sebelum usia 30%. Diabetes tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas insulin (yang disebut resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes melitus tipe II

umumnya disebabkan oleh obesitas dan kekurangan olahraga faktor yang mempengaruhi timbulnya diabetes melitus secara umum yaitu usia lebih dari 40 tahun, obesitas dan riwayat keluarga. (Brunner dan Suddarth's)

2.1.3 Patofisiologi DM Tipe II

Terdapat dua masalah utama pada DM Tipe II yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan berkaitan pada reseptor khusus dan meskipun kadar insulin tinggi dalam darah tetap saja glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel sehingga sel akan kekurangan glukosa. Mekanisme inilah yang dikatakan sebagai resistensi insulin. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah yang berlebihan maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangnya, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadilah DM tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya . karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II. (Brunner & suddarth 2015)

2.1.4 Manifestasi klinis

a. Poliuri

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membran dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolaritas menyebabkan cairan intrasel berdifusi ke dalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah ke ginjal meningkat sebagai akibat dari hiperosmolaritas dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotik (poliuria)

b. Polidipsia

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel ke dalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel. Akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor haus teraktivasi menyebabkan seseorang haus terus dan ingin selalu minum (polidipsia).

c. Poliphagia

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan (poliphagia).

d. Penurunan berat badan

Karena glukosa tidak dapat di transport ke dalam sel maka sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan menciut, sehingga seluruh jaringan terutama otot mengalami atrofi dan penurunan secara otomatis.

e. Malaise atau kelemahan

f. Kesemutan, Lemas dan Mata kabur. (Brunner & Suddart, 2015)

2.1.5 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi 4 hal yaitu:

1. Postprandial : Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka di atas 130mg/dl mengindikasikan diabetes.
2. Hemoglobin glikosilat: Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilai kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi 6,1% menunjukkan *diabetes*.
3. Tes toleransi glukosa oral : Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 gr gula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normal dua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.
4. Tes glukosa darah dengan finger stick, yaitu jari ditusuk dengan sebuah jarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan ke dalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini

digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan di rumah.

2.1.6 Penatalaksanaan

Diabetes Mellitus jika tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan berbagai penyakit dan diperlukan kerjasama semua pihak ditingkat pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan berbagai usaha dan akan diuraikan sebagai berikut: Tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta neuropatik. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes: Diet, Latihan, Pemantauan, Terapi (jika diperlukan) dan Pendidikan.

a. Diet untuk pasien Diabetes Melitus meliputi:

Tujuan Diet Penyakit Diabetes melitus adalah membantu pasien memperbaiki kebiasaan makan dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik, dengan cara

1. Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal dengan menyeimbangkan asupan makanan dengan insulin
2. Mencapai dan mempertahankan kadar lipida serum normal
3. Memberi cukup energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal
4. Menghindari atau menangani komplikasi akut pasien yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia.
5. Meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal.

Syarat diet:

1. Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal
2. Kebutuhan protein normal, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total

3. Kebutuhan lemak sedang, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total
4. Kebutuhan karbohidrat adalah sisa dari kebutuhan energi total, yaitu 60-70%
5. Penggunaan gula alternatif dalam jumlah terbatas
6. Asupan serat dianjurkan 25g/hari dengan mengutamakan serat larut air yang terdapat dalam sayur dan buah
7. Pasien DM dengan tekanan darah normal diperbolehkan mengonsumsi natrium dalam bentuk garam dapur seperti orang sehat yaitu 3000mg/hari. Cukup vitamin dan mineral.

Bahan makanan yang boleh dianjurkan untuk diet DM :

1. Sumber karbohidrat kompleks : Seperti nasi, Roti, Kentang, Ubi, Singkong dan sagu
2. Sumber Protein Redah Lemak : seperti ikan, ayam tanpa kulit, susu skim, tempe dan kacang-kacangan
3. Sumber lemak dalam jumlah terbatas. Makanan terutama dengan cara dipanggang, dikukus, disetup, direbus dan dibakar.

Bahan-bahan makanan yang tidak dianjurkan (Dibatasi/dihindari)

1. Mengandung banyak gula sederhana seperti : Gula pasir, Gula Jawa, sirop, jeli, buah-buahan yang diawetkan dengan gula, susu kental manis, minuman botol ringan dan es krim
2. Mengandung banyak lemak seperti cake, makanan siap saji, gorengan-gorengan.
3. Mengandung banyak natrium : seperti ikan asin, makanan yang diawetkan.

b. Latihan Jasmani

Pada penyandang diabetes tipe II yang obesitas, latihan dan penatalaksanaan diet akan memperbaiki metabolisme glukosa serta meningkatkan penghilang lemak tubuh. Latihan yang digabung dengan penurunan BB akan memperbaiki sensitivitas insulin dan menurunkan kebutuhan pasien terhadap insuline atau obat

hipoglikemia oral. Pada akhirnya, toleransi glukosa dapat kembali normal. Penderita diabetes tipe II yang tidak menggunakan insuline mungkin tidak memerlukan makanan ekstra sebelum melakukan latihan.

c. Obat Hipoglikemik

1) **Sulfonilurea.** Obat golongan sulfonilurea bekerja dengan cara : Menstimulasi pelepasan insulin yang tersimpan, Menurunkan ambang sekresi insulin.Meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa. Obat golongan ini biasanya diberikan pada pasien dengan BB normal dan masih bisa dipakai pada pasien yang beratnya sedikit lebih.

2) Insulin

Indikasi pengobatan dengan insulin adalah :

- a) Semua penderita DM dari setiap umur (baik IDDM maupun NIDDM) dalam keadaan ketoasidosis atau pernah masuk kedalam ketoasidosis.
- b) DM dengan kehamilan/ DM gestasional yang tidak terkontrol dengan diet (perencanaan makanan).
- c) DM yang tidak berhasil dikelola dengan obat hipoglikemik oral dosis maksimal. Dosis insulin oral atau suntikan dimulai dengan dosis rendah dan dinaikkan perlahan – lahan sesuai dengan hasil glukosa darah pasien. Bila sulfonilurea atau metformin telah diterima sampai dosis maksimal tetapi tidak tercapai sasaran glukosa darah maka dianjurkan penggunaan kombinasi sulfonilurea dan insulin. Dosis pemberian insulin pada pasien dengan DM:

Jenis obat :

1. Kerja cepat(*rapid acting*) retensi insulin 5-15 menit puncak efek 1-2 jam, lama kerja 4-6 jam. Contoh obat: insuli lispro(humalo), insulin aspart

2. Kerja pendek (*short acting*) awitan 30-60 menit, puncak efek 2-4 jam, lama kerja 6-8 jam.
3. Kerja menengah(*intermediate acting*) awitan 1,5-4 jam , puncak efek 4-10 jam, lama kerja 8-12 jam),awitan 1-3 jam, efek puncak hampir tanpa efek, lama kerja 11-24 jam.Contoh obat: lantus dan levemir.Hitung dosis insulinRumus insulin: insulin harian total = 0,5 unit insulin x BB pasien ,Insulin prandial total(IPT) = 60% , Sarapan pagi 1/3 dari IPT, Makan siang 1/3 dari IPT, Makan mala 1/3 dari IPT

d. Penyuluhan

Edukator bagi pasien diabetes yaitu pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan sehat yang optimal. Penyesuaian keadaan psikologik kualifas hidup yang lebih baik. (Bare & Suzanne, 2002)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pasien Tipe II

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas Klien
2. Riwayat Kesehatan Sekarang
adanya gatal pada kulit disertai luka yang tidak sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya napsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan
3. Riwayat Kesehatan Dahulu :Riwayatpenyakit pancreas,hipertensi,ISK berulang
4. Riwayat Kesehatan Keluarga :Riwayatpenyakit pancreas,hipertensi,ISK berulang
5. Pemeriksaan Penunjang

- a. kadar glukosa darah
 - gula darah sewaktu/random >200 mg/dl
 - gula darah puasa > 140 mg
 - gula darah 2 jam PP > 200 mg/dl
 - b. aseton plasma – hasil (+) mencolok
 - c. Aseton lemak bebas – peningkatan lipid dan kolestrol
 - d. osmolaritas serum (>330 osm/l)
 - e. urinalisis – proteinuria, ketonuria, glukosuria
6. Pemeriksaan Fisik

Pengkajian (Doengoes, 2001)

- a. Aktivitas atau istirahat. Tanda : Lemah, letih, susah, bergerak / susah berjalan, kram otot, tonus otot menurun. Tachicardi, tachipnea pada keadaan istirahat/daya aktivitas, Letargi / disorientasi, koma.
- b. Sirkulasi : Tanda : Adanya riwayat hipertensi : infark miokard akut, kesemutan pada ekstremitas dan tachicardia. Perubahan tekanan darah postural : hipertensi, nadi yang menurun / tidak ada. Disritmia, krekel : DVJ
- c. Neurosensori : Gejala : Pusing / pening, gangguan penglihatan, disorientasi : mengantuk, lifargi, stuport / koma (tahap lanjut). Sakit kepala, kesemutan, kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan, gangguan memori (baru, masa lalu) : kaca mental, refleks tendo dalam (RTD) menurun (koma), aktifitas kejang.
- d. Nyeri / Kenyamanan
Gejala : Abdomen yang tegang / nyeri (sedang berat), wajah meringis dengan palpitasi : tampak sangat berhati – hati.
- e. Keamanan
Gejala : Kulit kering, gatal : ulkus kulit, demam diaphoresis, Menurunnya kekuatan immune / rentang gerak,

parastesiaparalysis otot termasuk otot – otot pernapasan (jika kadarkalium menurun dengan cukup tajam).Urine encer, pucat, kuning, poliuria (dapat berkembangmenjadi oliguria /anuria jika terjadi hipololemia berat).Abdomen keras, bising usus lemah dan menurun :hiperaktif (diare).

f. Pemeriksaan Diagnostik

Gejala : - Glukosa darah : meningkat 100 – 200 mg/dl atau lebih. - Aseton plasma : positif secara menyolok. - Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkatOsmolaritas serum : meningkat tetapi biasanya kurang dariosm/l.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan b.d. diuresis osmotik,kehilangan gastrik berlebihan masukan yang terbatas
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuhberhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intake oral :anoreksia, abnominal pain, gangguankesadaran/hipermetabolikakibat pelepasan hormone stress, epinefrin, cortisol, GH ataukarena proses luka.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leukosit/gangguan sirkulasi.
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka.
5. Resiko gangguan persepsi sensoris :penglihatan berhubungan dengan perubahan fungsi fisiologis akibat ketidakseimbanganglukosa atau insulin atau karena ketidakseimbangan elektrolit.
6. Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus).
7. Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakitdan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahaninterpretasi

2.2.3 Intervensi

1. Diagnosa Kekurangan volume cairan b.d. diuresis osmotik,kehilangan gastrik berlebihan masukan yang terbatas.(Saferi,2013)

Tujuan : Pasien akan menunjukkan cairan dalam batas normal selama dalam perawatan.

Kriteria hasil :

1. Turgor kulit baik
2. Tanda vital stabil,
3. Nadi perifer dapat teraba
4. cairan dan elektrolit dalam batas normal.

Intervensi :

a. kaji riwayat pasien berhubungan dengan lamanya/intensitas dari gejala seperti muntah,pengeluaran berlebihan

Rasional: membantu dalam memperkirakan kekurangan volume tubuh total

b. Pantau Tanda Vital

Rasional: hipovolemi dapat ditandai dengan hipotensi dan takikardi

c. pantau masukan dan haluaran ,catatat BJ urine

Rasional : memberikan perkiraan akan pergantian cairan dan ,fungsi ginjal dan keefektifan terapi.

d. Ukur BB setiap hari

Rasional : memberikan hasil pengkajian terbaik dan status cairan yang sedang berlangsung

Kalaborasi :

a. Berikan terapi cairan sesuai indikasi

Rasional : tipe dan jumlah cairan tergantung pada derajat kekurangan cairan dan respon pasien secara individual

2. Diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin, penurunan masukan oral, hipermetabolisme. (Clevo 2012)

Tujuan : Pasien akan meningkatkan nutrisi dalam batas normal selama dalam perawatan

Kriteria hasil : Berat badan normal, Menghabiskan porsi makan sesuai diet, Keluhan mual/ muntah berkurang atau tidak ada.

Intervensi mandiri :

- a. Timbang BB setiap hari

Rasional ; mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

- b. Tentukan program diet dan pola makanan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dihabiskan pasien

Rasional ; mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan

- c. Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen, mual, muntah

Rasional : hiperglikemi dapat menurunkan motilitas atau fungsi lambung (distensi atau ileus paralitik)

- d. Libatkan keluarga pada perencanaan makanan sesuai indikasi

Rasional : memberikn informasi kepada keluarga untuk memahami nutrisi klien.

- e. Kolaborasi dengan ahli nutrisi

Rasional ; sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyusunan diet untuk memenuhi kebutuhan pasien.

3. Diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leucosit/gangguan sirkulasi (Saferi, 2013).

Tujuan : Klien terbebas dari resiko infeksi selama dalam perawatan

Kriteria hasil : infeksi tidak terjadi, luka tampak bersih' tidak bernanah dan tidak berbau.

Intervensi :

- a. Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan
Rasional : pasien mungkin masuk dengan infeksi yang mencetus keadaan infeksi nosokomial
 - b. Tingkatkan upayapencegahan mencuci tangan bagi semua orang yang berhubungan dengan pasien ,meskipun pasien itu sendiri.
Rasional ; mencegah timbulnya infeksi nosokomial
 - c. Pertahankan teknik aseptik prosedur invasive
Rasional : kadar glukosa tinggi akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman
 - d. Anjurkan pasien untuk makan dan minum adekuat
Rasional : menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi
 - e. Kolaborasi tentang pemberian antibiotik yang sesuai
Rasional : penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis.
4. Kerusakkan integritas kulit b.d. perubahan status metabolik (*neuropati perifer*). (Padila 2012).

Tujuan : gangguan integritas kulit akan berkurang atau menunjukkan penyembuhan.

Kriteria hasil : Kondisi luka menunjukkan adanya perbaikan jaringan dan tidak terinfeksi.

Intervensi :

- a. Kaji luka, adanya epitaksis, perubahan warna ,adanya push ,edema
- b. Kaji adanya nyeri dan infeksi
- c. Lakukan perawatan luka dengan teknik steril

- d. Kolaborasi pemberian insulin dan medikasi
 - e. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi.
5. Diagnosa Nyeri berhubungan dengan adanya ulcus (luka diabetes mellitus). (Clevo, 2012)

Tujuan : pasien dapat mengontrol dan mengidentifikasi Nyeri

Kriteria Hasil : Penampilan rileks, Klien menyatakan nyeri berkurang, Skala nyeri 0-2

Intervensi

- a. Kaji tingkat nyeri, kualitas, frekuensi, presipitasi, durasi dan lokasi
Rasional : mengetahui subjectivitas klien terhadap nyeri untuk menentukan tindakan selanjutnya
 - b. Monitor vital sign
Rasional : nyeri mempengaruhi TTV
 - c. Lakukan teknik distraksi dan relaksasi
Rasional : mengalihkan perhatian untuk mengurangi nyeri
6. Diagnosa : Kurang pengetahuan mengenai penyakitnya, prognosis penyakit dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi

Tujuan : Pasien akan meningkatkan pengetahuan selama dalam perawatan

Kriteria hasil : Pasien dapat mengungkapkan masalah, meminta informasi dan selalu bertanya, mengungkapkan pemahaman terhadap penyakit

Intervensi

- a. Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan penuh perhatian dan selalu ada untuk pasien
Rasional : menanggapi perlu diciptakan sebelum pasien bersedia mengambil bagian dalam proses belajar
- b. Diskusikan tentang rencana diet dan penggunaan makanan tinggi serat

Rasional : kesadaran pentingnya kontrol diit akan membantu pasien dalam merencanakan makan dan mentaati program diit.

- c. Instruksikan pemeriksaan secara rutin pada kaki dan lakukan perawatan kaki

Rasional; mencegah, mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan neuropati perifer dan gangguan sirkulasi terutama ganggren dan amputasi.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

1. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien
2. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya gangguan merusakkan integritas kulit
3. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk mencegah terjadinya resiko infeksi
4. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk membebaskan klien dari nyeri .
5. Melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan untuk menambah pengetahuan klien mengenai penyakitnya.

2.2.5 Evaluasi keperawatan

1. Evaluasi pada diagnosa II adalah : Pasien akan meningkatkan nutrisi nutrisi dalam batas normal selama dalam perawatan. Dengan kriteria hasil : Berat badabn normal, Menghabiskan porsi makan sesuai diit, Keluhan mual/ muntah berkurang atau tidak ada.

2. Evaluasi pada diagnosa III adalah Klien akan terbebas dari resiko infeksi selama dalam perawatan. Kriteria hasil : infeksi tidak terjadi, luka tampak bersih' tidak bernanah dan tidak berbau
3. Evaluasi pada diagnosa V adalah gangguan integritas kulit akan berkurang atau menunjukkan penyembuhan. Dengan kriteria hasil : Kondisi luka menunjukkan adanya perbaikan jaringan dan tidak terinfeksi
4. Evaluasi pada diagnosa VI adalah pasien dapat mengontrol dan mengidentifikasi Nyeri. Dengan Kriteria Hasil : Penampilan rileks, Klien menyatakan nyeri berkurang, Skala nyeri 0-2.

BAB III

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

RSUD Prof. Dr.W. Z. Johannes Kupang adalah Rumah Sakit tipe B yang sudah menjadi Badan Layanan Umum. Tempat penelitian yang saya lakukan di ruang cempaka sebagai ruang kelas III wanita rawat Inap medikal bedah mempunyai kapasitas ruangan sebanyak 6 ruangan, mempunyai tempat tidur dan lemari masing-masing sebanyak 26, rata-rata pasien yang dirawat sebanyak 14 pasien dan mempunyai tenaga kesehatan (perawat) sebanyak 16 orang yang terdiri dari 14 orang tenaga perawat 1 orang tenaga administrasi dan 1 orang cleaning service.

3.2.2 Hasil Pengumpulan Data

Dalam melakukan asuhan keperawatan tahap awal yang penulis lakukan adalah mengumpulkan data tentang status sehat-sakit pasien. Proses pengumpulan data tentang status sehat – sakit pasien dengan menggunakan pendekatan wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi (pemeriksaan penunjang). Data tentang status sehat-sakit pasien dapat dikategorikan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara. Berdasarkan sumber data, data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber asli (pasien), sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh peneliti secara tidak langsung melalui orang ketiga (keluarga).

a. Wawancara

Hal-hal yang akan dikaji dengan cara melakukan wawancara adalah identitas pasien, keluhan utama saat ini, riwayat

kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola-pola kesehatan pasien.

Pasien berinisial Ny. E berumur 34 tahun, berasal dari Takari. Pekerjaan sehari-hari Ny. E adalah sebagai seorang Ibu Rumah Tangga. Pasien beragama kristen Protestan dan Pendidikan terakhir pasien adalah tamat SMP.Ny. E. masuk rumah sakit pada tanggal 19 Juni 2018, dengan diagnosis medis Diabetes Melitus dan ulkus diabetik Foot grade 5. Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 24 Juni 2018 pukul 11.20 wita, adalah sebagai berikut ;

Alasan Ny. E masuk rumah sakit adalah karna adanya luka pada tungkai kaki kanan.. Luka yang dialami berawal dari tertusuk duri pada telapak kaki dan menimbulkan benjolan kecil seperti mata ikan. Kemudian keluarga membawa pasien ke puskesmas Takari.Di puskesmas benjolan tersebut dibedah untuk mengeluarkan nanah, dan melakukan rawat jalan. Setelah dibedah luka semakin membesar dan menghitam, Kemudian Ny.E dirujuk ke rumah sakit Leona dan menolak untuk dilakukan amputasi. Ny.E melakukan perawatan di rumah selama satu minggu. Karna luka Ny.E semakin membesar,maka Ny.E dibawa ke Rumah Sakit Umum W.Z.Johanes Kupang pada hari Selasa,19 Juni 2018 untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan terasa sakit pada daerah kaki kanan karna luka yang dialaminya. Luka tersebut semakin membesar dan menghitam. Rasa sakit yang dialami pasien seperti tertusuk- tusuk dan hanya terasa pada kaki yang luka, serta tidak menyebar keorgan tubuh lainnya. Skla nyeri yang dialami yaitu nyeri sedang terkontrol(skala 4), nyeri ini biasanya muncul secara tiba-tiba atau jika Ny.E terlalu banyak bergerak.durasi waktu saat terjadinya nyeri adalah 3-5 menit.

Riwayat penyakit dahulu : Ny.E mengatakan sebelumnya ia pernah dirawat dirumah sakit Leona pada bulan April lalu, dengan sakit yang sama. Ny.E juga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung, hipertensi, dan penyakit lainnya. Riwayat penyakit keluarga: Ny.E mengatakan jika dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit yang sama seperti yang dialaminya saat ini. Ny.E merupakan anak kedua dari lima bersaudara. Kedua orang tua Ny.E telah meninggal dunia. Ayah Ny.E meninggal karna kecelakaan motor dan ibu Ny.E meninggal karna tanpa diketahui penyakitnya.

Pola Nutrisi : Ny.E mengatakan sebelum dirinya sakit Ny.E biasa makan 4-5 kali sehari dan mudah terasa lapar, makanan yang paling disukai Ny.E adalah roti. Saat ini Ny.E biasa makan 3x sehari dan tidak memiliki makanan tambahan seperti roti atau pun kue lainnya. Minuman yang disukai Ny.E adalah kopi Ny.E mengatakan jika dalam sehari Ny.E wajib menghabiskan kopi 2 gelas yaitu pagi dan sore. Selain kopi, pasien juga sering mengkonsumsi minuman beralkohol seperti sopi/laru, biasanya Ny.E menghabiskan minuman beralkohol sebanyak $\frac{1}{2}$ -1 gelas, tapi jika memiliki acara tertentu, turgor kulit tampak jelek, bersisik dan kering. Pola Eliminasi: saat dilakukan pemeriksaan bising usus didapatkan bunyi bising usus Ny.E 3x/mnt, abdomen terasa keras dan nyeri tekan, Ny.E mengatakan sudah 3 hari dirinya belum BAB. Pasien juga mengatakan jika dirinya sering BAK di malam hari, Ny.E tampak menggunakan pampers dan biasanya pada malam hari Ny. E mengganti Pampers 2-3 kali. Pola neurosensori didapatkan : sering pusing, seluruh tubuh terasa lemah, mati rasa pada jari kaki kanan dan kram pada otot terutama pada kedua kaki, sering mengantuk dan tampak kurang berkonsentrasi saat wawancara dengan pasien.

Pola pernapasan didapatkan : pasien sering sesak napas dan mudah lelah. Pola kenyamanan/nyeri didapatkan : tampak meringis kesakitan saat luka pasien disentuh, tampak luka pada tungkai kaki kanan pasien, skala nyeri 4 dan tampak pasien memegang area yang sakit, posisi kaki luka dialas menggunakan bantal kecil. Pola aktivitas : Pasien hanya bisa melakukan aktivitas diatas tempat tidur seperti duduk di tempat tidur. Seluruh aktivitas harian dibantu oleh perawat dan keluarga. Pola tidurKlien mengatakan sering terjaga pada malam hari karena sakit pada daerah luka. Pasien biasanya tidur malam mulai pukul 22.00 dan bangun pada jam 04.00 a.m. pasien juga biasa tidur siang pada jam 11.00 dan biasa bangun pada jam 13.00. Pola persepsi diri/konsep diriKlien mengatakan bahwa ia tidak menganggap sakit yang ia rasakan ini sebagai kutukan namun teguran karena ia yakin ia berharga sebagai manusia

Pemeriksaan Fisik Tanda- tanda Vital; TD : 100/90 mmHg
N : 84x/mnt S: 36,5 C RR : 22x/mnt .Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik di fokuskan pada pemeriksaanDMyaitupola aktivitas didapatkankesadaran Composmentis dengan GCS : (E/M/V) 4/5/6. pasien tampak lemah, tampak sulit bergerak dan berjalan, tampak terasa kram pada kaki yang luka dan sulit tidur, tampak napas cepat saat melakukan aktivitas, kekuatan otot pada ekstermitas bawah bagian kanan 1 dan ekstermitas kiri 5, ekstermitas atas kekuatan otot 5, conjungtiva anemis, sklera ikterik.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 25 Juni 2018 didapatkan : glukosa darah puasa 241 mg/dl dan glukosa darah 2 jam PP 382 mg/dl. HB 9.7 g/dl, jumlah eritrosit 3.66 mg/dl, hematokrit 30.7 g/dl, MCV 78.5 g/dl, MCH 24,8 g/dl, neutrofil 72.4 g/dl, limfosit 17,5 g/dl, PDW 7.0 fl, MPV 7.7 fl, P-LCR 8,1. Pada tanggal 26 Juni 2018 didapatkan hasilnya : HB : 11,9 L g/dl, MCV 77,9 g/dl, MCH 25 g/dl, Monosite 8.4 g/dl, jumlah

trombosit 405 g/dl, PDW 7.4 g/dl, MPV 7.6 g/dl, P-LCR 9.2 %, albumin 2.8 g/gl. Pada tanggal 27 Juni 2018 didapatkan : gula darah sewaktu 81 mg/dl, gula darah sewaktu 339 H mg/dl. Ny.Emendapatkan terapi yaitu : Injeksi ceftriakson 2x1, paracetamol 1 tab/mg,metronidazole infus jam,levemik 10 UI,nevorapid 12 UI 3x1/sc.

3.2.3 Analisa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang dikaji dimulai dengan menetapkan masalah, penyebab, dan data pendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan Cedera fisik(luka gangreen) yang ditandai dengan : pasien mengeluh terasa nyeri pada kaki kanan yang mengalami luka, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk.Nyeriyangdirasakan bersifat menetap dengan skala nyeri sedang, nyeri biasanya terjadi secara tiba tiba dan ketika pasien bergerak,biasanya nyeri berlangsung kurang lebih 3-5 mnt. pasien tampak meringis kesakitan saat luka dibersihkan, tampak luka ulkus diabetik pada kaki kanan grade 5, luka tertutup perban,luas luka : menyerang seluruh permukaan telapak kaki dan punggung kaki, skala nyeri 4,pasien tampak pucat, tampak adanya nana, jaringan nekrotik.saar disenth pasien mengatakan mati rasa.TTV : TD : 100/90, N: 100x/mnt,RR: 24x/mnt. S: 37,7.
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan(luka ganggren)yang ditandai dengan pasien mengatakan terdapat luka pada tungkai kaki kanan pasien, luka semakin membesar dan menghitam dan pasien mengeluh sakit dengan skala nyeri 4.Pasien tampak pucat, lemah pasien tampak menahan sakit saat luka dibersihkan, tampak luka pada tungkai kaki kanan, luka ulkus diabetik grade 5 dengan luas luka menyerang seluruh permukaan telapak kaki dan punggung kaki,luka tampak dibalut kasa bernanah dan berbau busuk, terdapat jaringan

nekrotik,terpasang cultimex sorbat. Hasil lab : glukosa sewaktu 437 H mg/dl, Ttv : TD : 100/90, N : 100x/mnt, S: 37,5, RR : 24x/mnt

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis (proses penyakit DM). Yang ditandai dengan Pasien mengatakan BB menurun dan nafsu makanya berkurang, pasien hanya dapat menghabiskan porsi makan $\frac{1}{2}$ piring dalam sehari. Pasien tampak pucat, turgor kulit jelek, lemas, tampak kurus, kondisi kulit kering dan bersisik,HB9,2.Hasil pengukuran lila 19 cm, dengan status gizi kurang, hasil GDS 437 mg/dl, kalium darah 3.0 mmmol/l

Masalah keperawatan yang di tegakkan :

1. Nyeri akut berhubungan dengan Cedera fisik (luka gangreen)
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan(luka ganggren
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis(proses penyakit)

3.2.4 Intervensi keperawatan

Dalam tahap perencanaan disesuaikan dengan teori yang terdiri dari outcome, Noc dan Nic. perencanaan yang dibuat adalah

1. Pada diagnosa pertama Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka gangren), dipilih menjadi diagnosa pertama karena dapat mengancam kesehatan, maka outcome untuk diagnosa pertama adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan pasien mampu mengontrol nyeri dan mengidentifikasi tingkat nyeri, dengan indikator;Menenal kapan nyeri terjadi, Menggunakan teknik non farmakologi, Melaporkan nyeri yang terkontrol, Penampilan rileks, Klien mengatakan nyeri berkurang, Skala nyeri dari 4 menjadi 0-2. Dengan intervensi (NIC) yang dibuat untuk diagnosa pertama adalah, Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi,

karakteristik, lama, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Observasi ketidaknyamanan pasien, Sediakan informasi tentang nyeri, penyebab nyeri, lama dan antisipasi ketidaknyamanan prosedur obat. Ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi, distraksi, terapi aktifitas sebelum dan setelah terjadi nyeri, dan selama nyeri berlangsung). Anjurkan istirahat yang adekuat. kolaborasi pemberian obat analgetik.

2. Pada diagnosa kedua Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan (luka ganggren)), dipilih diagnosa kedua karena dapat mengancam kesehatan, maka outcome untuk diagnosa kedua adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam di harapkan kondisi luka pasien semakin bersih dan semakin membaik, dengan indikator ;Sensasi dan elastisitas tidak terganggu, Status hidrasi membaik, Wajah tampak segar dan rileks, tidak terjadi nekrosis , Suhu tubuh normal. Dengan intervensi(NIC)yang dibuat untuk diagnose kedua adalah Kaji kulit pasien setiap 8 jam (palpasi pada daerah yang tertekan).Pertahankan kebersihan dan kekeringan luka pasien.Berikan balutan yang sesuai dengan jenis luka. Pertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka.Posisikan untuk menghindari ketegangan pada luka.Mengajarkan pasien dan keluarga tentang cara perawatan luka yang benar.
3. Pada diagnosa ke- tiga Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis(proses penyakit diabetes melitus).Diagnosa ini dipilih karna dapat mengancam tumbuh kembang. Maka outcome untuk diagnosa ke-tiga adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 24 jam di harapkan pasien meningkatkan status nutrisi dengan baik. dengan indikator ; status gizi kembali normal,asupan makanan dan cairan dalam batas normal, tidak terjadi penurunan BB. Dengan

intervensi(NIC) yang dibuat yaitu Tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. Identifikasi alergi atau intoleransi terhadap makanan. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. Atur diet yang diperlukan (menyediakan makanan protein tinggi, menyediakan pengganti gula, menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garam dan menambah atau mengurangi kalori). Monitor kalori dan asupan makanan. Monitor kecenderungan terjadi kenaikan dan penurunan BB.

3.2.5 Implementasi

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 25 Juni 2018 sampai 29 Juni 2018. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari sehingga pada hari pertama (senin, 25 Juni 2018 pukul 09.00) dilakukan implementasi meliputi :

Untuk diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka gangren) yang dilakukan pada hari senin 25 Juni 2018 jam : 09.00 yaitu Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif . Hasil : P : nyeri disebabkan karena luka ulkus pada kaki. Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk. R : nyeri menetap dan tidak menyebar. S: skala nyeri 4. T : nyeri muncul secara tiba-tiba, dalam jangka waktu 3-5 menit. Jam 09.15. Mengobservasi ketidaknyaman pasien. Hasil : pasien tampak cemas, tampak menahan rasa sakit dan memegang area yang sakit. Pada pukul 11.00, Mengajarkan pasien teknik relaksasi (nafas dalam). Hasil : pasien tampak mengikuti instruksi dengan baik dan dapat melakukannya.

Untuk diagnosa Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan (luka gangren) yang dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018. Pada jam 09.15 yaitu Mengkaji karakteristik dan lokasi ulkus. Hasil : lokasi ulkus pada tungkai kaki kanan ,ulkus tampak bernanah dan berdarah, tampak jari-jari kaki mengalami nekrotik, tampak luka semakin membesar dan membau. Pada Jam 09.25

Mempertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka.(luka dibersihkan dengan menggunakan cairan NaCL 0,9%, kemudian menutup luka dengan cultimex sorbet dan kasa steril kering). 09.28 Mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi. Hasil : luka tampak berwarna hitam, tampak nekrotik pada jari-jari, tampak adanya pus, dan luka berwarna kemerah merahan.

Untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis yang dilakukan pada tanggal 25 juni 2018, jam 10.00 menentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. Hasil: pasien mengatakan nafsu makanya berkurang, pasien hanya dapat menghabiskan ½ porsi makanannya dan hasil pengukuran lila didapatkan lila 19 cm dengan status gizi :underweight (66,7%). Jam 10.01 mengidentifikasi alergi atau intoleransi terhadap makanan,. Hasil : pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan ataupun minuman. jam 10.05.Menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi.Hasil jumlah kalori yang diberikan adalah 1900 kkal, sesuai dengan diit pada penderita diabetes melitus.

Catatan perkembang hari pertama, selasa, 26 juni 2018

Untuk diagnosa 1 dilakukan pada jam 08.50 Menyediakaninformaasitentang nyeri, penyebab dan lamanya nyeri danantisipasi ketidaknyamanan prosedur obat. Hasil ; nyeri disebabkan karna luka ulkus diabetik pada tungkai kaki kanan, nyeri biasanya muncul selam kurang lebih 3-5 mnt. pada jam 09.10. Mengajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi,distraksi,terapi aktifitas sebelum dansetelah terjadinya selama nyeri berlangsung). Hasil : teknik yang distraksi dan relaksasi yang diberikan dapat membantu pasien saat melakukan perawatan luka. 09.20 Anjurkan istirahat yang adekuat. Hasil : pasien mengatakan dirinya sulit untuk beristirahat.

Untuk diagnosa II yaitu :Jam 08.50.Mengkaji karakteristik ulkus secara komperhensive.Hasil ; luka tampak bernanah, berbau busuk,

tampak bagian jari-jari mengalami nekrosis, dan tampak semakin membesar. 09.10 Mengajarkan teknik mengontrol nyeri yang sesuai yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan masase area yang sakit. Hasil: pasien dapat mengikuti arahan dan melakukan teknik tarik napas dan masase untuk mengurangi rasa sakit. 09.15 melakukan perawatan luka pada pasien. hasil : luka tampak bernanah, berbau terdapat jaringan nekrotik,terpasang culticel klasik. 09.30 mengobservasi tanda dan gejala adanya infeksi. hasil : terjadi infeksi pada kaki pasien, tampak ada kemerahan,bernanah,berdarah dan mati rasa pada jari-jari kaki, luka tampak menghitam.Jam11.00 mengkaji tanda tanda vital pasien. Hasil : TD ; 110/80, N : 76x/mnt, S: 36c RR : 20x/mnt. 11.30 melakukan kolaborasi pemberiaan obat (Injeksi ceftriakson 2x1 jam 12.00 , paracetamol 1 tab/mg pada jam 12.00, metronidazole infus jam 12.00. levemik 10 UI malam hari, noverapid 12 UI 3x1 sc. Sebelum makan. Hasil : nyeri berkurang, pasien dapat beristirahat dengan tenang.

Untuk diagnosa III yaitu 09.00.Mengobservasi keadaan pasien. Hasil : pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur dan tampak pucat. Jam10.15 mengatur diet yang diperlukan yaitu (menyediakan makanan protein tinggi, menyediakan pengganti gula, menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garamdan menambah ataumengurangi kalori,monitor kalori dan asupan makanan,monitor kecendrungan terjadi kenaikan dan penurunan BB) hasil:pasien mengatakan semenjak di diagnosa diabetes pasien mengkonsumsi tropikanaslim jika dirinya ingin minum susu.

Catatan perkembangan hari kedua(Rabu, 27 Juni 2018)

untuk diagnosa I yaitu:Mengobservasi keadaan umum pasien . Hasil : pasien mengatakan tadi pagi sekitar jam 05.00 pasien mengalami keringat dingin, suhu tubuh 37,8 c. Mengkaji skala nyeri secara komperhensif (PQRST). Hasil : pasien mengeluh nyeri pada tungkai kaki kanan, dengan skala nyeri 3 dan nyeri yang dirasakan

terstusu-tusuk, nyeri dirasakan selama 5 menit. Ajarkan teknik nonfarmakologi (napas dalam dan masase area yang sakit). Hasil : pasien mengatakan biasanya jika kakinya sakit, pasien selalu masase dengan menggunakan minyak. Atur posisi yang nyaman. Hasil : posisi yang nyaman bagi pasien yaitu dengan posisi terlentang dan kaki yang luka dialas dengan menggunakan bantal kecil. Kaji tanda-tanda vital pasien. Hasil: TTV : TD 120/70 N : 76x/mnt S : 36,7 c, RR: 16x/mnt. Berikan obat analgetik Hasil : pasien mendapatkan obat paracet 3x1 mg.

Untuk diagnosa ke-II kerusakan integritas kulit yaitu pada jam 08.00 mengkaji karakteristik ulkus secara komperhensive. Hasil ; luka tampak bernanah, berbau busuk, tampak bagian jari-jari mengalami nekrosis, dan tampak semakin membesar. pada jam 08.30. Mengajarkan teknik mengontrol nyeri yang sesuai yaitu teknik relaksai nafas dalam dan masase area yang sakit. Hasil: pasien dapat mengikuti arahan dan melakukan teknik tarik napas dan masase untuk mengurangi rasa sakit. Pada jam 09.00. Melakukan perawatan luka pada pasien. Hasil : luka pasien tampak bersih dan baunya sedikit berkurang. Pada jam 09.15. Mencatat tanda dan gejala adanya infeksi. Hasil: terjadi infeksi pada kaki pasien. Tampak ada kemerahan, bernanah, berdarah dan mati rasa pada jari-jari kaki, luka tampak menghitam. Pada jam 10.30. Kaji tanda-tanda vital pasien. Hasil : TD ; 120/80, N : 76x/mnt, S: 36c RR: 20x/mnt. Pada jam 11.00. Kalaborasi pemeberian obat (ceftriakson 2x1, paracet 500 mg, levemik 10 UI malam hari, neovorapid 12 UI 3x1 sc. Hasil : nyeri berkurang, pasien dapat beristirahat dengan tenang, kadar glukosa darah pasien GDS 1: 81 mg/dl, GDs ke-2 hasil : 339 mg/dl .

Untuk diagnosa ke-III yaitu pada jam 09.10 mengatur diit yang diperlukan yaitu menyediakan makanan protein tinggi, menyediakan pengganti gula, menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garam dan menambah atau mengurangi kalori,

monitor kalori dan asupan makanan, monitor kecenderungan terjadi kenaikan dan penurunan BB. Hasil; diit yang dianjurkan disesuaikan dengan jumlah kalori yang telah ditentukan berdasarkan hasil pengukur gula pasien. Berikan informasi mengenai prinsip diit diabetes melitus. Hasil pasien tampak tidak terlalu paham tentang diit DM.

Catatan perkembangan hari ketiga(Kamis 28 Juni 2018)

untuk diagnosa I yaitu pada jam 07.30 Mengkaji karakteristik nyeri pasien PQRST. Hasil : pasien mengatakan nyerinya masih terasa, nyeri seperti tertusuk- tusuk, tidak menyebar, skala nyeri 3, nyeri biasa muncul saat pasien bergerak dalam jangka waktu 4 mnt. Pada jam 08.00. Atur posisi yang nyaman untuk klien. Hasil ; pasien mengatakan posisi yang nyaman baginya yaitu posisi terlentang dengan bagian kaki yang luka dialasi dengan menggunakan bantal kecil. Pada jam 08.05 Monitor respon verbal dan non verbal dari klien. Hasil ; ekspresi wajah tenang, pasien tampak rileks. Pada jam 08.20 Mengajarkan teknik relaksasi yaitu masase area yang sakit. Hasil : pasien mengatakan teknik relaksasi masase area yang sakit dapat membantunya untuk mengurangi nyeri.

Untuk diagnosa ke-II: pada jam 07.30. Mengobservasi keadaan umum pasien. Hasil kesadaran komposmens pasien tampak rileks, segar, tampak tenang. Jam 08.00. Kaji luas dan keadaan luka serta proses penyembuhannya. Hasil : luka tampak dibalut kasa, tampak kotor dan berbau, dan proses penyembuhannya lambat. 08.30. Rawat luka dengan menggunakan prinsip steril. Hasil : luka pasien berwarna merah dan timbulnya jaringan baru, terdapat pus pada bagian tungkai, terdapat jaringan nekrotik pada bagian jari kaki. Luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl 0,9%, terpasang cultimes klasik, derajat luka grade 5. Atur posisi pasien se nyaman mungkin. Hasil ; pasien mengatakan posisi yang nyaman baginya adalah posisi terlentang

dengan kaki luka dialas menggunakan bantalan kecil. Kolaborasi pemberian obat insuline dan antibiotic. Hasil : pemberian obat paracetamol 3x1 injeksi noverapid 3x1 14 ui/sc, sebelum makan, dan pemberian metronidazole infus 500 mg/iv, ceftriaxon 1 gr/iv, pemberian nevoramide 1x12 ui/sc. Cek hasil lab GDs pasien . Hasil : hasil pemeriksaan pada tanggal 27 juni 2018 pemeriksaanl GDS yang diambil pada jam 06.00 pagi yaitu 81 mg /dl. Hasil GDs 2 yang diambil pada jam 09.00 yaitu 339 H mg/dl.

Untuk diagnosa III : pada jam 09.45 melakukan transfusi darah. Hasil : pasien bergolongan darah O, Hb 9.2. jam 09.50 mengidentifikasi adanya alergi atau terhadap transfusi darah,. Hasil : pasient tidak memiliki alergi. jam 10.05 menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. Hasil jumlah kalori yang diberikan adalah 1900 kkal, sesuai dengan diit pada penderita diabetes melitus.

3.2.6 Evaluasi keperawatan

Hari pertama (senin 25 juni 2018)

Diagnosa 1. S ; pasien mengatakan masih terasa nyeri, nyeri seperti tertusuk- tusuk, tidak menyebar, nyeri biasa muncul saat pasien bergerak dalam jangka waktu 3-5 mnt dengan skala nyeri ringan.O: pasien tampak meringis kesakitan, tampak memegang area yang sakit,pucat, lemas dan hanya bisa terbaring ditempat tidur, tampak luka dikaki pasien terbalut kasa, tampak bersih,skala nyeri 3.TTV : TD : 120/70 N: 100x/mnt S: 36,5, RR : 22x/mnt. A : masalah belum teratasi.P ;lanjutkan intervensi.

Untuk diagnosa II, S : pasien mengatakan terdapat luka pada tungkai kaki kananya, luka terasa sakit dan kram. O : pasien tampak meringis kesakitan, wajah pucat, luka tampak bernanah dan berdarah, luka tampak nekrotik pada jari-jari kaki, luka tampak semakin membesar dan berbau. A : masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan (1-4). Untuk diagnosa ketiga, S ; pasien mengatakan nafsu makannya

berkurang dan hanya bisa menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya dan merasa BB menurun drastis. O: pasien tampak kurus, pucat, lemas, conjungtiva anemis, turgor kulit jelek, bersisik dan kering. HB 9,2 mg/dl. Albumin 2,8 mg/dl. Hasil pengukuran lila 19 cm, dengan status gizi kurang, hasil GDS 437 mg/dl, kalium darah 3.0 mmol/l.

Hari kedua 26 Juni 2018.

Untuk diagnosa I evaluasi yang didapatkan ; S: pasien mengatakan masih terasa nyeri pada daerah kaki kanan yang luka dengan skala nyeri sedang. O : pasien tampak sedikit rileks, tenang, tampak berbaring ditempat tidur, tampak luka dikaki pasien dibalut kasa, skala nyeri 4, TTV TD : 110/ 80 N; 76x/mnt, S; 36 c, RR : 20x/mnt. A : masalah belum teratasi. P intervensi dilanjutkan (1-5).

Untuk diagnosa II, S; pasien mengatakan masih terdapat luka pada kaki kanan pasien, luka terasa sakit seperti tertusuk- tusuk, dengan skala nyeri 3. O : pasien tampak memegang area yang sakit, saat dilakukan perawatan luka, luka tampak menghitam, tampak bernanah dan kemerahan, luka terdapat diseluruh permukaan kaki kanan, berbau, derajat luka 5 dan terdapat jaringan nekrotik. Hasil lab, GDS 241 mg/dl dan GDS 2 jam PP 382 mg/dl. TTV TD: 110/70, N : 84x/mnt, S: 36 c RR :18x/mnt. A: masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi (1-6). Untuk diagnosa III, S : pasien mengatakan ia hanya dapat menghabiskan makannya $\frac{1}{2}$ porsi dan tidak memiliki nafsu makan. O: pasien tampak kurus, pucat, lemas, turgor kulit jelek, kulit kering dan bersisik. HB 11,9 mg/dl, albumin 2,8 mg. Terpasang ransfusi darah hari kedua. TTV : TD : 120/80 mmhg, N : 74x/mnt, S : 36,7 c, RR : 18x/mnt. Hasil pengukuran lila 19 cm, dengan status gizi kurang, A : masalah belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan (1- 5).

Evaluasi hari ketiga 27 Juni 2018

Untuk Diagnosa 1. S : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dengan skala nyeri ringan. O : pasien tampak rileks dan tenang, luka

tertutup kasa, skala nyeri 3, tampak bersih dan tidak bernana, luka tampak sudah dibersihkan . A ; masalah teratasi sebagian. P: intervensi dilanjutkan (1-4). Untuk diagnosa Kedua; S ; pasien mengatakan luka sudah dibersihkan dan terasa ringan. O : luka pasien tampak bersih,tampak dibalut kasa, bau berkurang, nanah dan darah berkurang, derajat luka 5,TTV TD : 100/ 70 mmhg , N ; 64x/mnt. S: 36,7 c, RR : 16x/mnt. A ; masalah teratasi sebagian. P : intervensi dilanjutkan. Untuk Diagnosa ketiga : S ; pasien mengatakan membagi dua makanan yang disediakan rumah sakit, dan hanya menghabiskan setengah bagian makanan yang telah dibagi. Pasien juga mengatakan jika dirinya akan menghabiskan setengah porsi yang masih tersisa sekitar jam 10.00 wita. O : pasien masih tampak pucat, tampak membran mukosa lembab, tampak lemas dan tampak sedang membagikan makanannya yang didapat dari rumah sakit dan hanya menghabiskan setengah porsi saja, terpasang transfusi darah hari ketiga, tampak lemas,pucat dan hasil lab HB, 11,9 mg/dl. TTV : 120/70 mmhg. N : 78x/mnt S; 36,7 c. RR ; 16x/mnt.Hasil pengukuran lila 19 cm, dengan status gizi kurang,A: masalah belum teratasi.P: intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari keempat pada 28 Juni 2018

untuk diagnosa 1 ; S : pasien mengatakan nyerinya sudah sedikit berkurang dengan skala nyeri ringan. O : pasien tampak tenang, rileks, skala nyeri 3, luka dalam keadaan bersih, tidak berbau, nanah dan darah tampak berkurang. TTV : TD : 120/80, N ; 66x/mnt S: 36,8 c RR : 16x/mt. A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan. Untuk diagnosa kedua : S : pasien mengatakan nyeri pada luka berkurang dan luka terasa lebih ringan. O : luka pasien tampak bersih, tidak berbau, tertutup kassa, tidak terdapat nanah dan darah pada kasa, tampak jaringan nekrotik pada jari- jari kaki kanan. TTV; 110/80 mmhg N : 68x/mnt, S: 37 c RR: 18x/mnt. A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi . Untuk diagnosa ketiga : S: pasien pasien mengatakan membagi dua makanan yang disediakan rumah sakit, dan hanya

menghabiskan setengah bagian makanan yang telah dibagi. Pasien juga mengatakan jika dirinya akan menghabiskan setengah porsi yang masih tersisa sekitar jam 10.00 wita. O: pasien tampak menghabiskan setengah porsi makanan yang telah dibaginya, pasien tampak lebih segar, hasil pengukuran lila 19 cm, dengan status gizi kurang, Hb 11,9 mg/dl. TTV; 110/80 mmhg N : 68x/mnt, S : 37 c RR: 18x/mnt. A: masalah belum teratasi. P: lanjutkan intervensi .

3.3 Pembahasan

Dalam pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek pada pasien Ny.E diruang Cempaka RSUD.W.Z.Johanes Kupang yang dilakukan pada tanggal 25-28 Juni 2018 yang meliputi : Pengkajian, Diagnosa, Intervensi ,Implementasi dan Evaluasi. Hasil analisa data didapatkan 3 masalah keperawatan akan di bahas sebagai berikut

3.3.1 Tahap Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap penting suatu proses pemberian asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan individu. Oleh karena itu, pengkajian harus akurat, lengkap, sesuai kenyataan dan kebenaran data sangat penting untuk langkah selanjutnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai respon individu .

a. Identitas pasien

Diabetes tipe II paling sering terjadi pada kelompok yang berusia lebih dari 30 tahun dan yang mengalami obesitas (Brunner & Suddarth, 2015). Berdasarkan Kasus nyata pada Ny. E ditemukan bahwa Ny. E berusia 34 tahun dan sudah mengalami diabetes melitus tipe II. Menurut peneliti antara teori dan kasus nyata tidak terjadi kesenjangan.

b. Keluhan utama :

Menurut teori Brunnar dan Suddarth (2015). Awitan diabetes tipe II dapat terjadi tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut bisa bersifat ringan dan dapat mencakup : kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi, luka pada kulit yang lama sembuh,

dan pandangan kabur (kadar glukosanya sangat tinggi). Berdasarkan kasus nyata yang dialami Ny. E di dapatkan keluhan utama adanya luka pada kaki kanan yang tidak sembuh- sembuh dan ikuti keluhan lain seperti mudah lelah, poliuri terutama di malam hari, polidipsi dan pandangan kabur serta kadar glukosa darah meningkat yaitu GDS 241 dan GDS 2 jam PP 382. Menurut peneliti tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami Ny. E.

c. Riwayat penyakit keluarga

Berdasarkan kasus yang ditemukan pada Ny. E mengatakan tidak memiliki riwayat keturunan penyakit diabetes. Menurut peneliti terjadi kesenjangan antara teori dan Praktek, dimana salah satu faktor penyebab terjadinya Diabetes adalah faktor keturunan (Brunner & Suddarth 2015).

d. Riwayat kesehatan masa lalu

Menurut Brunner & suddarth perlu ditanyakan pada pasien tentang faktor pencetus yang meliputi pneumonia, infark miokard akut dan stroke, serta konsumsi obat-obatan yang dapat menyebabkan infusensi insulin seperti preparat diuretik tziacid dan propranolol atau prosedur traupetik. Berdasarkan kasus yang ditemukan pada Ny. E terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata, dimana pada kasus Ny. E tidak ditemukan Penyakit yang disebutkan dalam teori.

e. Pemeriksaan Penunjang

kadar glukosa darah (gula darah sewaktu/random >200 mg/dl, gula darah puasa > 140 mg, gula darah 2 jam PP > 200 mg/dl). Aseton plasma hasil (+) mencolok,. Aseton lemak bebas, peningkatan lipid dan kolestrol, osmolaritas serum (>330 osm/l), urinalisis, proteinuria, ketonuria, glukosuria (Wijaya, 2013). Berdasarkan kasus yang didapatkan pada Ny. E tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, dimana pada kasus Ny. E dilakukan pemeriksaan Glukosa darah sewaktu dan Glukosa

Darah 2 jam PP, dengan hasil glukosa darah sewaktu 241mg/dl dan glukosa darah 2Jam PP382mg/dl. mengalami peningkatan, Pemeriksaan ini dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018.

3.3.2 Diagnosa pada pasien Diabetes

Berdasarkan teori Nanda (2015), diagnosa keperawatan utama yang biasa terjadi meliputi : 1). Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan keseimbangan insuline,makanan serta aktivitas jasmani, 2). Resiko syok berhubungan dengan ketidakmampuan elektrolit kedalam sel tubuh,hipovolemia. 3).Kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan(luka ganggren). 4). Resiko Infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit(DM). 5). Ketidakefektif perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke perifer, proses penyakit.

Hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti kepada Ny.Epada tanggal 25 Juni 2018 di ruangan Cempaka RSUD. Prof .Dr. W.Z. Johannes Kupang terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, dimana untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, tidak terdapat dalam diagnosa Nanda, tetapi ditemukan dalam kasus saat melakukan pengkajian.maka peneliti mengangkat diagnosa tersebut sesuai dengan data yang di dapat pada pasien. Ketiga masalah yang tidak diangkat yaitudiagnosa resiko syok berhubungan dengan ketidakmampuan elektrolit kedalam sel tubuh ,hipovolemia tidak diangkat karna batasan karakteristik pada diagnosa ini tidak sesuai dengan kasus yang ada dilapangan. Untuk diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan, proses penyakit (DM). Tidak diangkat karna pada pasien Ny. E sudah tidak mengalami resiko, melainkan infeksi nya sudah menjadi aktual. Dan untuk diagnosa Ketidakefektif perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah ke perifer, proses penyakit, tidak diangkat karna saat melakukan pengkajian pasien tidak menunjukkan adanya tanda-tanda

terjadinya parasthesia, kram otot, perubahan suhu dan nadi perifer tidak teraba.

Menurut Potter & Perry(2001) dalam penelitian pada tahun 2005 diagnosa keperawatan yang muncul harus berdasarkan keluhan klien, dan ditambahkan dalam penelitian bila pasien dalam proses penyembuhan cenderung masalah yang akan timbul tidak begitu kompleks seperti yang diharapkan.

3.3.3 Intervensi pada pasien diabetes tipe II

Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa yang ditegakkan pada kasus Ny.E ditemukan kesenjangan – kesenjangan antara teori dan kasus nyata sebagai berikut : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka gangren) dengan intervensi ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi napas dalam dan distraksi) pada kenyataan jarang diajarkan kepada pasien oleh petugas kesehatan, hal ini dilihat saat melakukan pengkajian pada pasien, peneliti bertanya apakah Ny.E mengetahui cara mengatasi nyeri secara mandiri misalnya dengan menarik napas dalam atau melakukan pijatan ringan, pasien mengatakan iatidak pernah mendapatkan pengetahuan tentang hal tersebut.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti, perawat ruangan hanya menulis di lembaran status tanpa mengaplikasikan kepada pasien. Menurut teori kozier(2016)intervensi keperawatan dapat terdiri dari berbagai intervensi farmakologi dan non farmakologi teknik non farmakologi sangatlah penting untuk diajarkan kepada pasien dan keluarga untuk membantu perawatan nyeri di rumah. Untuk intervensi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan nekrosis jaringan(luka gangren), semua intervensi dilaksanakan, tapi lebih ditekankan untuk integritas adalah pengkajian keadaan luka secara berkala, Pertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka, pemeriksaan kadar gula darah albumin, hemoglobin, hematokrit dan kalaborasi pemberian insulin dan antibiotik.

Untuk Intervensi ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Faktor biologis (penyakit Diabetes melitus) dengan intervensi ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan tidak direncanakan karena sesuai dengan lingkungan pasien yang sudah bersih dan rapi.

Pada perencanaan ini peneliti hanya bisa merencanakan tindakan keperawatan sesuai dengan teori yang ada, selanjutnya perencanaan tersebut disesuaikan dengan kondisi yang ada.

3.3.4 Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada Ny.E semua tindakan dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan. Implementasi dilakukan setelah intervensi dirancang dengan baik. Implementasi Keperawatan dilakukan mulai tanggal 25- 28 Juni 2018. Untuk diagnosa pertama tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek, dimana semua intervensi yang telah dapat dilaksanakan oleh peneliti. Menurut teori Kozier (2016) Penatalaksanaan nyeri meliputi dua tipe dasar intervensi keperawatan yaitu farmakologi dan Non farmakologi. Penatalaksanaan keperawatan nyeri terdiri atas tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi, secara umum tindakan noninvasif dapat dilakukan sebagai sebuah fungsi keperawatan mandiri, sementara pemberian obat analgetik memerlukan instruksi dokter. Berdasarkan teori tersebut tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek karena tindakan ini dilakukan sejalan dengan teori.

Untuk implementasi diagnosa kedua kerusakan integritas kulit terdapat kesenjangan antara teori dan praktek. Dimana untuk implementasi mempertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka jarang dilakukan diruangan. Hal ini dikarenakan sesuai dengan keterbatasan peralatan yang tersedia diruangan misalnya penggunaan handscoon steril dan kasa steril, kadang di ruangan menggunakan kasa bersih yang belum di sterilkan.

Untuk implementasi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor kimiawi tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek. Menurut peneliti implementasi yang telah dilakukan pada Ny. E sesuai dengan Intervensi yang telah dibuat.

3.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung (Nursalam, 2012). Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. E sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objective yang telah ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa keperawatan nyeri belum teratasi, Ny. E mengatakan masih terasa nyeri pada bagian luka dengan skala nyeri 3. Pada diagnosa kerusakan integritas kulit belum teratasi. Luka Ny. E semakin membesar dan tampak menghitam. Untuk diagnosa ketiga masalah belum teratasi, Ny. E mengatakan nafsu makannya masih berkurang dan hanya bisa menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya.

3.4 Keterbatasan Penelitian

1. Persiapan

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan proposal studi kasus membutuhkan waktu dan persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik. Selain keterbatasan waktu penulis juga mengalami kesulitan dalam mencari sumber buku yang ingin digunakan.

2. Hasil

Dari hasil yang diperoleh, penulis menyadari bahwa proposal ini jauh dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang sangat singkat sehingga hasil yang diperoleh pun kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan pembenahan dalam penulisan hasil.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

A. Tahap Pengkajian

Dari study kasus yang ditemukan pada Ny. E dapat disimpulkan bahwa teori tidak selamanya sesuai dengan kasus nyata dilapangan. Hal ini dapat dibuktikan dengan kasus nyata yang telah terjadi pada Ny.E, dimana pengkajian riwayat penyakit dahulu dan riwayat keluarga tidak sesuai dengan teori.

B. Penentuan diagnosa

Hasil pengumpulan yang dilakukan oleh peneliti kepada Ny.E pada tanggal 25 Juni 2018 di ruangan cempaka RSUD Prof .Dr. w.z. Johannes Kupang di temukan 2 diagnosa pada kasus diabetes melitus yaitu 1. Kerusakan integritas kulit b.d nekrosis jaringan (luka ganggren).3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan keseimbangan insuline,makanan serta aktivitas jasmani . Hal ini disebabkan karna batasan karakteristik dari ke-3 masalah yang tidak diangkat tidak sesuai dengan kasus yang ada di RS. Maka antara teori dan praktek terdapat kesenjangan.

C. Intervensi

Dari hasil perencanaan tindakan yang akan di lakukan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kenyataan tapi berdasarkan hasil penelitian dan observasi untuk ruangan bahwa untuk rencana tindakan ajarkan teknik relaksasi mengatasi nyeri dengan napas dalam perawat ruangan hanya merencanakan dan menulisnya dalam status dan lembar observasi tanpa melakukan tindakan tersebut. Itu terlihat pada saat wawancara dengan klien “saya tidak pernah di ajarkan oleh perawat ruangan untuk mengatasi nyeri dengan teknik relaksasi”

D. Implementasi

Dari hasil yang di peroleh dari implementasi yang dilakukan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek karena tindakan ini dilakukan sesuai prosedur dan pada perawatan

E. Evaluasi

Dari tindakakan evaluasi yang di lakukan tidak di temukan kesenjangan antara teori dan praktik nyata. Karena evaluasi merupakan langkah terakhir dari asuhan keperawatan dengan cara mengidentifikasi sejauh mana tujuan rencana keperawatan tercapai atau tidak. pada tahap evaluasi tahap yang di lakukan adalah mengevaluasi selama proses berlangsung.

Pada kasus Ny. E evaluasi dilakukan tiap kali melakukan implementasi kemudian setelah dilakukan 4 hari perawatan hasil yang ditemukian adalah teradapat 3 masalah belum teratasi semua.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Perawat Ruangan

Bagi perawat ruangan sebaiknya dalam melakukan tindakan dalam mengatasi nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi napas dalam harus di aplikasikan pada klien karena sesuai obserfasi di temukan perawat ruangan hanya mencatat tindakan pada status dan tidak mengaplikasikan pada kasus nyata.

4.2.2 Bagi Pasien dan Keluarga

1. Disarankan untuk menjalani pengobatan dengan teratur baik yang bersifat terapi maupun nonterapi sehingga mempercepat proses penyembuhan.
2. Keluarga mampu mengaplikasikan cara perawatan luka secara baik sesuai yang telah diajarkan agar klien dapat sembuh dan terbebas dari infeksi dan nyeri.
3. Pasien dan keluarga mampu mengaplikasikan perencanaan diit, makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan serta perawatan kaki yang sesuai dengan teori yang diterapkan.

DAFTAR PUSTAKA

Nurarif Huda Amin, Kusuma Hardhi. 2015. *Nanda NicNoc*. Medi Action: Jogjakarta

WijayaSaferidkk. 2013. *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah*. 2. Yogyakarta : Nusa Medika

Bustan .2007. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta : Rineka Cipta

Rendy, Clevo. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta : Nusa Medika.

Padila, 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* . Yogyakarta : Nusa Medika

Brunner & Suddarth.2015. *Keperawatan Medikal bedah*. Jakarta : EGC.

Nurarif.& Kusuma, 2015, *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medisdan Nanda Nic-Noc.Edisi Revisi Jilid 3*, Jogjakarata :MediactionJogja

Lampiran 7



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Melania wele
NIM : Po. 530320115034

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien :Ny. E.S.T
Ruang/Kamar :Cempaka
Diagnosa Medis :DM tipe II dan diabetik foot grade 5
No. Medical Record :493342
Tanggal Pengkajian :25 juni 2018 Jam : 11.20
Masuk Rumah Sakit :19 juni 2018 Jam : 22.20

Identitas Pasien

Nama Pasien :Ny. E.S.T Jenis Kelamin :Perempuan
Umur/Tanggal Lahir :11/05/1984/34 thn Status :Menikah
Perkawinan
Agama :kristen Suku Bangsa : Indonesia
Pendidikan Terakhir :SMP Pekerjaan :IRT
Alamat :Takari

Identitas Penanggung

Nama :Tn. H.S Pekerjaan : Petani
Jenis Kelamin : Laki Laki Hubungan :Suami
dengan klien
Alamat :Tatkari

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : pasien mengeluh terasa nyeri pada kaki kanan yang mengalami luka, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk- tusuk, dan bersifat menetap dengan skala nyeri 4, nyeri biasanya terjadi secara tiba- tiba dan ketika pasien bergerak,biasanya nyeri berlangsung kurang lebih 3-5 mnt dan akan menghilang.

- Kapan : terjadinya luka sejak tanggal 1 mei 2018
- Lokasi : tungkai kaki kanan

2. Riwayat Keluhan Utama.

- Mulai timbulnya keluhan : keluhan timbul berawal dari kaki pasien tertusuk duri dan menimbulkan benjolan kecil berupa mata ikan. benjolan tersebut di bedah di puskesmas dan dirawat d rumah. lama kelamaan luka semakin mebesar dan menghitam, kemudian

pasien masuk rumah sakit Leona dan menolak untuk di amputasi. pasien selama satu minggu dirawat di rumah dan karna luka yang dialami semakin membesar maka keluarga membawa pasien ke rumah sakit RSUD.W.Z.Johanes pada hari selasa, 19 juni 2018.

- Sifat keluhan : Tidak Menetap
- Lokasi : seluruh permukaan Kaki Kanan
- Keluhan lain yang menyertai : Pusing, Lemas, Susah Tidur
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : ketika pasien melakukan pergerakan
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Keluhan akan semakin bertambah jika pasien menggerakkan kaki yang memiliki luka dan akan berkurang jika pasien sedang beristirahat
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan
Saat terjadi serangan nyeri, biasanya pasien memijat daerah yang sakit

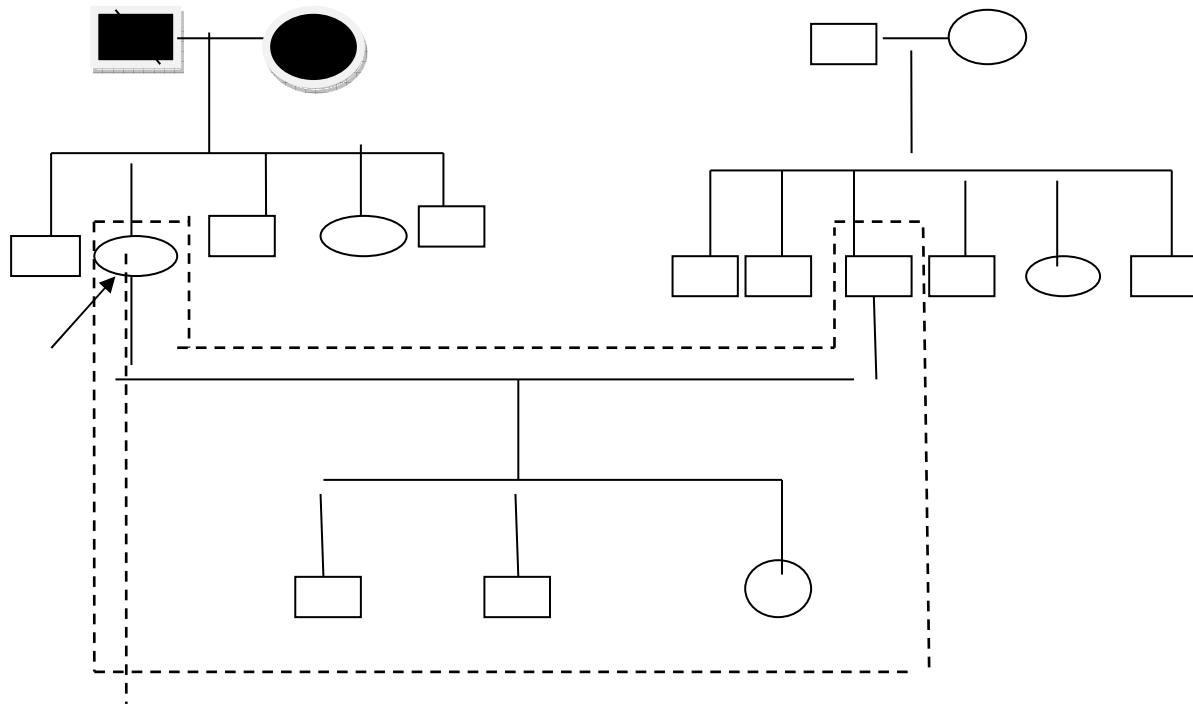
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya , Sebutkan,
Cara Mengatasi :
 - √**Tidak ada**
- Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis, Waktu,
Cara Mengatasi :
 - √**Tidak ada**
- Riwayat Operasi
 - Ya , Jenis, Waktu
 - √**Tidak ada**

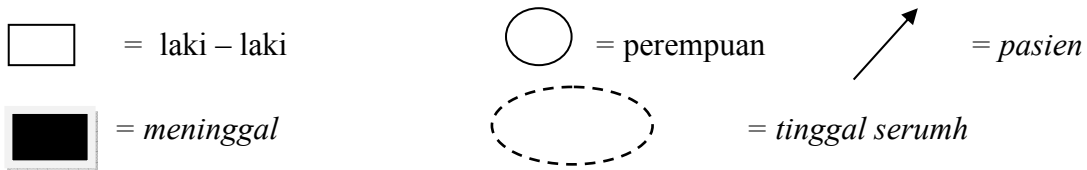
4. Kebiasaan

- Merokok
 - Ya ,Jumlah:, waktu
 - √**Tidak**
- Minum alkohol
 - √**Ya** , Jumlah: 1/2 – 1 gelas, waktu tidak tentu (saat ada acara)
 - Tidak
- Minum kopi :
 - √**Ya** , Jumlah: ...2 gelas...., waktu pagi dan sore hari
 - Tidak
- Minum obat-obatan
 - Ya , Jenis,. Jumlah:, waktu
 - √**Tidak**

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :
Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



keterangan



Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 100/90
- Nadi : 84x/mnt
- Pernapasan : 22x/mnt
- Suhu badan : 36 celsius

2. Kepala dan leher

- Kepala : Simetris
- Sakit kepala : tidak - **Pusing : ya, pasien sering mengeluh pusing**
 ya tidak
- Bentuk, ukuran dan posisi: **simetris, ukuran normal**
 normal abnormal, jelaskan :
- Lesi : ada, Jelaskan : **tidak ada**
- Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**

- Observasi Wajah : **simetris** asimetri, Jelaskan
- Penglihatan : **baik**
- Konjungtiva: **anemis**
- Sklera: **ikterik**
- Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Nyeri : **tidak**
- Peradangan : **tidak**
- Operasi : **tidak pernah**
 - Jenis : **tidak ada**
 - Waktu **tidak ada**
 - Tempat **tidak ada**
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Nyeri : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Peradangan : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Hidung
 - Alergi Rhinnitus : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Sinusitis : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Epistaksis : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : baik
 - Caries : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : **tidak**

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : **E4 V5 M6**
 - Bentuk dada : abnormal , Jelaskan : **normal**
 - Bibir : sianosis **normal**
 - Kuku : sianosis **normal**
 - Capillary Refill : **Abnormal <3 detik** normal
 - Tangan : Edema **normal**
 - Kaki : Edema **normal**

- Sendi : Edema **normal**
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- Vena jugularis : Teraba **tidak teraba**
- Perkusi : pembesaran jantung : **tidak ada**
- Auskultasi : BJ I : Abnormal **normal**
BJ II : Abnormal **normal**

Murmur : **tidak ada**

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : **pasien mengatakan kadan – kadang sering sesak nafas**
 - Inspeksi :
 - Jejas : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : **Normal**
 - Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) **tidak**
 - Irama Napas : **teratur** tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan : Ya **tidak**
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan **tidak**
 - Perkusi : Cairan : Ya **tidak**
 - Udara : Ya **tidak**
 - Massa : Ya **tidak**
 - Auskultasi :
 - Inspirasi : **Normal** Abnormal
 - Ekspirasi : **Normal** Abnormal
 - Ronchi : Ya **tidak**
 - Wheezing : Ya **tidak**
 - Krepitasi : Ya **tidak**
 - Rales : Ya **tidak**
- Clubbing Finger : **Normal** Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : pasien mengatakan selama sakit nafsu makan pasien berkurang dan hanya mampu menghabiskan makanannya ½ porsi.
- b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : **Abnormal**, Jelaskan : jelek Normal
 - Keadaan bibir : lembab kering
 - Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : **merah muda...**
 - Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**
 - Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan **tidak**
 - Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan **normal**
 - Keadaan abdomen
Warna kulit : **Sawo Matang**
 - Luka : Ya, Jelaskan **tidak**
 - Pembesaran : Abnormal, Jelaskan **normal**

- Keadaan rektal

- Luka : Ya, Jelaskan **tidak**
Perdarahan : Ya, Jelaskan **tidak**
Hemmoroid : Ya, Jelaskan **tidak**
Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan..... **tidak**

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : **3x/mnt**

- d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan **normal**
Udara : Abnormal, Jelaskan **normal**
Massa : Abnormal, Jelaskan **normal**

e. Palpasi:

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan

normal

Nyeri : **Abnormal**, Jelaskan terasa sakit pada daerah abdomen saat ditekan

Massa : **Abnormal**, Jelaskan terasa keras dan adanya masa pada abdomen bawah

Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : **Pasien Mengeluh Lemas dan mati rasa pada jari jari kaki yang mengalami nekrotik**
- b. Tingkat kesadaran:compomentis ...GCS (E/M/V) **E5V4M6**
- c. Pupil : **Isokor** anisokor
- d. Kejang : Abnormal, Jelaskan **normal**
- e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan **tidak**
- f. Parasthesia : **Ya, Jelaskan pasien mengatakan sering terasa kesemutan pada area kaki yang luka** tidak
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan normal
- h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan **normal**
6. Reflexes : **Abnormal**, Jelaskan **pasien mengatakan mati rasa pada daerah tungkai kaki kanan yang mengalami luka**
7. Sistem Musculoskeletal
- a. Keluhan : **pasien mengatakan sering terasa kram otot pada kedua kaki**
- b. Kelainan Ekstremitas : **ada, Jelaskan pasien menhgeluh terasa nyeri pada kaki kanan yang mengalamai luka, kadang pasien merasakan kesemutan dan kram otok pada kedua ekstermitas bawah.**
- c. Nyeri otot : ada **tidak ada**
- d. Nyeri Sendi : ada **tidak ada**
- e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan **normal**
- f. kekuatan otot :

g. Atropi hiperthropi normal

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 1 & 5 \end{array}$$

8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ada, Jelaskan..... **tidak ada**
- b. Lesi : ada, Jelaskan..... **tidak ada**
- c. Turgor : jelek Warna : **pucat**
- d. Kelembaban : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Petechie : ada, Jelaskan..... Tidak ada
- f. Lain lain:.....

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria **poliuri**
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya **tidak**
- c. Kandung kencing : membesar ya **tidak**
nyeri tekan ya **tidak**
- d. Produksi urine :
- e. Intake cairan : oral : 2400. cc/hr parenteral : 500 cc
- f. Bentuk alat kelamin : **Normal** Tidak normal,
sebutkan.....
- g. Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia
Lain-lain :

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : **pasien mengeluh sering haus, mudah lelah dan sering mengantuk dan penurunan BB**
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan..... **tidak ada**
- c. Lain – lain :

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : **tidak ada keluhan**
- b. Wanita : Siklus menstruasi : **baik.**
- Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan **normal**
 - Riwayat Persalinan:
 - Abortus:
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan **normal**
 - Lain-lain:.....

c. Pria : Pembesaran prostat : ada **tidak ada**

d. Lain-lain:.....

e. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : **pasien mengatakn sebelumnya nafsu makan pasien meningkat, dalam sehari pasien biasa makan 4-5x.**
- Frekuensi makan : **4 - 5 kali**
- Nafsu makan : **meningkat**
- Makanan pantangan : **tidak ada**
- Makanan yang disukai : **Roti**
- Banyaknya minuman dalam sehari : **3-4 gelas**
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : **tidak ada**
- BB : kg **TB : 154 cm**
- Kenaikan/**Penurunan** BB: kg, dalam waktu: 1 bulan
- **Pengukuran lila 19 cm**

2. Perubahan selama sakit : selama sakit pasien makan 3x dalam sehari, jenis makanna berupa bubur dan buah- buahan, dan biasanya pasien hanya menghabiskan ½ porsi makanannya. Nafsu makan menurun.

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : ...3-4x... Warna : ...kuning.....

Bau : amoniak Jumlah/ hari :

b. Perubahan selama sakit :

selama sakit pasien BAK 5- 6 x... dalam sehari : pasien memakai pampers

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : 1-2x dalam sehari..... Frekuensi dalam sehari :

Warna : khas..... Bau :khas.....

Konsistensi :lunakn

b. Perubahan selama sakit : selama sakit pasiern hanya BAB 1 kali .

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : bola volly
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : ...setiap hari minggu sore

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam :jam 01.00
Bangun jam : ...jam 04,00
- Tidur siang jam : 10.00
Bangun jam : 12.00
- Apakah mudah terbangun : ya, pasien mudah terbangun.....

- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : lingkungan yang aman dan jauh dari keributan

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : suami
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : ramai dan berada di pinggir jalan
 Status rumah : milik pribadi
 Cukup / tidak : ya, sangat cukup...
 Bising / tidak: ya,
 Banjir / tidak : tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : pasien biasanya memendam sendiri dan jarang untuk dibicarakan
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : berdiskusi bersama
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : sangat baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya, pasien mengatakan setiap hari minggu ia selalu ke gereja...
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : ya, mengikuti kegiatan ibadat rumah tangga dan persekutuan doa

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien mengatakan sebelumnya ia belum mengetahui tentang penyakit diabetes melitus yang sedang dideritanya. Klien dan keluarga baru menegetahuinya saat klien dibawah kerumah sakit. Klien hanya mengetahui kalau klien tersebut dirawat dirumah sakit karna luika di kakinya. Pasien juga mengatakan takut dan cemas terhadap penyakitnya karna tidak bisa disembuhkan
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : pasien mengatakan ia pasrah dan serahkan seluruh penyakitnya kepada sang pencipta.
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya sangat baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan			
			Tanggal			
			19/06/18	20/06/18	23/06/18	
	Hb	12.0-16.0	9.2		9.2	
	Jlh eritrosit	4.20 – 5.40	3.66 l		3.66	
	Hematrokit	37.0 -47 0	29.0		29.0	
	MCV	81.0-96.0	79.2		79.2	
	Jlh leukosit	4.0 -10.0	12.24		-	
	Eosinofil	1.0 – 5.0	0.6		-	
	Neutrofil	76.2	0-1		73.9	

	Limfosit	20- 40	14.5		16.9	
	Monosit	2-8	8-4		0.77	
	Jlh trombosit	150-400	439		429	
	PDW	9.0 – 17.0	72		7.0	
	MPV	9.0-17.0	8.1		8.0	
	P-LCR	13.0-43.0	10 ⁵		9.2	
	PCT	0.17 – 0.35	0.36		-	
	PT	10.8 – 14.4	12.6			
	Kimia darah					
	Albumin	3.5 – 5.2	2.1		2.8	
	Glukosa sewaktu	70- 150	437			
	Kreatinin darah	0.6 – 1.1	0.55			
	Elektrolit					
	Natrium darah	132 - 147	124			
	Kalium darah	3.5 – 4.5	3.0			
	Klorida darah	96- 111	86			
	Calcium	1.120 – 1.320	0.930			
	Glukosa Darah					
	Glukosa darah puasa	74 - 109		241		
	Glukosa darah 2 jam PP	75 - 140		382		

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

a. Foto gigi dan mulut :

.....
.....

b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :

.....
.....

c. Cholescystogram :

2. Foto colon :

3. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

.....
.....

Biopsy :

.....
.....

Colonoscopy :

.....
.....

Dll :

.....
.....

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan

.....

1. Analisa data

Data –data	Etiologi	Masalah
<p>Ds : pasien mengeluh terasa nyeri pada kaki kanan yang mengalami luka, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. nyeri yang dirasakan bersifat menetap dengan skala nyeri 4, nyeri biasanya terjadi secara tiba-tiba dan ketika pasien bergerak, biasanya nyeri berlangsung kurang lebih 3-5 mnt.</p> <p>Do: pasien tampak meringis kesakitan saat luka dibersihkan, tampak luka ulkus diabetik pada kaki kanan, luka tertutup perban, skala nyeri 4, pasien tampak pucat, ulkus grade 5</p> <p>Ttv : TD : 100/90, N: 100x/mnt, RR: 24x/mnt. S: 37,5</p>	Cedera fisik (luka gangreen)	Nyeri akut
<p>Ds : pasien mengatakan terdapat luka pada tungkai kaki kanan pasien, luka semakin membesar dan menghitam dan pasien mengeluh sakit dengan skala nyeri 4.</p> <p>Do ; pasien tampak pucat, lemah pasien tampak menahan sakit saat luka dibersihkan , tampak luka pada tungkai kaki kanan, luka ulkus diabetik grade 5 dengan diameter ± 5 cm, luka tampak dibalut kasa bernanah dan berbau busuk.</p> <p>Hasil lab : glukosa sewaktu 437 H mg/dl</p> <p>Ttv : tTD : 100/90, N : 100x/mnt, S: 37,5, RR : 24x/mnt</p>	Adanya nekrosis jaringan (luka ganggren)	Kerusakan integritas kulit
<p>Ds : pasien mengatakan BB menurun dan nafsu makanya berkurang.</p> <p>Do : pasien tampak pucat, turgor kulit jelek, lemas , tampak kurus, kondisi kulit kering dan bersisik, HB 9,2. kadar albumin 2,8 L. Hasil pengukuran lila 19 cm, dengan status gizi kurang, hasil GDS 437 H mg/dl, kalium darah 3.0 mmmol/l. Tampak terpasang transfusi darah hari kedua.</p>	Faktor biologis (proses penyakit DM)	Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh

1. Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut b. d. Agen cedera fisik (luka pada kaki)

- 2) Kerusakan integritas kulit b.d jaringan nekrotik (adanya Luka)
- 3) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh Faktor biologis (proses penyakit DM)

2. Intervensi keperawatan

Dx keperawatan	NIC	NOC
Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien mengontrol nyeri dan mengidentifikasi tingkat nyeri, dengan indikator ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenal kapan nyeri terjadi - Menggunakan teknik non farmakologi - Melaporkan nyerinya yang terkontrol - Penampilan rileks - Klien mengatakan nyeri berkurang - Skala nyeri 0-2 	<ol style="list-style-type: none"> 1. lakukan pengkajian nyeri komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, lama, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Observasi ketidaknyamanan khususnya tidak mampu berkomunikasi efektif 3. Sediakan informasi tentang nyeri, penyebab nyeri, lama dan antisipasi ketidaknyamanan prosedur obat 4. Ajarkan teknik nonfarmakologi (relaksasi, distraksi, terapi aktifitas sebelum dan setelah terjadi, dan selama nyeri berlangsung) 5. Anjurkan istirahat yang adekuat 6. Kolaborasi pemberian obat analgesik
Kerusakan integritas kulit b.d faktor kimiawi (adanya Luka)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan pasien mengontrol nyeri dan kondisi luka pasien semakin membaik dengan indikator ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensasi dan elastisitas tidak terganggu - Status hidrasi membaik - Wajah tampak segar dan rileks - Tidak terjadi nekrosis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kulit pasien setiap 8 jam : palpasi pada daerah yang tertekan. 2. Pertahankan kebersihan dan kekeringan pasien. 3. Berikan balutan yang sesuai dengan jenis luka. 4. Pertahankan teknik perawatan luka yang steril ketika melakukan perawatan luka. 5. Posisikan untuk menghindari mendapat ketegangan pada luka. 6. Mengajarkan pasien dan keluarga tentang cara perawatan luka yang benar

	- Suhu tubuh norma	
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 diharapkan pasien mampu meningkatkan status nutrisi dengan baik. dengan indikator ; <ul style="list-style-type: none"> - status gizi skala 5, - - asupan makanan skala 5, - asupan cairan skala 5, - resiko BB skala 5, - energi skala 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi, 2. Identifikasi alergi atau intoleransi terhadap makanan, 3. tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. 4. Atur diet yang diperlukan yaitu menyediakan makanan protein tinggi, menyediakan pengganti gula, menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garam dan menambah atau mengurangi kalori, 5. monitor kalori dan asupan makanan, monitor kecenderungan terjadi kenaikan dan penurunan BB.

Implementasi dan Evaluasi keperawatan

Hari/tanggal	No	Jam	Implementasi	Evaluasi
Senin /25/ 2018	1	9.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Pengkajian Nyeri Secara Komperhensif Hasil : P : nyeri disebabkan karna luka ulkus pada kaki. Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk. R : nyeri menetap dan tidak menyebar. S: skala nyeri 4. T : nyeri muncul secara tiba-tiba, dalam jangka waktu 3-5 menit. 2. Mengobservasi ketidaknyaman khususnya ketidakmampuan 	<p>S : pasien mengatakan masih terasa nyeri pada daerah luka dengan skala nyeri berat dapat terkontrol</p> <p>O ; pasien tampak pucat, tampak lemas,tampak kondisi luka dalam keadaan tertutup</p>

		<p>berkomunikasi secara verbal. (hasil : pasien tampak cemas,tampak menahan rasa sakit dan memegang area yang sakit.)</p> <p>3. Mengajarkan pasien teknik relaksasi (nafas dalam) Hasil : pasien tampak mengikuti instruksi dengan baik dan dapat melakukannya.</p> <p>4. Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat</p> <p>5. Kalaborasi pemberian obat analgetik (paracet 1 tab) Hasil : nyeri pada kaki semakin berkurang</p>	<p>perban, tampak menahan rasa sakit dan tampak selalu memegang daerah yang sakit, skala nyeri 4. TTV : TD : 120/70. N: 100x/mnt S: 36,5, RR : 22x/mnt. A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan (1, 2,3,4)</p>
	2	<p>1. Melakukan kontrol nyeri yang sesuai yaitu teknik relaksasi dan terapi imageri Hasil : pasien mengatakan teknik napas dalam dapat membantu mengurangi nyeri yang dirasakan.</p> <p>2. Mengkaji karakteristik dan lokasi ulkus Hasil : lokasi ulkus pada tungkai kaki kanan ,ulkus tampak bernanah dan berdarah, tampak jari-jari kaki mengalami nekrotik, tampak luka semakin membesar dan membau.</p> <p>3. Membersihkan luka pasien Hasil : luka tampak semakin parah, terdapat pus dan berbau busuk</p> <p>4. Mencatat adanya tanda-tanda infeksi Hasil : luka tampak berwarna hitam, tampak nekrotik pada jari-jari, tampak adanya pus, dan luka berwarna kemerahan.</p>	<p>S : pasien mengatakan terasa sakit pada daerah luka dengan skala 4</p> <p>O : pasien tampak meringis kesakitan, wajah pucat, luka tampak bernanah dan berdarah, luka tampak nekrotik pada jari-jari kaki, luka tampak semakin membesar dan berbau</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi No 2,3,4,</p>
	3	<p>1. menentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi. Hasil: pasien mengatakan jika dirinya hanya makan- makan yang dianjurkan oleh dokter.</p>	<p>S; Pasien Mengatkan nafsu makannya menurun dan hanya dapat menghabiskan</p>

			<p>Berdasarkan hasil pengukuran lila didapatkan lila 19 cm dengan status gizi : underweight (66,7%). jam 10.01</p> <p>2. mengidentifikasi alergi atau intoleransi terhadap makanan,. Hasil : pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan ataupun minuman.</p> <p>3. menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. Hasil jumlah kalori yang diberikan adalah 1900 kkal, sesuai dengan Diit pada penderita DM.</p>	<p>makanan 1/2 porsi saja</p> <p>O ;pasien tampak berbaring lemas, pucat, tampak menahan sakit,tampak menghabiskan makanan 1/2 porsi saja .TTV : TD ; 120/70, N ; 100x/mnt, S: 36 c, RR: 22x/mnt, HB 9,2 mg/dl.</p> <p>A: Masalah Belum Teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan ,2, 3, 4, 5, 6</p>
--	--	--	--	---

Catatan Perkembangan

Hari pertama

Hari /tanggal	No. Diagnosa	Jam	Catatan Perkembangan
Selasa 26/06/18	3.	09.00	<p>S : pasien mengatakan masih terasa sakit pada daerah luka dengan skala nyeri 3</p> <p>O ; pasien tampak pucat, tampak berbaring,tampak menahan rasa sakit, ekspresi wajah tegang, luka tampak dibalut kasa dan tampak pus dan darah pada ksa balutan(balutan tampak kotor) dan berbau busuk.</p> <p>A: kerusakan integritas jaringan b. d. Faktor kimiawi (adanya luka).</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kaji karakteristik ulkus secara komperhensive. - Ajarkan teknik mengontrol nyeri yang sesuai - Lakukan perawatan luka pada pasien - Catat tanda dan gejala adanya infeksi - Kaji TTV pasien - Kalaborasi pemeberian obat <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengkaji karakteristik ulkus secara komperhensive.
		09.00	<p>Hasil ; luka tampak bernanah, berbau busuk, tampak bagian jari-jari mengalami nekrosis, dan tampak semakin membesar,</p>
		09.01	<ul style="list-style-type: none"> - mengajarkan teknik mengontrol nyeri yang sesuai yaitu teknik relaksai nafas dalam dan masase area yang sakit. <p>hasil : pasien dapat mengikuti arahan dan melakukan teknik tarik napas dan masase untuk mengurangi rasa sakit</p>
		09.20	<ul style="list-style-type: none"> - melakukan perawatan luka pada pasien <p>hasil : luka tampak bernanah, berbau terdapat jaringan nekrotik,terpasang culticel klasik</p>
		09.40	<ul style="list-style-type: none"> - mencatat tanda dan gejala adanya infeksi <p>hasil : terjadi infeksi pada kaki pasien. Tampak ada kemerahan,bernanah,berdarah dan mati rasa pada jari-jari kaki, luka tampak menghitam.</p>
		11.00	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji TTV pasien <p>Hasil : TD ; 110/80, N : 76x/mnt, S: 36c RR : 20x/mnt</p>
		11.30	<ul style="list-style-type: none"> - Kalaborasi pemeberian obat (<p>Injeksi ceftriakson 2x1 jam 12.00 , paracet 1 tab/mg jam 12.00, metronidazole infus jam</p>

		14.00	<p>12.00. levemik 10 UI malam hari, hovaramid 12 UI 3x1 sc. Sebelum makan</p> <p>Hasil : nyeri berkurang, pasien dapat beristirahat dengan tenang.</p> <p>E ;</p> <p>kes.umum : Cm, luka tampak nekroti, terdapat banyak pus dan darah, luka tampak dibersihkan setiap pagi.</p>
Selasa 26/6/18	3	10.00	<p>S : pasien mengatakan ia merasa BB menurun dan hanaya bisa menghabiskan makanannya ½ porsi saja.</p> <p>O : pasien tampak lemah, tampak terbaring ditempat tidur, tampak makanannya tiidak dihabiskan,tampak pucat, Hasil lab Hb: 9,2, kadar gula darah puasa 241 H Mg/dl, glukosa darah 2 jam PP 382 H mg/dl</p> <p>A : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi keadaan pasien. - mengatur diit yang diperlukan yaitu (menyediakan makanan protein tinggi, menyediakan pengganti gula , menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garam dan menambah atau mengurangi kalori, - monitor kalori dan asupan makanan,monitor kecendrungan terjadi kenaikan dan penurunan BB) <p>i :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi keadaan pasien. Hasil : pasien tampak berbaring lemah di tempat tidur dan tampak pucat . - mengatur diit yang diperlukan yaitu (menyediakan makanan protein tinggi, menyediakan pengganti gula , menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garam dan menambah atau mengurangi kalori, - monitor kalori dan asupan makanan,monitor kecendrungan terjadi kenaikan dan penurunan BB) hasil : pasien mengatakan semenjak di diagnosa diabetes pasien mengkonsumsi tropikanaslim jika dirinya ingin minum susu. <p>E : masalah belum tatasi</p> <p>keadaan umum : pasien tampak pucat dan terbaring lemah ditempat tidur, tampak seluruh aktivitas di bantu keluarga.</p>
		10.01	
		10.02	
		10.04	
		14.00	

--	--	--	--

Hari ke-2

Hari /tgl	No. Diagnosa	Jam	Catatan perkembangan
Rabu/ 27/18	1	07.00	<p>S : pasien mengatakan masih terasa nyeri pada kaki, nyeri yang dirasakan masih tetap sama seperti biasanya. Dengan skala nyeri 4</p> <p>O : pasien tampak segar, tampak lebih rileks dan pasien tampak dalam posisi duduk, luka pada kaki masih tampak dibalut kasa dan luka tampak kotor dan berbau.</p> <p>A ; nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi keadaan umum pasien - kaji skala nyeri secara komperhensif (PQRST) - Ajarkan teknik nonfarmakologi (napas dalam dan masase area yg sakit) - Atur posisi yang nyaman - Kaji TTV pasien - Berikan obat analgetik
		08.10	<p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi keadaan umum pasien <p>Hasil : pasien mengatakan tadi pagi sekitar jam 05.00 pasien mengalami keringat dingin, suhu tubuh 37,8 c</p>
		08.12	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji skala nyeri secara komperhensif (PQRST) <p>Hasil : pasien mengeluh nyeri pada tungkai kaki kanan, dengan skala nyeri 3 dan nyeri yang dirasakan terstusuk tusuk, nyeri biasanya muncul secara tiba- tiba dalam jangka waktu 3 mnt.</p>
		08.00	<ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik nonfarmakologi (napas dalam dan masase area yg sakit) <p>Hasil : pasien mengatakan biasanya jika kakinya sakit, pasien selalu masase dengan menggunakan minyak</p>
		08.30	<ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi yang nyaman <p>Hasil : posisi yang nyaman bagi pasien yaitu dengan posisi terlentang dan kaki yang luka dialas dengan menggunakan bantalan kecil.</p>
		11.00	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji TTV pasien <p>TTV : TD 120/70 N : 76x/mnt S : 36,7 c, RR: 16x/mnt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan obat analgetik <p>Hasil : pasien mendapatkan obat paracet 3x1 mg</p>
		14.00	E : masalah belum teratasi

			Ku ; kesadaran CM,tampak bersih dan tampak luka pada daerah kaki kanan bersih dan terbalut kasa, bau sudah berkurang.
28 Juni 2018	2	07.00	<p>S : pasien mengatakan masih terasa sakit pada daerah kaki yang luka ,</p> <p>O : luka tampak terbalut kasa, tampak kotor (bernanah), terdapat pus pada daerah telapak kaki, luka berwarna merah merah mudah, tampak nekrosis pada daerah kaki, tampak pus pada sela” jari, saat dibersihkan pasien tampak meringis kesakitan.</p> <p>A : kerusakan integritas jaringan b. d. Faktor kimiawi (adanya luka).</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kaji karakteristik ulkus secara komperhensive. - Ajarkan teknik mengontrol nyeri yang sesuai - Lakukan perawatan luka pada pasien - Catat tanda dan gejala adanya infeksi - Kaji TTv pasien - Kalaborasi pemeberian obat <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji karakteristik ulkus secara komperhensive.
		08.00	<p>Hasil ; luka tampak bernanah, berbau busuk, tampak bagian jari-jari mengalami nekrosis, dan tampak semakin membesar,</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengajarkan teknik mengontrol nyeri yang sesuai yaitu teknik relaksai nafas dalam dan masase area yang sakit.
		08.05	<p>hasil : pasien dapat mengikuti arahan dan melakukan teknik tarik napas dan masase untuk mengurangi rasa sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - melakukan perawatan luka pada pasien <p>hasil : luka pasien tampak bersih dan baunya sedikit berkurang</p>
		08.10	<ul style="list-style-type: none"> - mencatat tanda dan gejala adanya infeksi <p>hasil : terjadi infeksi pada kaki pasien. Tampak ada kemerahan,bernanah,berdarah dan mati rasa pada jari-jari kaki, luka tampak menghitam.</p>
		08.12	<ul style="list-style-type: none"> - Kaji TTv pasien <p>Hasil : TD ; 120/80, N : 76x/mnt, S: 36c RR : 20x/mnt</p>
		11.00	<ul style="list-style-type: none"> - Kalaborasi pemeberian obat (ceftriakson 2x1,paracet 500 mg, levemik 10 UI malam hari, hovaramid 12 UI 3x1 sc. <p>Hasil : nyeri berkurang, pasien dapat beristirahat dengan tenang</p>
		11.30	

28 Juni 2018	3.	07.30	S : pasien mengatakan nafsu makanya berkurang O : tampak pucat, tampak tidak menghabiskan porsi makanannya, turgor kulit jelek, pasien tampak kurus, kulit kering dan bersisik, A : ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh P : -
		07.40	- atur diit yang diperlukan yaitu menyediakan makanan protein tinggi, menyediakan pengganti gula , menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garam dan menambah atau mengurangi kalori,
		07.45	- monitor kalori dan asupan makanan, - monitor kecendrungan terjadi kenaikan dan penurunan - Berikan informasi mengenai prinsip diit DM.
		07.50	I : - Memonitor intake dan asupan nutrisi klien - mengatur diit yang diperlukan yaitu menyediakan makanan protein tinggi, menyediakan pengganti gula , menyarankan pilihan rempah-rempah pengganti garam dan menambah atau mengurangi kalori,
		14.00	- monitor kalori dan asupan makanan, - Memonitor kecendrungan terjadi kenaikan dan penurunan - Memberikan informasi mengenai prinsip diit DM. E. : masalah belum teratasi

Hari ke- Empat

Hari/ tgl	No dx	Jam	Catatan perkembangan
28 Juni 2018	1	7.00	S ; pasien mengatakan nyeri dikakinya sedikit berkurang dengan skala nyeri 3 O ; pasien tampak rileks dan ekspresi wajah tenang, tampak luka pada kaki dibalut kasa, tampak kotor dan berbau, dan pasien dalam kondisi duduk diatas tempat tidur. A : nyeri akut P : - Kaji karakteristik nyeri pasien PQRST - Atur posisi yang nyaman untuk klien - Monitor respon verbal dan non verbal dari klien - Ajarkan teknik relaksasi yaitu masase area yang sakit I :

		<p>07.20</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji karakteristik nyeri pasien PQRST Hasil : pasien mengatakan nyerinya masih terasa, nyeri seperti tertusuk- tusuk, tidak menyebar, skala nyeri 3 ,nyeri biasa muncul saat pasien bergerak dalam jangka waktu 3-5 mnt <p>07.25</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atur posisi yang nyaman untuk klien Hasil ; pasien mengatakan posisi yang nyaman baginya yaitu posisi terlentang dengan bagan kaki yang luka dialasi dengan menggunakan bantal kecil <p>10,00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor respon verbal dan non verbal dari klien Hasil ; ekspresi wajah tenang, pasien tampak rileks - Mengajarkan teknik relaksasi yaitu masase area yang sakit Hasil : pasien mengatakan teknik relaksasi masase area yang sakit dapat membantunya untuk mengurangi nyeri. <p>E : masalah belum tertasi k. u ; kesadar Cm, pasien tampak tenang, rileks, tampak luka pada kaki dibungkus kasa, luka tampak kotor, dan pasien hanya bisa melakun aktivitas diatas tempat tidur. Skla nyeri 3.</p>
		<p>S: pasien mengatakan luka pada kakinya belum juga kunjung sembuh dan rencana diamputasi. O ; pasiien tampak rileks, tenang, tampak luka dibalut kasa, kotor dan berbau. A. : kerusakan integritas kulit P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi keadaan umum pasien - Kaji luas dan keadaan luka serta proses penyembuhanya - Rawat luka dengan menggunakan prinsip steril - Atur posisi pasien senyaman mungkin - Kalaborasi pemberian obat insuline dan antibiotik - Cek hasil lab GDs pasien <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi keadaan umum pasien Hasil :kesadaran composments pasien tampak rileks ,segar, tampak tenang - Kaji luas dan keadalaman luka serta proses penyembuhanya Hasil : luka tampak dibalut kasa,tampak kotor dan berbau, luas luka kurang lebih 5 cm. Dan proses penyembuhannya lambat. - Rawat luka dengan menggunakan prinsip steril Hasil : luka pasien berwarna merah dan timbulnya jaringan baru,terdapat pus pada bagian tungkai, terdapat jaringan nekrotik pada bagian jari kaki. Luka dibersihkan menggunakan cairan Nacl 0,9%, terpasang cultimes klasik, derajat luka grade 5 dengan luas luka kurang lebih 5 cm. - Atur posisi pasien senyaman mungkin Hasil ; pasien mengatakan posisi yang nyaman baginya adalah posisi terlentang dengan kaki luka dialas menggunakan bantalan kecil

			<ul style="list-style-type: none"> - Kalaborasi pemberian obat insuline dan antibiotik Hasil : pemberian obat paracetamo 3x , injeksi noverapid 3x1 14 ui/sc, sebelum makan, dan pemberian metronidazole infus 500 mg/iv, ceftriaxon 1 gr/iv, pemberian nevoramide 1x12 ui/sc - Cek hasil lab GDs pasien Hasil : hasil pemeriksaan pada tanggal 27 juni 2018 .hasil GDS yang diambil pada jam 06.00 pagi yaitu 81 mg /dl. Hasil GDs 2 yang diambil pada jam 09.00 yaitu 339 H mg/dl
3			<p>S : pasien mengatakan tidak dapat menghabiskan porsi makan yang telah disediakan.</p> <p>O : tampak kurus, pucat dan turgr kulit jelek, hasil pengukuran lila 19 cm, statusgizi underweight. Hb 9,2 GDS yang diambil pada jam 06.00 pagi yaitu 81 mg /dl. Hasil GDs 2 yang diambil pada jam 09.00 yaitu 339 H mg/dl</p> <p>P ; ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat kemampuan dalam melakukan aktivitas Hasil : pasien mengtakan jika melakukan aktivitas pasien cepat merasa lelah dan hanya bisa melakukan aktivitas diatas tempat tidur seperti makan dan berpakyan - Monitor intake dan asupn nutrisi klien Hasil : pasien mengatkan makan dan minumnya baik, dan pasien hanya mengkonsumsi makan yang dianjurkan pasien - mengidentifikasi adanya alergi atau terhadap transfusi darah,. Hasil : pasient tidak memiliki alergi terhadap - menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi. Hasil jumlah kalori yang diberikan adalah 1900 kkal, sesuai dengan Diit pada penderita DM. <p>E : masalah belum teratasi</p>

