

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini menjelaskan tentang hasil asuhan keperawatan dan pembahasan tentang hasil asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diangnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi, dan evaluasi.

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian studi kasus ini dilaksanakan di Dsn. Sekiping Ds. Dawarblandong Kec. Dawarblandong Kab. Mojokerto. Jenis pelayanan bertempat di perawat desa dengan praktik mandiri, pelayanan rawat luka serta pelayanan home care dan juga menyediakan cek GDA/GDS, Kolesterol, Asam urat, serta buka pelayanan sirkumsisi.

##### 4.1.2 Pengkajian

###### 1. Identitas Klien

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. N	Ny. S
Umur	67 tahun	64 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Suku / Bangsa	Indonesia	Indonesia
Agama	Islam	Islam

Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	IRT	IRT
Alamat	Dsn. Sekiping 01/05, Ds. Dawarblandong Kec. Dawarblandong Kab. Mojokerto	Dsn. Sekiping 03/06, Ds. Dawarblandong Kec. Dawarblandong Kab. Mojokerto
Penanggung jawab	Ny. K (anak klien)	Tn. R (suami klien)
Tanggal Pengkajian	24-03-2021  (10.10 WIB)	20-04-2021  (09.05WIB)
Diagnosa Medis	Diabetes Mellitus	Diabetes Mellitus

Tabel 4.1 Tabel demografi klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

## 2. Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan luka pada kaki tidak kunjung sembuh.	Klien mengatakan terdapat luka pada kaki sebelah kanan.
Riwayat Kesehatan Sekarang	Awalnya klien mengatakan terdapat darah pada waktu habis jalan ke halaman rumah klien mengatakan kepada anaknya kakinya habis kena batu kecil lalu berdarah setelah itu klien dirawat sama anaknya dengan air hangat dan setelah 8 hari kemudian klien terdapat luka yang	Klien mengatakan awalnya terdapat tanda benjolan kecil pada atas sela-sela jari kelingking dan jari manis kemudian selang 5 hari kaki klien bengkak membesar dan terdapat nanah dan menjadi luka yang berbau setelah itu klien dibawah sama keluarganya ke praktik

	berisi nanah lalu klien dipanggilkan kepada perawat desa dan dilakukan rawat luka, klien mengatakan nyeri timbul akibat luka gangren di ekstremitas, nyerinya seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri di luka pantar digitus sinistra, skala nyeri 4, nyeri hilang timbul.	perawat desa dan ditempat perawat desa dilakukan tindakan cek kadar gula, cek tekanan darah serta pembedahan luka setelah itu dilanjutkan dengan tindakan rawat luka. Dengan keluhan nyeri timbul akibat luka gangren di ekstremitas, nyerinya seperti tertusuk-tusuk, lokasi nyeri di luka ekstremitas dektra, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul, keluar nanah.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Klien pernah dirawat di RS dan tidak memiliki riwayat penyakit menular, menaun, menurun apapun.	Klien pernah dirawat di RS dan klien tidak memiliki riwayat penyakit menular.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Klien mengatakan ada riwayat penyakit diabetes mellitus dalam keluarganya yaitu dari orang tua klien.	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat DM dari orang tua klien.
Riwayat Alergi	Klien mengatakan tidak mempunyai alergi	Klien mengatakan tidak mempunyai alergi

Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret

dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

3. Perubahan pola kesehatan ( pendekatan gordon/pendekatan sistem)

Pola fungsi kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pemakaian rokok	Klien mengatakan tidak pernah merokok	Klien mengatakan tidak pernah merokok

Pemakaian alcohol	Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi alcohol	Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi alcohol
Pemakaian obat-obatan	Klien mengatakan jika setiap hari mengonsumsi obat yang diberikan pada saat periksa	Klien mengatakan mengonsumsi obat-obatan ketika melakukan pemeriksaan

Tabel 4.3 : Tabel pola fungsi kesehatan klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

#### 4. Pola kesehatan

<b>Pola kesehatan</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 1</b>
Pola nutrisi	Klien mengatakan sebelum sakit makan sehari 3 kali yaitu pagi, siang dan sore satu porsi habis, tetapi terkadang malam juga makan sesekali.dengan menu nasi, sayur, tempe/tahu, Minum sehari 5-7 gelas per hari air putih. Klien juga mengatakan merasa sering merasa lapar.	Klien mengatakan sebelum sakit makan sehari bisa 3-4 kali sehari yaitu pagi sebelum melakukan aktivitas, siang sekitar jam 12.00 wib dan sore dan terkadang malam sebelum tidur, dengan menu nasi, sayur, tahu dan tempe, telur. minum sehari 6-8 gelas air putih dan 1 gelas teh/hari
Pola eliminasi	Klien mengatkan BAB tidak tentu kadang 2-3 hari sekali dan kadang 1hari 2kali, konsistensi lembek baunya khas, BAK sehari ± 8-9 kali	Klien mengatakan BAB teratur kadang 1 hari, konsistensi lembek dan baunya khas, BAK sehari ± 6-8 kali

Pola istirahat dan tidur	Klien mengatakan tidur pada pagi hari sekitar jam 09.00 WIB sampai jam 11.00 WIB. malam hari tidur dari jam 21.00 WIB sampai jam 05.00 WIB. Tidur nyenyak tanpa mengkonsumsi obat tidur.	Klien mengatakan di pagi hari sering mengantuk dan tidur pada malam hari biasanya 20.00 WIB sampai 04.30 WIB. Tidur nyenyak tanpa mengkonsumsi obat tidur dan tidur.
Pola aktivitas	Klien mengatakan kemampuan perawatan diri di rumah seperti makan/minum, toileting, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah tempat, berjemur badan diterik matahari pagi selalu dilakukan sendiri tanpa bantuan dari orang lain atau keluarga.	Klien mengatakan kemampuan perawatan diri di rumah seperti makan/minum, toileting, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah, selalu dilakukan sendiri tanpa bantuan dari orang lain atau keluarga.
Pola kognitif-persepsi	Klien dapat berinteraksi dengan baik kepada perawat, keluarga dan tetangga.	Klien dapat berinteraksi dengan baik kepada perawat, keluarga.
Psiko Sosial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gambaran diri klien mengatakan dirinya sebagai seorang perempuan yang berkulit sawo matang, berambut lurus, dan warna rambutnya hitam beruban, klien juga mengetahui kalau dirinya sedang sakit dan membutuhkan pengobatan agar cepat sembuh.</li> <li>2) Klien mengatakan diperlakukan dengan baik oleh perawat dan mendapat perhatian dari keluarganya</li> <li>3) Peran diri klien mengatakan sebagai ibu rumah tangga.</li> <li>4) Harga diri klien mengatakan ingin cepat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gambaran diri klien mengatakan dirinya sebagai seorang perempuan yang berkulit kuning langsung, berambut gelombang, dan warna rambutnya hitam dan, klien juga mengetahui kalau dirinya sedang sakit dan membutuhkan pengobatan agar cepat sembuh.</li> <li>2) Klien mengatakan diperlakukan dengan baik oleh perawat dan mendapat perhatian dari keluarganya</li> <li>3) Peran diri klien mengatakan sebagai ibu rumah tangga dan membantu suaminya</li> </ol>

	sembuh dan ingin beraktivitas lagi seperti biasanya. 5) Identitas diri klien bernama Ibu “N” dengan umur 67 tahun dan tinggal di Ds. Dawarblandong Kab.Mojokerto	berjualan di toko untuk kebutuhan hidupnya, dan dengan keadaan dirinya yang sekarang klien merasa terganggu karena tidak bisa memenuhi tanggung jawabnya sebagai ibu rumah tangga. 4) Harga diri klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin kembali beraktivitas. 5) Identitas diri klien bernama Ibu “S” dengan umur 64 tahun dan tinggal di Ds. Dawarblandong Kab.Mojokerto
Data psiko-sosial-spiritual	Klien mengatakan sebelumnya terdapat luka pada kakinya mengerjakan sholat meskipun kadang tidak 5 waktu tapi semenjak sakit hanya mampu berdoa untuk meminta pertolongan agar cepat sembuh. Dan untuk pemenuhan kebutuhan sholatnya disarankan untuk bertayamum supaya lukanya tidak terkena air.	Klien mengatakan sebelum sakit mengerjakan sholat 5 waktu tapi semenjak sakit hanya mampu sholat dengan duduk dan berdoa untuk meminta pertolongan agar cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasa. Dan untuk pemenuhan kebutuhan sholatnya tidak terpenuhi dimana klien masih tidak boleh terkena air.

Tabel 4.4 : Tabel pola kesehatan klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret

dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

#### 5. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
Keadaan Umum	- Keadaan umum cukup	- Keadaan umum cukup

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran klien composmetis</li> <li>- Klien tampak sedih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesadaran klien composmetis</li> <li>- Klien tampak lemas</li> </ul>
Tanda-tanda Vital	TD : 130/80 mmHg N : 90×/menit S : 35,8°C RR : 24×/menit	TD : 100/70 mmHg Nadi : 89×/menit S : 36,7°C RR : 22×/menit
Sistem pernafasan 1) Keluhan 2) Bentuk dada 3) Irama nafas 4) Suara nafas 5) Alat bantu pernafasan 6) Vokal fremitus Lain-lain	Tidak ada keluhan Simetris Teratur Vasikuler Klien tidak menggunakan alat bantu pernafasan Simetris tidak ada yang tertinggal Tidak ada	Tidak ada keluhan Simetris Teratur Vesikuler Klien tidak menggunakan alat bantu pernafasan Simetris tidak ada yang tertinggal Tidak ada
Sistem kardiovaskuler 1) Keluhan nyeri dada 2) Suara jantung 3) CRT 4) Bunyi jantung 5) Pembesaran jantung Lain-lain	Tidak ada keluhan Normal < 2 detik S1 dan S2 normal tidak ada suara tambahan (Lup, Dup) Tidak ada pembesaran jantung Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan Normal < 2 detik S1 dan S2 tunggal tidak ada suara tambahan (Lup, Dup) Tidak ada pembesaran jantung Tidak ada keluhan
Sistem persyarafan 1) Keluhan pusing 2) Pupil 3) Reflek pupil 4) Kaku kuduk 5) Kelumpuhan 6) Gangguan persepsi sensorik 7) Koordinasi gerak  Lain-lain	Tidak ada Isokor Ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada  Mudah untuk menggerakkan ekstremitas bawah dan terdapat luka gangren	Tidak ada Isokor Ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada  Mudah untuk menggerakkan kaki sebelah kanan terdapat luka gangren

<p>Sistem perkemihan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluhan</li> <li>2) Produksi urine</li> <li>3) Intake cairan</li> <li>4) Lain-lain</li> </ol>	<p>Tidak ada keluhan 1000 ml/hari, warna kuning dan baunya khas Oral ± 1200 cc/hari</p>	<p>Tidak ada keluhan 1200 ml/hari, warna kuning dan baunya khas Oral ± 1500 cc/hari</p>
<p>Sistem pencernaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mukosa bibir</li> <li>2) Abdomen</li> <li>3) BAB</li> <li>4) Diet</li> <li>5) Lain-lain</li> </ol>	<p>Pucat Bising usus 31 x/menit, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan. BAB tidak tentu kadang 2-3 hari sekali dan kadang 1 hari 2 kali konsistensi lembek. Diet DM tidak ada keluhan Nafsu makan normal.</p>	<p>Pucat Bising usus 29 x/menit, tidak ada lesi, terdapat striae, tidak ada pembengkakan, ada adanya nyeri tekan. BAB teratur 1 hari sekali, konsistensi lembek dan baunya khas. Diet DM tidak ada keluhan saat makan.</p>
<p>Sistem muskuloskeletal dan integumen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pergerakan sendi</li> <li>2) Kelainan ekstremitas</li> <li>3) Fraktur</li> <li>4) Kulit ikterik</li> <li>5) Akral</li> <li>6) Turgor</li> <li>7) Luka</li> </ol> <p>Lain-lain</p>	<p>Tidak terdapat luka  Tidak ada  Tidak ada Tidak ada Dingin Baik Terdapat luka di bagian jari kaki sinistra dan nekrosis di jari kaki, luas luka : P x L = 3cm x 2cm, terdapat nekrotik, warna kulit sekitar luka merah, tidak edema.</p>	<p>Tidak terdapat luka  Tidak ada  Tidak ada Tidak ada Hangat Baik  Terdapat luka di bagian punggung kaki dextra. Luas luka : P x L = 3cm x 3cm, berbau dn ada edema sekitar luka.</p>

Tabel 4.5 Observasi dan Pemeriksaan Fisik klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan darah	Klien 1	Klien 2
Hari pertama	24-03-2021 (16.00)	20-04-2021 (09.10)
GDA	511 mg/dl	487 mg/dl
GDP	472 mg/dl	410 mg/dl
Pemeriksaan darah	Klien 1	Klien 2
Hari kedua	27-03-2021 (11.00)	23-04-2021 (10.00)
GDA	389 mg/dl	327 mg/dl
GDP	312 mg/dl	297 mg/dl
Pemeriksaan darah	Klien 1	Klien 2
Hari Ketiga	30-03-2021 (19.00)	26-04-2021 (20.30)
GDA	265 mg/dl	286 mg/dl
GDP	230 mg/dl	217 mg/dl

Tabel 4.6 Pemeriksaan Penunjang klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

7. Penatalaksanaan Medis

Terapi obat	Nama obat	Pemberian

Klien 1	Inj. Cyanocobalamin Ciprofloxacin Natrium Declofenac Prednisone Glimepiride	2,5 mcg 2x1 500mg 2x1 50mg 2x1 5mg 1x1 2mg pagi
Klien 2	Inj. Cyanocobalamin Ciprofloxacin Natrium Declofenac Prednisone Glimepiride	2,5 mcg 2x1 500mg 2x1 50mg 2x1 5mg 1x1 2mg pagi

Tabel 4.7 Penatalaksanaan Medis klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

#### 4.8 Analisa Data

<b>Klien 1</b>		
<b>Analisa Data</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masalah</b>
Data Subjektif : a. Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki b. Pasien mengatakan awalnya luka kecil dan menyebar sampai lama kelamaan menjadi luka yang semakin melebar. Data Objektif : a. Terdapat luka di bagian jari kaki. b. Terdapat kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit c. Terdapat nyeri dan	Ketidakseimbangan produksi insulin ↓ Gula dalam darah tidak dapat dibawa masuk dalam sel ↓ Anabolisme protein menurun ↓ Kerusakan pada antibodi ↓ Kekebalan tubuh menurun ↓	Gangguan Integritas Kulit

<p>kemerahan</p> <p>d. Luas luka : P x L = 3cm x 2cm, luka grade II, terdapat nekrotik, tipe eksudat : purulen, tepi luka terdapat jaringan granulasi, warna kulit sekitar luka merah, tidak edema dengan GDA dan GDP, 511mg/dl dan 472 mg/dl.</p>	<p>Neuropati sensori perifer ↓ Klien tidak merasa sakit ↓ Nekrosis luka ↓ Gangren ↓ Gangguan Integritas Kulit</p>	
--	---	--

<b>Klien 2</b>		
<b>Analisa Data</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masalah</b>
<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kanan</p> <p>b. Klien mengatakan awalnya terdapat benjolan kecil dan lama-lama keluar nanah.</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Terdapat luka di bagian punggung kaki.</p> <p>b. Terdapat kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p>c. terdapat nyeri dan kemerahan</p> <p>d. Luas luka : P x L = 3cm x 3cm, derajat luka grade II, tipe eksudat : terdapat pus, terdapat jaringan granulasi, berbau ada edema sekitar luka dengan GDA dan GDP 487mg/dl dan 410 mg/dl.</p>	<p>Ketidakseimbangan produksi insulin ↓ Gula dalam darah tidak dapat dibawa masuk dalam sel ↓ Anabolisme protein menurun ↓ Kerusakan pada antibodi ↓ Kekebalan tubuh menurun ↓ Neuropati sensori perifer ↓ Klien tidak merasa sakit ↓ Nekrosis luka ↓ Gangren ↓</p>	<p>Gangguan Integritas Kulit</p>

	Gangguan Integritas Kulit	
--	---------------------------	--

Tabel 4.8 Analisa Data klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

#### 4.9 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa Keperawatan			
No.	Klien 1	No.	Klien 2
1.	Kerusakan integritas kulit b.d gangren ditandai dengan terdapat luka di bagian jari kaki. Luas luka : P x L = 3cm x 2cm, luka grade II, terdapat nekrotik, tipe eksudat : purulen, tepi luka terdapat jaringan granulasi, warna kulit sekitar luka merah, tidak edema dengan GDA dan GDP, 511mg/dl dan 472 mg/dl.	1.	Kerusakan integritas kulit b.d gangren dengan ditandai Luas luka : P x L = 3cm x 3cm, derajat luka grade II, tipe eksudat : terdapat pus, terdapat jaringan granulasi, berbau ada edema sekitar luka dengan GDA dan GDP 487mg/dl dan 410 mg/dl.

Tabel 4.9 Diagnosis Keperawatan klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

#### 4.10 Perencanaan

Klien 1			
Diagnosa	Tujuan, kriteria hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan integritas kulit b.d gangren.	Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x selama 2 minggu diharapkan masalah integritas kulit dapat teratasi.	1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau).  2. Monitor tanda-tanda vital.	1. Menunjukkan perbaikan atau penyembuhan progresif pada lesi, luka, atau luka tekan.  2. Untuk mengetahui keadaan umum klien.

	<p>Luaran hasil:</p> <p>1) Pemulihan pasca rawat luka.</p> <p>2) Penyembuhan Luka.</p>	<p>3. Lepaskan balutan dan plester perlahan.</p> <p>4. Bersihkan dengan cairan NaCl.</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik.</p> <p>6. Berikan salep yang sesuai dengan luka.</p> <p>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>9. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.</p> <p>10. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu dengan dosis 500mg.</p>	<p>3. Untuk mengurangi tegangan pada luka.</p> <p>4. Mencegah introduksi organisme pada luka.</p> <p>5. Agar tidak mengalami tanda infeksi atau komplikasi lain</p> <p>6. Agar menghambat drainase.</p> <p>7. Mempercepat proses penyembuhan luka dengan cara melakukan perawatan luka secara <i>aseptic</i>.</p> <p>8. Bertujuan untuk keluarga bisa melakukan perawatan luka mandiri.</p> <p>9. Bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka dengan menjaga kadar gula darah.</p> <p>10. Membantu mempercepat penyembuhan luka pasien.</p>
<b>Klien 2</b>			

<p>Gangguan integritas kulit b.d ganggren.</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x selama 2 minggu diharapkan masalah integritas kulit dapat teratasi.</p> <p>Luaran hasil: 1) Pemulihan pasca bedah 2) Penyembuhan luka</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau).</li> <li>2. Monitor tanda-tanda vital.</li> <li>3. Lepaskan balutan dan plester perlahan.</li> <li>4. Bersihkan dengan cairan NaCl.</li> <li>5. Bersihkan jaringan nekrotik.</li> <li>6. Berikan salep yang sesuai dengan luka.</li> <li>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.</li> <li>8. Melakukan insisi pada luka.</li> <li>9. Ajarkan prosedur perawatan luka.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan perbaikan atau penyembuhan progresif pada lesi, luka, atau luka tekan.</li> <li>2. Untuk mengetahui keadaan umum klien.</li> <li>3. Untuk mengurangi tegangan pada luka.</li> <li>4. Mencegah introduksi organisme pada luka.</li> <li>5. Agar tidak mengalami tanda infeksi atau komplikasi lain.</li> <li>6. Agar menghambat drainase.</li> <li>7. Mempercepat proses penyembuhan luka dengan cara melakukan perawatan luka secara <i>aseptic</i>.</li> <li>8. Bertujuan untuk mengetahui kondisi luka.</li> <li>9. Bertujuan untuk keluarga bisa melakukan</li> </ol>
--	--	--	--

		<p>10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.</p> <p>11. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu dengan dosis 500mg.</p>	<p>perawatan luka mandiri.</p> <p>10.. Bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka dengan menjaga kadar gula darah</p> <p>11. Membantu mempercepat penyembuhan luka pasien dan menurunkan edema pada klien.</p>
--	--	--	--

Tabel 4.10 Perencanaan klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

#### 4.11 Implementasi

<b>Klien 1</b>			
<b>Hari ke-</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Pelaksanaan</b>	<b>Paraf</b>
1	24-03-2021 18.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester perlahan.</li> <li>2. Memonitor karakteristik luka. Hasil: Terdapat luka di bagian jari kaki sinistra dan nekrosis di jari kaki, luas luka : P x L = 3cm x 2cm, terdapat nekrotik, warna kulit sekitar luka merah.</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital.</li> <li>4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hanscon dan alat steril.</li> <li>5. Membersihkan luka dengan cairan NaCl.</li> <li>6. Membersihkan jaringan nekrotik.</li> <li>7. Ajarkan prosedur perawatan luka dengan melibatkan keluarga klien.</li> <li>8. Berikan salep yang sesuai dengan luka.</li> <li>9. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.</li> </ol>	

		10. Kolaborasi pemberian antibiotik: - Ciprofloxacin	
2	27-03-2021 18.45	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester perlahan.</li> <li>2. Memonitor karakteristik luka. Hasil: Terdapat luka di bagian jari kaki sinistra dan nekrosis di jari kaki, luas luka : P x L = 3cm x 2cm, terdapat nekrotik, warna kulit sekitar luka merah.</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital.</li> <li>4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hanscon dan alat steril.</li> <li>5. Membersihkan luka dengan cairan NaCl.</li> <li>6. Membersihkan jaringan nekrotik.</li> <li>7. Ajarkan prosedur perawatan luka dengan melibatkan keluarga klien.</li> <li>8. Berikan salep yang sesuai dengan luka.</li> <li>9. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.</li> <li>10. Kolaborasi pemberian antibiotik: - Ciprofloxacin</li> </ol>	
3	30-04-2021 09.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester perlahan.</li> <li>2. Memonitor karakteristik luka. Hasil: Terdapat luka di bagian jari kaki sinistra dan nekrosis di jari kaki, luas luka : P x L = 3cm x 2cm, terdapat nekrotik, warna kulit sekitar luka merah.</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital.</li> <li>4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hanscon dan alat steril.</li> <li>5. Membersihkan luka dengan cairan NaCl.</li> <li>6. Membersihkan jaringan nekrotik.</li> <li>7. Ajarkan prosedur perawatan luka dengan melibatkan keluarga klien.</li> <li>8. Berikan salep yang sesuai dengan luka.</li> <li>9. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.</li> <li>10. Kolaborasi pemberian antibiotik: - Ciprofloxacin</li> </ol>	
<b>Klien 2</b>			
1	20-04-2021 11.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan insisi pada luka klien.</li> <li>2. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</li> </ol>	

		<p>Hasil: Terdapat luka di bagian punggung kaki dextra. Luas luka : P x L = 3cm x 3cm, berbau dan ada edema sekitar luka.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor tanda-tanda vital.</li> <li>4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hanscon dan alat steril.</li> <li>5. Membersihkan luka dengan cairan NaCl.</li> <li>6. Membersihkan jaringan nekrotik.</li> <li>7. Berikan salep yang sesuai dengan luka.</li> <li>8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.</li> <li>9. Kolaborasi pemberian antibiotik: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciprofloxacin</li> </ul> </li> </ol>	
2	23-04-2021 14.45	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester perlahan.</li> <li>2. Memonitor karakteristik luka. Hasil: Terdapat luka di bagian punggung kaki dextra. Luas luka : P x L = 3cm x 3cm, berbau dan ada edema sekitar luka.</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital.</li> <li>4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hanscon dan alat steril.</li> <li>5. Membersihkan luka dengan cairan NaCl.</li> <li>6. Membersihkan jaringan nekrotik.</li> <li>7. Ajarkan prosedur perawatan luka dengan melibatkan keluarga klien.</li> <li>8. Berikan salep yang sesuai dengan luka.</li> <li>9. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.</li> <li>10. Kolaborasi pemberian antibiotik: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciprofloxacin</li> </ul> </li> </ol>	
3	26-04-2021 18.15	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester perlahan.</li> <li>2. Memonitor karakteristik luka. Hasil: Terdapat luka di bagian punggung kaki dextra. Luas luka : P x L = 3cm x 3cm.</li> <li>3. Monitor tanda-tanda vital.</li> <li>4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hanscon dan alat steril.</li> <li>5. Membersihkan luka dengan cairan NaCl.</li> <li>6. Membersihkan jaringan nekrotik.</li> <li>7. Ajarkan prosedur perawatan luka dengan melibatkan keluarga klien.</li> <li>8. Berikan salep yang sesuai dengan luka.</li> </ol>	

		9. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein. 10. Kolaborasi pemberian antibiotik: - Ciprofloxacin	
--	--	--	--

Tabel 4.11 Pelaksanaan klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

#### 4.12 Evaluasi

<b>Klien 1</b>			
<b>Hari ke-</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Evaluasi</b>	<b>Paraf</b>
1	24-03-2021	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kiri.</li> <li>- Pasien mengatakan awalnya luka terkena batu lalu lama-kelamaan menjadi luka yang berbau.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka di bagian jari kaki sinistra dan nekrosis.</li> <li>- Melakukan tindakan rawat luka pada kaki klien dengan membersihkan jaringan nekrosis.</li> <li>- Luas luka : P x L = 3cm x 2cm, warna kulit sekitar luka merah, tidak edema.</li> <li>- GDP=472</li> <li>- GDA=511</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi (1 ,2,3,4,6,7,10)</p>	
2	27-03-2021	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kiri.</li> <li>- Luka sedikit mengering.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka di bagian jari kaki sinistra.</li> <li>- Melakukan tindakan rawat luka pada kaki klien dan mengasih salep pada luka klien.</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luas luka : P x L = 3cm x 2cm, warna kulit sekitar luka merah, tidak edema.</li> <li>- T T V : TD : 120/68 mmHg <ul style="list-style-type: none"> <li>N : 90×/menit</li> <li>S : 36,5°C</li> <li>RR : 24×/menit</li> </ul> </li> <li>- GDP=312</li> <li>- GDS=389</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi (1,2,3,6,7,10)</p>	
3	30-03-2021	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kiri luka ulkus diabetic sedikit mengering</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka di bagian jari kaki sinistra.</li> <li>- Melakukan tindakan rawat luka pada kaki klien.</li> <li>- Luas luka : P x L = 3cm x 2cm, luka grade II, warna kulit sekitar luka merah, tidak edema dan sedikit mengering.</li> <li>- Mengajarkan kepada keluarga cara perawatan luka.</li> <li>- T T V : TD : 110/60 mmHg <ul style="list-style-type: none"> <li>N : 88×/menit</li> <li>S : 36°C</li> <li>RR : 24×/menit</li> <li>GDA :265</li> <li>GDS :217</li> </ul> </li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi (2,6,7,8,10)</p>	
Klien 2			
1	20-04-2021	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kanan</li> <li>- Klien mengatakan awalnya terdapat luka kecil pada sela-sela jari kelingking dan jari manis kemudian mengeluarkan nanah</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka di bagian punggung kaki.</li> <li>- Melakukan tindakan insisi pada luka klien.</li> <li>- Melakukan perawatan luka.</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luas luka : P x L = 3cm x 3cm, berbau dan ada edema sekitar luka.</li> <li>TTV : TD : 110/70 mmHg</li> <li>N : 89 ×/menit</li> <li>S : 36,7°C</li> <li>RR : 22×/menit</li> <li>- GDP=410</li> <li>- GDA=487</li> <li>A : Masalah belum teratasi</li> <li>P : Lanjutkan intervensi (1,2,6,7,9,10,11)</li> </ul>	
2	23-04-2021	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kanan dan berbau</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka di bagian punggung kaki dextra.</li> <li>- Melakukan tindakan rawat luka pada kaki klien dan dengan menggunakan salep pada luka klien.</li> <li>- Luas luka : P x L = 3cm x 3cm, berbau dan ada edema sekitar luka.</li> <li>TTV : TD : 110/84mmHg</li> <li>N : 91 ×/menit</li> <li>S : 36,8°C</li> <li>RR : 24×/menit</li> <li>- GDP=297</li> <li>- GDA=327</li> <li>A : Masalah teratasi sebagian</li> <li>P : Lanjutkan intervensi (1,2,6,7,10,11)</li> </ul>	
3	26-04-2021	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terdapat adanya luka dikaki kanan.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka di bagian punggung kaki dextra.</li> <li>- Melakukan tindakan rawat luka pada kaki klien dan menggunakan salep pada luka klien.</li> <li>- Luka bau dan sedikit mengering, dan terdapat edema.</li> <li>- Luas luka : P x L = 3cm x 3cm.</li> <li>TTV : TD : 120/90mmHg</li> <li>N : 90 ×/menit</li> <li>S : 37°C</li> <li>RR : 24×/menit</li> </ul>	

		- GDP=230 - GDA=286 A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi (2,3,6,7,11)	
--	--	--	--

Tabel 4.12 Evaluasi klien 1 ibu “N” datang berobat pada bulan maret dan klien 2 ibu “S” datang berobat pada bulan april.

## 4.2 Pembahasan

Pada sub bab ini berisi tentang pembahasan asuhan keperawatan melalui pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dengan maksud memperjelas karena tidak semua yang ada pada teori dapat diterapkan dengan mudah pada kasus yang nyata.

### 4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan data yang diperoleh pada saat pengkajian didapatkan dua klien yang menderita Diabetes mellitus disertai ganggren dengan gangguan integritas jaringan. Hasil pengkajian dari pada studi kasus ini dilakukan dengan cara pengambilan pada 2 klien perempuan yaitu Ny. N dan Ny. S yang mengalami Gangguan Integritas Kulit pada Diabetes Mellitus. Pengkajian pada pasien 1 umur 67 tahun dan pada pasien 2 umur 64 tahun. Wanita lebih beresiko mengidap diabetes karena secara fisik wanita memiliki peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar (Restyana, 2015).

Secara teori usia terbanyak yang terkena Diabetes Mellitus adalah >45 tahun. Terdapat kesamaan antara teori dan fakta dimana klien 1 dan 2 sama-sama berumur >45 tahun.

Hal ini menunjukkan, usia merupakan salah satu factor yang mempengaruhi kesehatan seseorang, karena sel-sel tubuh dapat menua seiring bertambahnya usia sehingga berdampak pada fungsi organ tubuh (Russel, 2014).

Dari hasil wawancara pengkajian sebagai berikut: Pengkajian diperoleh data subjektif dan data obyektif. Hasil pengkajian dari data subyektif pada klien pertama yaitu Ny. N memiliki keluhan adanya luka dikaki kiri luka ulkus diabetic dan klien mengatakan awalnya luka terkena batu dan terluka lalu dirawat sama anaknya dan setelah itu kelamaan lukanya menjadi nanah. Dan data objektif menunjukkan TD : 130/80 mmHg, N : 90  $\times$ /menit, S : 35,8°C, RR : 24 $\times$ /menit, GDP=472 mg/dL dan GDA=511 mg/dL, Terdapat luka di bagian jari kaki. Luas luka : P x L = 3cm x 2cm, luka grade II, terdapat nekrotik, tipe eksudat : purulen, tepi luka terdapat jaringan granulasi, warna kulit sekitar luka merah, tidak edema. Hasil pengkajian dari data subjektif pada klien kedua yaitu Ny. S memiliki keluhan adanya luka dikaki kanan dan odem. Klien mengatakan awalnya terdapat benjolan kecil pada sela-sela jari kelingking dan jari manis kemudian selang 5 hari bengkak semakin membesar dan terdapat nanah dan data objektif menunjukkan T T V : TD : 100/70 mmHg, N : 89  $\times$ /menit, S : 36,7°C, RR : 22/menit, GDP=410 mg/dL dan GDA=487 mg/dL, terdapat luka di bagian punggung kaki. Luas luka : P x L = 3cm x 3cm, derajat luka grade II, tipe eksudat : terdapat pus, terdapat jaringan granulasi, berbau ada edema sekitar luka.

Secara teori tanda dan gejala Diabetes mellitus yaitu mikroangiopati, mikromiopati, dan mikroartropati yaitu masalah (lesi) spesifik DM pada pembuluh darah mikro, kapiler serta otot-otot, saraf serta kulit. Luka yang sukar sembuh adalah

infeksi yang hebat, kuman, atau jamur yang mudah tumbuh pada kondisi kadar gula darah yang tinggi, kerusakan dinding pembuluh darah akibatnya aliran darah tidak lancar pada kapiler (pembuluh darah kecil) yang menghambat penyembuhan luka, serta adanya gangguan perfusi jaringan sehingga penderita mengalami edema pada luka (Hans Tandra, 2007 ).

Hal ini menunjukkan, berdasarkan ulasan data pengkajian studi kasus diatas, data subyektif dan obyektif menunjukkan adanya tanda dan gejala yang sesuai dengan teori, pada klien 1 dan 2 ditemukan ulkus diabetikum yang disebabkan tingginya kadar glukosa dalam darah ditandai dengan ketidak mampuan jaringan yang luka untuk memperbaiki diri tepat pada waktunya, sehingga timbul kerusakan integritas kulit pada pasien.

#### **4.2.2 Diagnosa keperawatan**

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan data observasi yang terdapat satu diagnosa keperawatan yang sesuai dengan batasan karakteristik diagnosa pada studi kasus ini ditegakkan dengan cara pengambilan data pada 2 klien Ny. N dan Ny. S yang mengalami Gangguan Integritas Kulit pada Diabetes Mellitus berdasarkan pengkajian yang dilakukan oleh peneliti terdapat satu diagnosa yang sesuai dengan batasan karakteristik yaitu diagnosa keperawatan Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Ganggren. Diagnosa yang diambil pada studi kasus ini berdasarkan masalah yang dihadapi klien sesuai dengan masalah yang muncul.

Menurut (PPNI, 2017) diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit atau jaringan masuk kedalam kategori lingkungan dan sub kategori keamanan dan

proteksi. Berdasarkan data tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa diagnosa yang diangkat sudah sesuai dengan batasan karakteristik yang sesuai dengan buku (Amin dan Hardhi, 2016).

Hal ini menunjukkan, diagnosa keperawatan yang ditegakkan sudah sesuai dengan teori serta fakta yang ada seperti klien mengalami luka pada ekstremitas, kerusakan lapisan kulit, nyeri, kemerahan, hematoma dan tingginya kadar glukosa dalam darah. Hal ini sesuai dengan fakta serta teori yang ada, tidak ada kesenjangan yang terjadi.

#### **4.2.3 Perencanaan**

Pada perencanaan keperawatan merupakan intervensi yang harus dilakukan dalam mengatasi masalah permasalahan yang muncul. Pada tahap ini penulis membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teori yang meliputi tujuan dan luaran hasil yang dirumuskan dan telah ditetapkan sebelumnya, serta penulisan rencana tindakan yang operasional. Peneliti membuat intervensi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 × selama 2 minggu diharapkan masalah integritas kulit dapat teratasi.

Menurut penelitian yang dilakukan (Junaidi, 2015) perencanaan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan.

Hal ini menunjukkan, hasil rencana keperawatan yang dilakukan sudah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yaitu Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda vital,

lepaskan balutan dan plester perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai dengan luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, melakukan insisi pada luka, ajarkan prosedur perawatan luka, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu dengan dosis 500mg.

Salah satu fokus intervensi keperawatan adalah dengan melakukan perawatan luka agar meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah komplikasi. Peneliti dalam melakukan rencana asuhan keperawatan telah merencanakan yang akan dilakukan pada klien. Intervensi yang diberikan oleh peneliti sudah sesuai dengan teori yang ada untuk melakukan perawatan luka pada klien.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan klien terpenuhi secara optimal yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan klien dan keluarga. Tahap ini merupakan tahapan lanjutan setelah tahap perencanaan dari masalah keperawatan yang muncul pada klien. Tindakan secara umum dilakukan pada Ny. N dan Ny. S berdasarkan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya. Perencanaan keperawatan serta tindakan keperawatan dilaksanakan bertujuan untuk masalah yang dialami klien dapat teratasi. Dari jangka waktu yang telah ditentukan selama 3 × pertemuan dalam 2 minggu diharapkan masalah integritas kulit dapat teratasi. Pada kasus yang dialami oleh klien semua tindakan telah dilakukan meliputi melakukan observasi TTV, melakukan tindakan insisi pada luka, melakukan pembersihan

jaringan nekrotik, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, membersihkan jaringan nekrotik, memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) dan berkolaborasi dalam pemberian terapi obat untuk membantu mempercepat penyembuhan luka pada klien dan mengurangi edema.

Menurut (Herdman & Heather, 2015) Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Kerusakan integritas kulit adalah kerusakan pada epidermis dan/atau dermis. Penatalaksanaan kerusakan integritas kulit diantaranya melakukan perawatan luka lembab. Terapi yang dilakukan oleh peneliti yaitu perawatan luka lembab dengan tujuan integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensai, elastisitas, temperature, hidrasi, pigmentasi), tidak ada luka/ lesi pada kulit, perfusi jaringan baik, menunjukkan proses perbaikan kulit. (Amin & Hardhi, 2016).

Hal ini menunjukkan, dari tindakan implementasi yang dilakukan sudah sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan dan sesuai dengan perencanaan yang disusun sebelumnya bertujuan untuk membuat keadaan klien semakin membaik serta menganjurkan keluarga supaya menjaga kesehatan klien.

#### **4.2.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang dilakukan untuk melihat proses keberhasilan suatu tindakan keperawatan. Evaluasi dilakukan pada hari terakhir setelah melaksanakan tindakan keperawatan selama jangka waktu yang telah ditentukan dalam perencanaan keperawatan. Dari hasil studi kasus didapatkan hasil evaluasi pada klien yaitu setelah 3 × selama 2 minggu

dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien atas nama Ny. N dan Ny. S diharapkan masalah integritas kulit dapat teratasi. Tetapi hasil studi kasus didapatkan hasil evaluasi pada klien yaitu Ny. N dan Ny. S setelah 3 × selama 2 minggu dilakukan tindakan asuhan keperawatan, masalah integritas kulit teratasi sebagian hal ini dapat dibuktikan dengan masih adanya luka yang belum membaik. Pada klien 1 atas nama Ny. N masalah integritas kulit teratasi sebagian, hal ini dapat dibuktikan dari beberapa kriteria hasil yang belum tercapai sebagian yaitu terdapat luka di bagian jari kaki sinistra dan nekrosis di jari kaki, luas luka :  $P \times L = 3\text{cm} \times 2\text{cm}$ , terdapat nekrotik, warna kulit sekitar luka merah. T T V : TD : 130/80 mmHg, N : 90×/menit, S : 35,8°C, RR : 24×/menit. Sedangkan pada klien 2 atas nama Ny. S masalah integritas kulit teratasi sebagian, hal ini dapat dibuktikan dari beberapa luaran hasil yang belum tercapai sebagian yaitu Terdapat luka di bagian punggung kaki dextra. Luas luka :  $P \times L = 3\text{cm} \times 3\text{cm}$ , berbau dan ada edema sekitar luka dan luka sedikit mengering. T T V : TD : 100/70 mmHg, N : 89 ×/menit, S : 36,7°C, RR : 22×/menit

Menurut (Amin & Hardhi, 2017) evaluasi adalah tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan. Diabetes mellitus ini lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan umur lebih dari 45 tahun karena semakin tua banyak organ-organ vital yang melemah dan tubuh mulai mengalami kepekaan terhadap

insulin. Bahkan pada wanita yang sudah mengalami menopause punya kecenderungan untuk lebih tidak peka terhadap insulin.

Hal ini menunjukkan, rencana keperawatan sudah dilakukan sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga intervensi yang diberikan dan diterapkan sama, sehingga tidak ada kesenjangan antara fakta dari hasil peneliti, teori dan hasil penelitian.

