

ASUHAN KEPERAWATAN MASALAH GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI RSUD IBNU SINA GRESIK

by Fani Oktavia Agustias

Submission date: 13-Jun-2023 11:28AM (UTC+0700)

Submission ID: 2114995512

File name: KIAN_202203009_PROFESI_NERS.docx (281.3K)

Word count: 12183

Character count: 71265



UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO

35

**ASUHAN KEPERAWATAN MASALAH GANGGUAN INTEGRITAS
KULIT PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DI RSUD IBNU SINA GRESIK**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

FANI OKTAVIA AGUSTIAS

202203009

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
MOJOKERTO
TAHUN 2023**



UNIVERSITAS BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO

35

**ASUHAN KEPERAWATAN MASALAH GANGGUAN INTEGRITAS
KULIT PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DI RSUD IBNU SINA GRESIK**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memenuhi Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai
Gelar Program Studi Profesi Ners Universitas Bina Sehat PPNI
Mojokerto

FANI OKTAVIA AGUSTIAS

202203009

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
MOJOKERTO
TAHUN 2023**

ABSTRAK

35

Asuhan Keperawatan Masalah Gangguan Integritas Kulit Pada Pasien

Diabetes Melitus Di RSUD Ibnu Sina Gresik

Oleh : Fani Oktavia Agustias

Diabetes melitus adalah penyakit yang ditandai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relative dari kerja sekresi insulin. Insulin adalah hormon penting yang diproduksi di pankreas kelenjar tubuh, yang merupakan transpot glukosa dari aliran darah ke dalam sel-sel tubuh dimana glukosa diubah menjadi energi. DM adalah penyakit kronis yang kompleks dan membutuhkan perawatan berkelanjutan dengan strategi pengurangan risiko multifactorial diluar kontrol glikemik. Tujuan penelitian ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus di RSUD Ibnu Sina Gresik. Metode yang digunakan pada penelitian ini menggunakan metode studi kasus. dengan subyek yang digunakan adalah 3 pasien dan 1 kasus. Dengan teknik pengumpulan data meliputi wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Hasil dari asuhan keperawatan secara menyeluruh setelah dilakukan selama 3 hari maka didapatkan hasil pengkajian yaitu terdapat luka diabetes pada bagian tubuh partisipan. Setelah membuat perencanaan, peneliti melaksanakan tindakan keperawatan menyeluruh yaitu perawatan luka pada ketiga partisipan. Hasil dari evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan secara menyeluruh selama 3 hari didapatkan hasil masalah

8 Kerusakan jaringan menurun, Kerusakan lapisan kulit menurun, Kemerahan menurun, Nekrosis menurun. Dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien selama 3x24 jam secara menyeluruh dan terapeutik dapat meningkatkan perkembangan luka pasien dapat membaik dengan kriteria hasil tersebut.

Kata Kunci : Diabetes melitus, asuhan keparawatan, perawatan luka

ABSTRACT**Nursing Care of Skin Integrity Impaired Problems in Diabetes Mellitus Patients at Ibnu Sina Gresik Hospital****By: Fani Oktavia Agustias**

Diabetes mellitus is a disease characterized by hyperglycemia and disturbances of carbohydrate, fat and protein metabolism associated with absolute or relative deficiency of insulin secretion. Insulin is an important hormone produced in the pancreas gland of the body, which is the transport of glucose from the bloodstream into the body's cells where glucose is converted into energy. DM is a complex chronic disease and requires continuous care with multifactorial risk reduction strategies beyond glycemic control. The purpose of this study was to carry out nursing care for diabetes mellitus patients at the Ibnu Sina Gresik Hospital. The method used in this study uses the case study method. with the subjects used were 3 patients and 1 case. With data collection techniques including interviews, observation, physical examination, and documentation studies. The results of nursing care as a whole after being carried out for 3 days, the results of the study were obtained, namely there were diabetic wounds on the participants' body parts. After planning, the researchers carried out comprehensive nursing actions, namely wound care for the three participants. The results of the evaluation after carrying out nursing actions as a whole for 3 days showed that the results of the problem were decreased tissue damage, decreased skin layer damage, decreased redness, decreased necrosis. By providing comprehensive and therapeutic nursing care to

patients for 3x24 hours it can improve the development of the patient's wound and can improve with these outcome criteria.

Keywords: Diabetes mellitus, nursing care, wound care

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus adalah penyakit yang dijumpai dengan terjadinya hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang menjalin dengan kekurangan secara absolut atau relative dari kinerja sekresi insulin (Bhatt et al., 2016). Insulin adalah hormon utama yang diproduksi di pancreas kelenjar tubuh, yang merupakan transpot glukosa dari aliran darah ke dalam sel-sel tubuh dimana glukosa diganti menjadi energi (Pangestika et al., 2022). Sedangkan menurut *American Diabetes Association* (2017) DM adalah penyakit kronis yang menyeluruh dan membutuhkan perawatan lebih lanjut dengan cara pengurangan risiko multifactorial diluar kontrol glikemik.

Saat ini penyakit Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu masalah kesehatan yang banyak dilaporkan oleh masyarakat di dunia karena pola kejadiannya mengalami kemajuan. Data WHO tahun 2018 menyebutkan bahwa di dunia terdapat 1,6 juta (4%) penduduk dunia yang meninggal karena DM. Riset kesehatan dasar (*Riskesdas*) tahun 2018 menyatakan bahwa prevalensi pasien diabetes melitus berdasarkan diagnose dokter di Indonesia sebesar 2,0%, sedangkan berdasarkan Konsensus Perkeni sebesar 10,9%, sedangkan Provinsi Jawa Timur berda diatas prvalensi nasional namun jumlahnya tidak disebutkan dalam laporan *Riskesdas* 2018 (Kemenkes, 2018). Data kesehatan Jawa Timur tahun 2017 pasien diabetes sebanyak 102.399 kasus dari diabetess melitus (Dinkes Provinsi Jawa Timur, 2019). Data terbaru dari *International Diabetes Federation* (IDF) tahun 2017 menunjukkan bahwa Indonesia menduduki peringkat ke-6 dunia dengan jumlah diabetesi sebanyak 10,3 juta jiwa. Jika tidak ditangani dengan baik, *World Health Organization* bahkan mengestimasi angka kejadian diabetes di Indonesia akan melonjak drastis menjadi 21,3 juta jiwa di tahun 2030. *International Diabetes Federation* (IDF) memperkirakan sedikitnya terdapat 463 juta orang pada tahun 2019 atau setara dengan angka prevalensi sebesar 9,3% dari total penduduk pada usia yang sama. Jika berdasarkan jenis kelamin, IDF memperkirakan prevalensi diabetes di tahun 2019 yaitu 9% pada perempuan dan 9,65% pada laki-laki.

meningkat seiring penambahan umur penduduk menjadi 19,9% atau 111,2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka diprediksi akan meningkat hingga mencapai 578 juta di tahun 2030 dan 700 juta di tahun 2045.

Penurunan fungsi sel beta pancreas pada pasien diabetes melitus dapat dibedakan menjadi 2 tipe yaitu : Diabetes melitus tipe 1 didapatkan keadaan seseorang dengan jumlah insulin yang kurang akibat dari adanya kerusakan pada sel beta pancreas, sedangkan pada diabetes melitus tipe 2 terjadi resistensi insulin atau kualitas insulinnya tidak baik. Meskipun insulin dan reseptornya ada, Tetapi karena kelainan pada sel itu sendiri maka pintu masuk sel tidak terbuka sehingga glukosa yang ada dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel untuk dimetabolisme menjadi energi yang menyebabkan terjadinya ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah. Kondisi Hiperglikemia yang tidak tertangani dengan baik akan menimbulkan berbagai komplikasi antaralain ketoasidosis diabetic, mikroangiopati (nefropati, retinopati) makroangiopati (gangguan pembuluh darah jantung, otak dan sistematis), neuropati, dan komplikasi dengan mekanisme gabungan: rentan infeksi, contohnya tuberculosis paru, infeksi saluran kemih, infeksi kulit dan infeksi kaki dan disfungsi ereksi.

Pasien Diabetes Melitus harus dapat menyesuaikan gaya hidup seperti mengatur waktu dan jenis makan rutin berolahraga, patuh dalam mengkonsumsi obat, monitoring kadar glukosa, dan lain-lain yang harus diperhatikan oleh pasien dan keluarga dimana itu nantinya akan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien, kualitas hidup adalah salah satu luaran terapi utama dalam setiap pengobatan (Rahmawati et al., 2022). Menurut Suyono (2016), meningkatnya jumlah pasien DM dan besarnya biaya perawatan pasien DM terutama disebabkan karena komplikasi. Upaya terbaik yang dilakukan adalah mencegahnya. Upaya pencegahan dapat dilakukan dengan tahapan yaitu pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier. Pencegahan primer adalah semua kegiatan yang bertujuan mencegah timbulnya hiperglikemia pada populasi umum misalnya dengan promosi kesehatan makanan sehat dan konseling bahaya diabet. Pencegahan sekunder adalah upaya untuk mencegah dan menghambat timbulnya komplikasi pada pasien

yang menderita DM dengan pengobatan dan deteksi dini komplikasi. Pencegahan tersier adalah segala upaya untuk mencegah komplikasi atau kecacatan melalui konseling dan Pendidikan kesehatan. Upaya pencegahan ini membutuhkan keterlibatan semua pihak demi keberhasilan baik dokter, perawat, ahli gizi, keluarga, pasien itu sendiri (Agustiningrum & Kusbaryanto, 2019).

Upaya yang dapat dilakukan untuk menstabilkan kadar glukosa darah pada pasien Diabetes Melitus Tipe 2 adalah melalui manajemen hiperglikemia dan manajemen hipoglikemia yang terdiri dari observasi tanda dan gejala hiperglikemia atau hipoglikemia dan penyebabnya, terapeutik untuk menstabilkan kadar glukosa darah seperti olahraga untuk pasien hiperglikemia dan asupan karbohidrat untuk pasien hipoglikemia, edukasi tentang diet diabetisi, dan kolaborasi untuk pemberian obat anti hiper/hipoglikemia (SIKI, 2019).

¹ Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan Gangguan Integritas Kulit pada pasien diabetes melitus di RSUD Ibnu Sina Gresik.

1.2 Tinjauan Pustaka

1.2.1 Konsep Gangguan Integritas Kulit

1. Pengertian

¹ Gangguan Integritas kulit atau kerusakan integritas kulit adalah keadaan seseorang mengalami atau beresiko terhadap kerusakan jaringan epidermis dan dermis atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan ligamen) (Agustiningrum & Kusbaryanto, 2019).

2. Anatomi Fisiologi Kulit

Kulit adalah bagian dari luar tubuh yang menutupi seluruh organ-organ tubuh. Kulit beserta serangkaianya, meliputi rambut, kuku, kelenjar mama. Kulit disebut juga integumen. ²¹ Kulit orang dewasa memiliki luas sekitar $\pm 1,5 \text{ m}^2$ dengan berat kira-kira 15% dari BB. Ketebalan kulit setiap lokasinya berbeda-beda, misalnya kulit yang berada pada telapak tangan dan kaki tampak lebih tebal, sedangkan di bagian

wajah, paha, dan dada tampak lebih tipis. Kulit sangat menyeluruh, elastis dan serta sensitif, serta bervariasi pada keadaan iklim umum ras seks dan lokasi pada tubuh. Kondisi kulit yang baik sangat menunjang kepercayaan diri setiap individu, ketika kulit dalam keadaan tidak baik maka dapat mengakibatkan gambaran diri menjadi masalah kesehatan yang perlu diperhatikan. Terdapat banyak etiologi yang menyebabkan gangguan kesehatan pada kulit dimulai dari bakteri, virus, jamur, maupun kondisi autoimun. Sifat-sifat anatomis dan fisiologis kulit di setiap area tubuh berbeda.

Kulit adalah lapisan paling luar dari tubuh yang punya fungsi untuk pelindung terhadap segala bentuk trauma. Kulit atau integument membungkus bagian luar tubuh, tidak hanya berfungsi sebagai barrier mekanis antara lingkungan eksternal dari jaringan dibawahnya, tetapi secara dinamis juga terikat dalam mekanisme pertahanan dan fungsi penting lain termasuk estetika.

Kulit terdiri dari tiga lapisan yaitu epidermis, dermis, dan subkutis (hypodermis, subkutan) :

a. Epidermis, adalah bagian paling luar. Lapisan ini tersusun dari jaringan epitel berlapis gepeng dengan lapisan tanduk, tidak memiliki pembuluh darah maupun pembuluh limfe. Nutrisi di dapat dari pembuluh kapiler pada lapisan dermis yang berdifusi melalui cairan jaringan serta membrane basal. Lapisan epidermis dari dalam keluar tersusun dari :

1) Stratum basale

Lapisan terbawah dari epidermis. Terdiri dari selapis sel selindris atau melanosit yang menghasilkan warna kulit atau pigmen yang dikenal sebagai melamin.

2) Stratum spinosum

Lapisan paling tebal, terdiri dari sel kuboid dengan inti di tengah, nucleolus dan sitoplasma aktif mensintesis filamen keratin.

3) Stratum granulosum

Terdiri lapisan sel-sel polygonal gepeng dengan sitoplasma mengandung granula basofilik yang disebut granula keratohyalin. Mukosa biasanya tidak memiliki lapisan ini. Tampak jelas pada telapak tangan dan kaki.

4) Stratum Lusidum

Lapisan ini hanya ditemukan pada kulit tebal disebut juga lapisan barrier terletak langsung dibawah stratum korneum

5) Startum korneum

Lapisan paling luar, terbentuk dari kreatin dan berfungsi sebagai pelindung lapisan kulit yang lebih dalam.

b. Dermis

adalah struktur terbesar kulit. Komponennya tersusun dari matriks ekstraseluler²⁷ yang berguna untuk menarik dan mempertahankan air. Dermis dilewati oleh saraf, pembuluh darah jaringan, contohnya rambut, kelenjar keringat, dan kelenjar sebacea. Jumlah sel dalam dermis relative sedikit. Sel-sel dermis merupakan sel-sel jaringan ikat seperti fibroblast, sel lemak, sedikit makrofag dan sel mast.

Didalam dermis²⁴ terdiri dari dua lapisan dengan batas yang tidak tegas yaitu sebagai berikut :

1) Stratum papilar

Stratum papilar terdiri jaringan ikat longgar, fibrosa, sel mats, dan makrofag. Pada lapisan ini serabut kolagen khusus menyelip ke dalam lamina basalis dan meluas ke dalam dermis, serabut kolagen tersebut mengikat dermis pada epidermis yang disebut serabut penambat.

2) Stratum reticular

Terdiri dari jaringan ikat padat tak teratur sehingga memiliki lebih banyak serat dan memiliki lebih sedikit sel dibandingkan stratum papilar .

c. Subkutis (Hipodermis/subkutan)

Adalah lapisan dibawah lapisan dermis dan berguna meletakkan kulit dengan otot dan tulang, mengalirkan pembuluh darah dan mempersarafi kulit. Lapisan ini terdiri jaringan ikat lebih longgar dengan serat kolagen halusterorientasi terutama sejajar terhadap permukaan kulit, dengan beberapa diantaranya menyatu dengan dermis. Pada daerah tertentu seperti punggung tangan lapisan ini memungkinkan gerakan kulit diatas struktur yang dibawahnya. Didaerah lain serat-serat yang masuk ke dermis lebih banyak dan relative kulit sukar digerakkan. Sel-sel lemak lebih banyak daripada dalam dermis. Jumlahnya tergantung jenis kelamin dan jumlah gizi. Lemak subcutan cenderung mengumpul di dalam daerah tertentu. Tidak ada atau sedikit lemak ditemukan dalam jaringan subcutan kelopak mata atau penis, namun di abdomen, paha, bokong, dapat mencapai ketebalan 3 cm lebih.

Fungsi kulit sebagai berikut :

- 1) Termoregulasi
- 2) Reservoir darah
- 3) Proteksi
- 4) Ekskresi dan absorpsi
- 5) Cutaneous sensations
- 6) Penunjang penampilan / estetika

Jenis-jenis kulit diantaranya sebagai berikut :

- 1) Kulit normal : kulit yang tidak teralu kering dan tidak terlalu berminyak. Tipe kulit ini adalah tipe yang memiliki kelembapan yang cukup.
- 2) Kulit kering : disebabkan oleh factor luar seperti udara yang kering, kebiasaan mandi terlalu lama dapat membuat kulit kering dan tidak lembab.
- 3) Kulit berminyak : disebabkan oleh produksi sebum yang tinggi. Dapat juga karena perubahan hormone, pertambahan usia dan lain-lain.

3. Batasan Karakteristik

Menurut (Placeholder2) tanda dan gejala untuk diagnose ²³ gangguan integritas kulit adalah :

a. Tanda dan gejala mayor :

Subjektif : -

Objektif : kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

b. Tanda dan gejala minor :

Subjektif : -

Objektif :

- 1) Nyeri
- 2) Pendarahan
- 3) Kemerahan
- 4) Hematoma

4. Etiologi

Penyebab gangguan integritas kulit adalah :

- ¹¹ a. Perubahan sirkulasi
- b. Perubahan status nutrisi (kelebihan volume cairan)
- c. Kekurangan dan kelebihan volume cairan
- d. Penurunan mobilitas
- e. Bahan kimia iritatif
- f. Factor mekanis (misalnya penekanan pada tonjolan tulang, Gerakan.) atau factor elekris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- ²⁵ g. Efek samping terapi radiasi
- h. Kelembapan
- i. Proses penuaan
- j. Neuropati perifer
- k. Perubahan pigmentasi
- l. Perubahan hormonal
- m. Kurang terpapar informasi tentang upaya melindungi integritas jaringan.

23 1.2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit

I. Pengkajian

Pengumpulan data meliputi :

a. Identitas

Klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan dan pekerjaan. Penyakit Diabetes Mellitus sering muncul setelah seseorang memasuki usia 45 tahun terlebih pada orang dengan berat badan berlebih.

b. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama : Keluhan utama yang biasanya dirasakan oleh klien Diabetes Mellitus dengan hiperglikemia adalah mual, pusing, lemas.

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan dominan yang dialami klien adalah munculnya gejala sering buang air kecil (poliuria), sering merasa lapar dan haus (polifagi dan polidipsi), luka sulit untuk sembuh, rasa kesemutan pada kaki, penglihatan semakin kabur, cepat merasa mengantuk dan mudah lelah, serta sebelumnya klien mempunyai berat badan berlebih.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Penyakit Diabetes Mellitus klien pernah mengalami kondisi penyakit yang sama, satatan tentang penyakit yang pernah dialami pasien sebelum masuk rumah sakit

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Diabetes Mellitus dapat berpotensi pada keturunan keluarga, karena kelainan gen yang dapat mengakibatkan tubuhnya tidak dapat menghasilkan insulin dengan baik.

f. Pengkajian Rerview Of System

1) B1 (Breathing)

Inspeksi : Cenderung takipnea

Palpasi : Nafas bau aseton

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Suara vesikuler

2) B2 (Blood)

Inspeksi : Warna kuku, pucat, sianosis terjadi karena penurunan perfusi pada kondisi ketoasidosis atau komplikasi saluran pernafasan infeksi.

Palpasi : Frekuensi nadi dan TD : takikardi dan hipertensi dapat terjadi pada penderita DM karena glukosa dalam darah yang meningkat dapat menyebabkan darah menjadi kental Turgor, menurun pada saat dehidrasi. Pemeriksaan ini untuk menilai warna, kelembapan kulit, suhu, serta turgor kulit. Pada klien yang menderita Diabetes Mellitus. biasanya ditemukan warna (kaji adanya warna kemerahan hingga kehitaman pada luka. Akan tampak warna kehitaman disekitar luka. Daerah yang seringkali terkena adalah ekstermitas bawah). Kelembapan kulit, lembab pada penderita yang tidak memiliki diuresis osmosis dan tidak mengalami dehidrasi. Kering pada klien yang mengalami diuresis, osmosis dan dehidrasi. Suhu, klien yang mengalami hipertermi biasanya mengalami.

Perkusi : -

Auskultasi : -

3) B3 (Brain)

Inspeksi : Kesadaran pasien bisa kompromis sampai dengan stupor apabila pasien mengalami ketoasidosis.

Palpasi : Pasien dengan hiperglikemia yang berkepanjangan akan mengalami komplikasi berupa neuropati atau kehilangan sensori terhadap rangsangan nyeri, tekanan, gesekan, yang menyebabkan timbulnya ulkus.

Perkusi : -

Auskultasi : -

4) B4 (Bladder)

Inspeksi : Jumlah urin yang banyak akan dijumpai baik secara frekuensi maupun volume (pada frekuensi biasanya lebih dari 10 x sehari, sedangkan volumenya mencapai 2500 – 3000 cc sehari). Untuk warna tidak ada perubahan sedangkan bau ada unsur aroma gula.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen bagian bawah.

Perkusi : -

Auskultasi : -

5) B5 (Bowel)

Inspeksi : -

Auskultasi : -

Perkusi : -

Palpasi : -

Pasien cenderung mengkonsumsi glukosa berlebih dengan jam dan porsi yang tidak teratur, karena glukosa yang ada tidak dapat ditarik kedalam sel sehingga terjadi penurunan masa sel. Frekuensinya BAB satu hingga dua kali sehari dengan warna kekuningan.

6) B6 (Bone)

Inspeksi : Terdapat luka atau tidak , jenis2 luka, grade luka.

Palpasi : kedalaman luka

Perkusi : -

Auskultasi : -

Hiperglikemia menyebabkan penurunan gerak karena kelemahan fisik, kram otot, penurunan tonus otot gangguan istirahat dan tidur, takikardi atau takipnea pada saat melakukan aktivitas hingga terjadi koma. Terjadi kelemahan otot-otot bagian tungkai bawah pada penderita Diabetes Mellitus akan mengalami ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara maksimal serta mudah mengalami kelelahan.

8
g. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Glukosa darah : gula darah puasa lebih dari 130 ml/dL , tes toleransi glukosa lebih dari 200 ml/dL 2 jam setelah pemberian glukosa.
- 2) Aseton plasma (keton) : positif secara mencolok
- 3) Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkat
- 4) Osmolalitas serum meningkat kurang dari 330mOsm/L
- 5) Amilase darah : terjadi peningkatan yang dapat mengindikasikan adanya pankreasitis akut sebagai penyebab terjadinya Diabetes Ketoacidosis
- 6) Insulin darah : pada DM tipe 2 yang mengindikasikan adanya gangguan dalam penggunaannya (endogen dan eksogen). Resistensi insulin dapat berkembang sekunder terhadap pembentukan antibody
- 7) Pemeriksaan fungsi tiroid : pemeriksaan aktivitas hormone tiroid dapat meningkatkan glukosa dalam darah dan kebutuhan akan insulin
- 8) Urine : gula darah aseton positif; berat jenis dan osmolalitas mungkin meningkat.
- 9) Kultur dan sensitivitas : kemungkinan adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi saluran pernafasan serta infeksi pada luka.
- 10) HbA1c : rata-rata gula darah selama 2 hingga 3 bulan terakhir yang digunakan bersama dengan pemeriksaan gula darah biasa untuk membuat penyesuaian dalam pengendalian Diabetes Mellitus.

1
2. Analisa Data

Data yang terkumpul lalu dikelompokkan dan di analisa serta sintesa data. Pengelompokkan data dibedakan data subjektif dan data objektif dan berpedoman pada teori *Abraham Maslow* yang terdiri dari kebutuhan dasar atau fisiologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan cinta dan kasih sayang, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses penilaian klinis terhadap aspek pengkajian dan pengumpulan data guna mendiagnosis masalah keperawatan pada pasien berdasarkan keluhan pasien, observasi serta pemeriksaan penunjang. Aktual atau potensial dan kemungkinan dan membutuhkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah keperawatan tersebut. Diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data menurut SDKI (2017) ditemukan diagnosa keperawatan sebagai berikut

Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan.

4. Intervensi Keperawatan

Menurut SIKI dan SLKI (2019), Intervensi Gangguan Integritas Kulit (D.0129) adalah :

Tabel 1.1 Intervensi Keperawatan Gangguan Integritas Kulit

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan&Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Gangguan Integritas Kulit (D.0129)	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kulit dan jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil : Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (missal drainase, warna, ukuran, dan bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu

	<p>25</p> <p>4. Kerusakan jaringan menurun</p> <p>5. Kerusakan lapisan kulit menurun</p> <p>6. Nyeri menurun</p> <p>7. Perdarahan menurun</p> <p>8. Kemerahan menurun</p> <p>9. Hematoma menurun</p> <p>10. Pigmentasi abnormal menurun</p> <p>11. Jaringan parut menurun</p> <p>12. Nekrosis menurun</p> <p>13. Abrasi kornea menurun</p> <p>14. Suhu kulit membaik</p> <p>15. Sensasi membaik</p> <p>16. Tekstur membaik</p> <p>17. Pertumbuhan rambut membaik</p>	<p>9</p> <p>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>5. Berikan salep yang sesuai kekulit / lesi, jika perlu</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/Hari dan protein 1,25-1,5gram/kgBB/Hari</p> <p>11. Berikan asupan vitamin dan mineral</p>
--	--	--

		<p>(misal vitamin A, C, Zinc, Asam Amino), sesuai indikasi</p> <p>12. Berikan terapi TENS (Stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan anda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur debridement (misal enzymatic, biologis, mekanis, autolytic), jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
--	--	---

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah suatu wujud ¹ dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap-tahap intervensi dapat dilaksanakan dengan baik

apabila berdasarkan hakekatnya, jenis implementasi bisa dikerjakan oleh perawat itu sendiri, kolaborasi dengan tim medis lain dan rujukan dari profesi lain.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah yang dilakukan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang dikaji berupa keadaan luka yang sudah membaik sesuai SLKI atau kriteria hasil dan rencana keperawatan.

1.2.3 Konsep Diabetes Melitus

1. Pengertian

¹⁵ Diabetes mellitus adalah suatu gangguan pada metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat, jika telah berkembang penuh secara klinis maka diabetes melitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerosis dan penyakit vaskuler mikroangiopati (Bhatt et al., 2016).

Diabetes mellitus tipe 2 merupakan penyakit hiperglikemi akibat insensivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pancreas, maka diabetes mellitus tipe 2 dianggap sebagai non insulin dependent diabetes mellitus. Diabetes mellitus tipe 2 adalah penyakit gangguan metabolik di tandai dengan naiknya gula darah akibat turunya sekresi insulin oleh sel beta pancreas dan/atau gangguan fungsi insulin (resistensi insulin) (Bhatt et al., 2016).

DM menurut *American Diabete Association* (ADA) adalah suatu penyakit metabolic dengan ciri-ciri hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya. Diabetes melitus adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh gagalnya organ pancreas memproduksi jumlah ²¹ hormone insulin secara cukup sehingga menyebabkan meningkatnya kadar gula dalam darah diatur oleh hormone insulin yang diproduksi oleh pancreas, yaitu organ yang terletak di belakang lambung. Pada penderita DM, pancreas tidak bisa memproduksi

insulin sesuai kebutuhan tubuh. Tanpa insuli, sel-sel tubuh tidak dapat menyerap dan mengolah glukosa menjadi energi hiperglikemia kronik pada diabetes dapat menyebabkan kerusakan jangka panjang, disfungsi beberapa organ tubuh terutama mata, ginjal, saraf, jantung, pembuluh darah (Fatwa Imelda, Prof. Drs. Heru Santosa, & Mula Tarigan, 2022).

2. Etiologi dan Klasifikasi

Berdasarkan (Seolistijo et al., 2015) DM diklasifikasikan menjadi :

a. Diabetes Melitus Tipe 1

Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolut, yang disebabkan oleh autoimun dan idiopatik.

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Pasien diabetes melitus tipe 2 memiliki satu atau lebih keabnormalan di bawah ini, antara lain:

- 1) Defisiensi insuli reatif : insulin yang disekresi oleh sel beta pancreas untuk metabolisme tidak tercukupi
- 2) Resistensi insulin disertai defisiensi insulin relative

c. Diabetes Melitus Tipe Lain

Diabetes tipe ini disebabkan karena beberapa hal, sebagai berikut : defek genetic fungsi sel beta, defek genetic kerja insulin penyakit eksokrin pancreas, endokrinopati, karena obat atau zat kimia, infeksi, sebab imunologi yang jarang dan sidrom genetic lain yang berkaitan dengan diabetes

d. Diabetes Melitus Kehamilan

Diabetes melitus kehamilan atau disebut dengan istilah diabetes Melius Gatasional adalah suatu gangguan toleransi karbohidrat yang terjadi dan diketahui pertama kali pada saat kehamilan sedang berlangsung. Faktor resiko diabetes tipe ini misal obesitas, adanya riwayat diabetes melitus G, glukosuria, adanya riwayat keluarga dengan diabetes, abortus berulang, adanya riwayat melahirkan bayi dengan berat >4 kg, dan adanya riwayat preeklamsia, penilaian adanya resiko diabetes melitus gestasional perlu dilakukan sejak kunjungan awal untuk pemeriksaan kehamilannya.

3. Patofisiologi

Dalam patofisiologi DM tipe 2 terdapat beberapa keadaan yang berperan yaitu :

- a. Resistensi Insulin
- b. Disfungsi sel beta pancreas

Diabetes Melitus tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal. Keadaan ini lazim disebut sebagai “resistensi insulin”. Resistensi insulin banyak terjadi akibat dari obesitas dan kurangnya aktifitas fisik serta penuaan. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 dapat juga terjadi produksi glukosa hepatic yang berlebih namun tidak terjadi pangrusakan sel-sel beta Langerhans secara autoimun seperti diabetes melitus tipe 2. Defisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes melitus tipe 2 hanya bersifat relative dan tidak absolut. Pada awal perkembangan diabetes melitus tipe 2, sel B menunjukkan gangguan pada sekresi insulin fase pertama, artinya sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik pada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel beta pancreas. Kerusakan sel-sel beta pancreas akan terjadi secara progresif seringkali akan menyebabkan defisiensi insulin, sehingga akhirnya penderita memerlukan insulin eksogen. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 memang umumnya ditemukan kedua factor tersebut yaitu resistensi insulin dan defisiensi insulin (Bhatt et al., 2016).

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik dari diabetes mellitus adalah:

a. Poliuria

Hal ini disebabkan karena kadar glukosa darah yang tinggi. Jika kadar glukosa darah sampai diatas 160-180 mg/dL, maka kadar glukosa darah sampai ke air kemih. Jika kadarnya lebih tinggi lagi, ginjal membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar kadar glukosa darah yang hilang. Karena ginjal menghasilkan air kemih dalam jumlah yang berlebihan, maka pasien sering berkemih dalam jumlah yang banyak.

b. Polidipsi

Hal ini disebabkan karena pembakaran terlalu banyak dan kehilangan cairan banyak karena poliuri, sehingga untuk mengimbangi klien lebih banyak minum.

c. Polifagi

Hal ini disebabkan karena sejumlah besar kalori hilang ke dalam air kemih, sehingga pasien mengalami penurunan BB. Untuk mengkompensasikan hal ini pasien seringkali merasakan lapar yang luar biasa sehingga banyak makan.

d. Berat badan menurun

Hal ini disebabkan kehabisan glikogen yang telah dilebur jadi kadar glukosa darah, maka tubuh berusaha mendapatkan pelepasan zat dan bagian tubuh yang lain yaitu lemak dan protein karena tubuh terus merasa lapar, maka tubuh selanjutnya memecah cadangan makanan yang ada di tubuh termasuk yang berada di jaringan otot dan lemak sehingga klien dengan DM walaupun banyak makan tetap kurus.

5. Komplikasi

Diabetes yang tidak terkontrol dengan baik akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis. Menurut (Bhatt et al., 2016) terbagi menjadi dua yaitu sebagai berikut :

a. Komplikasi akut

1) Hipoglikemia, adalah kadar glukosa darah seseorang di bawah nilai normal (<50 mg/dl). Hipoglikemia lebih sering terjadi pada penderita DM Tipe 1 yang dapat dialami 1-2 kali perminggu, kadar gula darah yang terlalu rendah menyebabkan sel-sel otak tidak mendapat pasokan energi sehingga tidak berfungsi bahkan dapat mengalami kerusakan.

2) Hiperglikemia, adalah apabila kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain ketoasidosis diabetik, koma hiperosmoler non ketotik (KHNK) dan keolaktosis.

b. Komplikasi Kronis

- 1) Komplikasi Makrovaskuler adalah yang umum berkembang pada penderita DM adalah trombosit otak (pembekuan darah pada sebagian otak), mengalami penyakit jantung coroner (PJK), gagal jantung kongestif, dan stroke.
- 2) Komplikasi Mikrovaskuler terutama terjadi pada penderita DM tipe 1 seperti nefropati. Diabetic retinopati (kebutaan), neuropati, dan amputasi.

6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Postprandial : dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum dengan hasil angka diatas 130 mg/dl mengindikasikan diabetes melitus.
- b. Hemoglobin glikosuria : Hb1c untuk menilai kadar gula darah selama angka melebihi 6,1% menunjukkan diabetes melitus.
- c. Tes toleransi glukosa oral : Setelah berpuasa semalaman kemudian d5 diberikan air 75gram gula dan akan diuji selama 24 jam, normalnya < 140 md/dl.
- d. Tes Glukosa darah dengan stick

7. Penatalaksanaan

Prinsip penatalaksanaan diabetes melitus secara umum ada lima sesuai consensus pengolaan DM di Indonesia tahun 2006 adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien DM.

Tujuan penatalaksanaan DM adalah :

- a. Jangka pendek : hilangnya keluhan dan tanda DM, mempertahankan rasa nyaman dan tercapainya target pengendalian glukosa darah.
- b. Jangka Panjang : tercegah dan terhambatnya progresivitas penyulit mikroangiopati, makroangiopati dan neuropati.

Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan ortalitas DM. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan pengendalian glukosa darah, tekanan darah, berat badan dan profil lipid, melalui pengelolaan pasien secara holistic dengan mengajarkan perawatan mandiri dan perubahan perilaku.

- a. Diet

Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes hamper sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Pada penyandang diabetes perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin. Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi yang seimbang dalam hal karbohidrat 60-70% lemak 20-25% dan protein 10-15%. Untuk menentukan gizi, dihitung dengan BMI (Body Massa Indeks)/ IMT (Indeks Massa Tubuh). Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan alat atau cara yang sederhana untuk memantau status gizi orang dewasa, khususnya yang berkaitan dengan kekurangan dan kelebihan BB. Untuk mengetahui nilai IMT ini, dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB (m)} \times \text{TB (m)}}$$

b. Exercise (Latihan fisik/olahraga)

Dianjurkan latihan secara teratur (3-4x/minggu) selama kurang lebih 30 menit, yang sifatnya sesuai dengan continuous, rhythmical, interval, progressive, endurance (CRIPE). Training sesuai dengan kemampuan pasien. Sebagai contoh adalah olahraga ringan jalan kaki biasa selama 30 menit. Hindarkan pada kebiasaan hidup yang kurang gerak atau bermalas-malasan.

c. Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan sangat penting dalam pengelolaan. Pendidikan kesehatan pencegahan primer harus diberikan kepada kelompok masyarakat yang beresiko tinggi. Pendidikan kesehatan sekunder diberikan kepada kelompok sekunder diberikan kepada kelompok pasien DM. sedangkan Pendidikan kesehatan untuk pencegahan tersier diberikan kepada pasien yang sudah mengidap DM dengan penyulit menahun.

d. Obat (Oral hipoglikemik dan insulin)

Jika pasien telah melakukan pengaturan makan dan latihan fisik tetapi tidak berhasil mengendalikan kadar gula darah maka dipertimbangkan pemakaian obat hipoglikemik.

Obat-Obatan Diabetes Melitus sebagai berikut :

1) Antidiabetik oral

Penatalaksanaan pasien DM dilakukan dengan menormalkan kadar gula darah dan mencegah komplikasi. Lebih khusus lagi dengan menghilangkan gejala, optimalisasi parameter metabolic dan mengontrol berat badan. Bagi pasien DM tipe 1 penggunaan insulin adalah terapi utama. Indikasi antidiabetic oral terutama ditujukan untuk penanganan pasien DM tipe 2 ringan sampai sedang yang gagal dikendalikan dengan pengaturan asupan energi dan karbohidrat serta olahraga. Obat golongan ini ditambahkan bila setelah 4-8 minggu upaya diet dan olahraga dilakukan, kadar gula darah tetap di atas 200 mg% dan HbA1c diatas 8%. Jadi obat ini bukan menggantikan upaya diet, melainkan membantunya. Pemilihan obat antidiabetic oral yang tepat sangat menentukan keberhasilan terapi diabetes. Pemilihan terapi menggunakan antidiabetic oral dapat dilakukan dengan satu jenis obat atau kombinasi. Pemilihan dan penentuan regimen antidiabetic oral yang digunakan harus mempertimbangkan tingkat keparahan penyakit DM serta kondisi kesehatan pasien secara umum termasuk penyakit-penyakit lain dan komplikasi yang ada. Dalam hal ini obat hipoglikemik oral adalah termasuk golongan sulfonilurea, biguanid , inhibitor alfa glucosidase dan insulin sensitizing.

2) Insulin

Insulin adalah protein kecil dengan berat molekul 5808 pada manusia. Insulin mengandung 51 asam amino yang tersusun dalam kedua rantai tersebut. Untuk pasien yang tidak terkontrol dengan diet atau pemberian hipoglikemik oral, kombinasi insulin dan obat-

obat lain bisa sangat efektif. Insulin kadangkala dijadikan pilihan sementara, misalnya selama kehamilan. Namun pada pasien DM tipe 2 yang memburuk, penggantian insulin total menjadi kebutuhan. Insulin total menjadi kebutuhan. Insulin merupakan hormon yang mempengaruhi metabolisme karbohidrat maupun metabolisme protein dan lemak. Fungsi insulin antara lain menaikkan pembentukan glikogen dalam hati dan otot serta mencegah penguraian glikogen, menstimulasi pembentukan protein dan lemak dari glukosa.

Untuk mencapai tujuan tersebut perlu dilakukan cara pengendalian kadar glukosa darah, tekanan darah, berat badan, dan profil lipid, melalui pengelolaan pasien secara komprehensif. Langkah-langkah Penatalaksanaan Umum:

a) Evaluasi medis yang lengkap pada pertemuan pertama :

(1) Riwayat penyakit

- (a) Gejala yang dialami oleh pasien.
- (b) Pengobatan lain yang mungkin berpengaruh terhadap penurunan kadar glukosa darah.
- (c) Faktor risiko: merokok, hipertensi, riwayat diabetes mellitus, obesitas, dan riwayat penyakit keluarga (termasuk penyakit diabetes mellitus dan endokrin lain). 18
- (d) Riwayat penyakit dan pengobatan.
- (e) Pola hidup, budaya, psikososial, pendidikan, dan status ekonomi.

(2) Pemeriksaan Fisik

- (a) Pengukuran tinggi dan berat badan.
- (b) Pengukuran tekanan darah, nadi, rongga mulut, kelenjar tiroid, paru dan jantung
- (c) Pemeriksaan kaki secara komprehensif

(3) Evaluasi Laboratorium

- (a) HbA1c diperiksa paling sedikit 2 kali dalam 1 tahun pada pasien yang mencapai sasaran terapi dan yang memiliki kendali glikemik stabil, dan 4 kali dalam 1 tahun pada pasien dengan perubahan terapi atau yang tidak mencapai sasaran terapi
 - (b) Kadar glukosa darah darah puasa dan 2 jam setelah makan.
- b) Langkah-langkah Penatalaksanaan Khusus :
- Penatalaksanaan diabetes mellitus dimulai dengan pola hidup sehat, dan bila perlu dilakukan intervensi farmakologis dengan obat antihiperqlikemia secara oral dan/atau suntikan.

(1) Edukasi

Edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan diabetes mellitus secara holistik.

(2) Terapi nutrisi medis

Penyandang diabetes mellitus perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun kadar glukosa darah atau insulin.

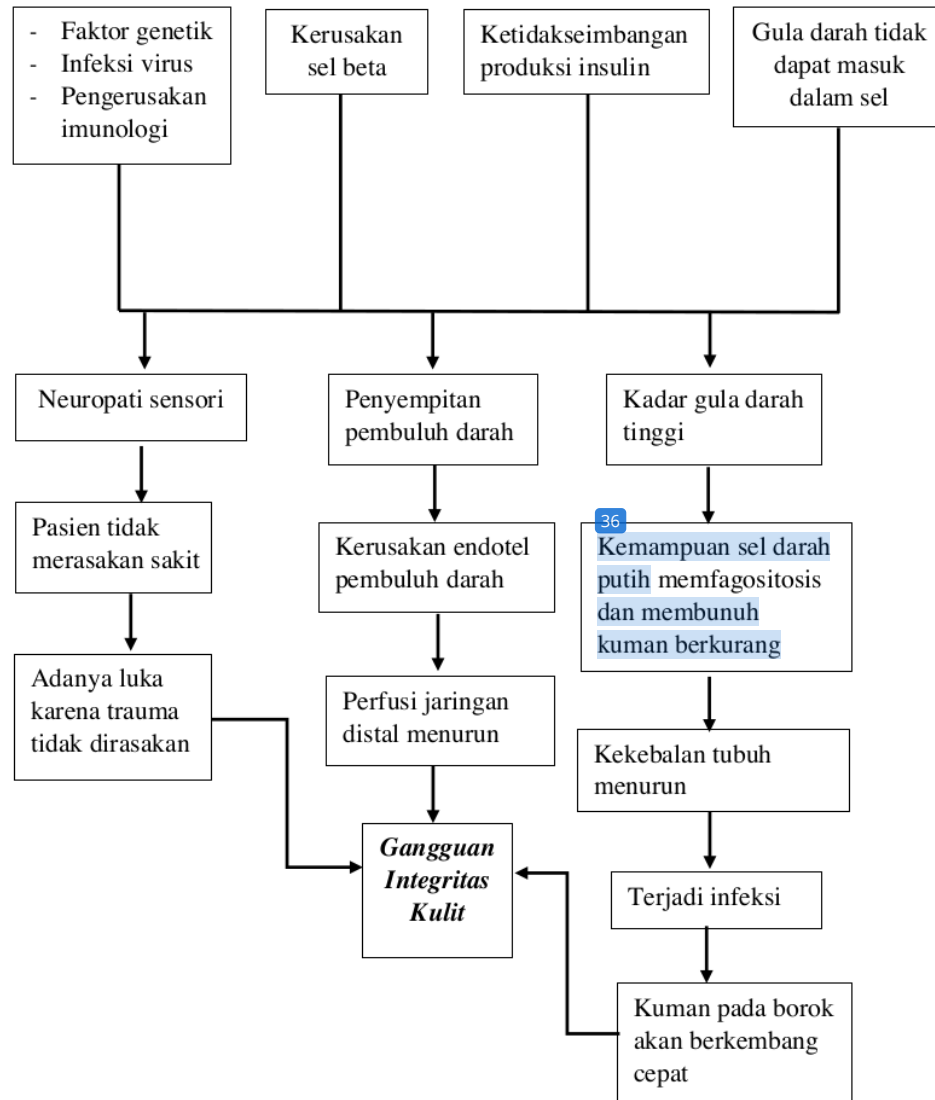
(3) Latihan jasmani

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur 3-5 hari seminggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total 150 menit perminggu, dengan jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang (50-70% denyut jantung maksimal) seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Denyut jantung maksimal dihitung dengan cara = $220 - \text{usia pasien dalam tahun}$.

(4) Intervensi farmakologis

Terapi farmakologis diberikan bersama dengan pengaturan makan dan latihan jasmani (gaya hidup sehat). Terapi farmakologis terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan.

8. Pathway



Gambar 1.1 : Pathway

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan masalah gangguan integritas kulit pada pasien diabetes mellitus di RSUD Ibnu Sina Gresik.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan gangguan integritas kulit pada pasien diabetes mellitus di RSUD Ibnu Sina Gresik.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan gangguan integritas kulit pada pasien diabetes mellitus di RSUD Ibnu Sina Gresik.
3. Menyusun perencanaan keperawatan gangguan integritas kulit pada pasien diabetes mellitus di RSUD Ibnu Sina Gresik.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan gangguan integritas kulit pada pasien diabetes mellitus di RSUD Ibnu Sina Gresik.
5. Melakukan evaluasi gangguan integritas kulit pada pasien diabetes mellitus di RSUD Ibnu Sina Gresik.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Menjadi referensi dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien yang mengalami diabetes mellitus dengan gangguan Ketidakstabilan kadar glukosa darah hiperglikemia sesuai dengan standart keperawatan profesional dan menjadi bahan pengembangan dalam memberikan pelayanan keperawatan profesional yang komprehensif.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

1. Bagi Perawat

Menambah pegetahuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami diabetes mellitus dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah hiperglikemia sehingga diharapkan dapat memberikan perawatan dan penanganan yang optimal dan mengacu fokus permasalahan yang tepat.

2. Bagi Rumah Sakit

Memberikan standart pelayanan keperawatan pada pasien yang mengalami diabetes mellitus dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah

hiperglikemia berdasarkan proses keperawatan yang berbasis pada konsep bio-psiko-kultural-spiritual, dan meningkatkan kualitas data dan mutu pelayanan keperawatan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai referensi atau informasi dalam pengembangan serta peningkatan mutu dan kualitas pendidikan tentang asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami diabetes mellitus dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah hiperglikemia.

4. Bagi Pasien

Dapat digunakan informasi mengenai penyakit diabetes mellitus dengan sesak nafas, sehingga dapat menentukan dan perawatan kesehatan serta pengambilan keputusan yang tepat terhadap penyakit diabetes mellitus dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah hiperglikemia.

BAB 2
GAMBARAN KASUS

8
2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas Pasien

Tabel 2.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Tanggal MRS	30 Desember 2022	31 Desember 2022	7 Januari 2023
Ruang	Ixia	Ixia	Ixia
No. RM	833xxx	658xxx	793xxx
Diagnosa Medis	DM Tipe 2 Hiperglikemia	DM Tipe 2 Hiperglikemia	DM Tipe 2 Hiperglikemia
Tanggal Pengkajian	2 Januari 2023	2 Januari 2023	7 Januari 2023
Nama	Ny. K	Ny. T	Ny. F
Umur	55 Tahun	55 Tahun	55 Tahun
Suku/Bangsa	Jawa	Jawa	Jawa
Bahasa	Indonesia	Indonesia	Indonesia
Pekerjaan	IRT	IRT	IRT
Status	Istri	Istri	Istri
Alamat	Banjarsari Permai L-19 Rt 11 Rw 02 Kec. Manyar Kab. Gresik	Jatirejo Rt 12 Rw 02 Kec. Benjeng Kab. Gresik	Gesing Kalipalang Rt 06 Rw 03 Kec. Benjeng Kab. Gresik
Nama / hubungan dengan klien	Tn. A (suami)	Tn. N (suami)	Tn. T (anak)
Pekerjaan	Swasta	Swasta	Swasta
Alamat	Banjarsari Permai L-19 Rt 11 Rw 02 Kec. Manyar Kab. Gresik	Jatirejo Rt 12 Rw 02 Kec. Benjeng Kab. Gresik	Gesing Kalipalang Rt 06 Rw 03 Kec. Benjeng Kab. Gresik

2.1.2 Riwayat Penyakit

Tabel 2. 2 Riwayat Penyakit

Pengkajian	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Keluhan Utama	Luka pada kaki kiri bagian tungkai	Luka pada kaki kiri bagian jempol	Luka pada paha kanan bagian atas
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien datang tanggal 30 Desember 2022 jam 15.00 WIB. Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai. Di IGD sudah dilakukan tindakan keperawatan seperti perawatan luka dan GDA dengan hasil : 480. Untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut pasien di MRS kan di Ruang Ixia.	Pasien datang tanggal 7 Januari 2023 jam 09.00 WIB. Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian jempol. Di IGD sudah dilakukan tindakan keperawatan seperti perawatan luka dan GDA dengan hasil : 334 Untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut pasien di MRS kan di Ruang Ixia.	Pasien datang tanggal 31 Desember 2022 jam 15.00 WIB. Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri paha bagian atas. Di IGD sudah dilakukan tindakan keperawatan seperti perawatan luka dan GDA dengan hasil : 317. Untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut pasien di MRS kan di Ruang Ixia.
Riwayat Penyakit Dahulu	Pasien mengatakan memiliki	Pasien mengatakan memiliki	Pasien mengatakan memiliki

	penyakit DM sudah sejak 5 tahun yang lalu. Dan pasien memiliki riwayat HT.	penyakit DM sejak 4 tahun yang lalu. Dan pasien memiliki riwayat HT.	penyakit DM sudah sejak 3 tahun yang lalu. Dan pasien memiliki riwayat HT.
Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan ibunya dahulu memiliki penyakit DM.	Pasien mengatakan ayahnya dahulu memiliki penyakit DM.	Pasien mengatakan neneknya dahulu memiliki penyakit DM.

2.1.3 Riview Of System

Tabel 2.3 Riview Of System

Riview Of System	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Breathing (B1)	Inspeksi : Gerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada retraksi otot bantu napas, tidak ada pernafasan cuping hidung. Auskultasi : terdengar bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat bunyi nafas tambahan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada	Inspeksi : Gerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada retraksi otot bantu napas, tidak ada pernafasan cuping hidung. Auskultasi : terdengar bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat bunyi nafas tambahan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada	Inspeksi : Gerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada retraksi otot bantu napas, tidak ada pernafasan cuping hidung. Auskultasi : terdengar bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat bunyi nafas tambahan. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada

	dinding dada, tidak ada trauma dada, fremitus simetris kanan kiri vibrasi ringan teraba pada dinding dada selama bersuara. Perkusi : Terdengar suara sonor	dinding dada, tidak ada trauma dada, fremitus simetris kanan kiri vibrasi ringan teraba pada dinding dada selama bersuara. Perkusi : Terdengar suara sonor	dinding dada, tidak ada trauma dada, fremitus simetris kanan kiri vibrasi ringan teraba pada dinding dada selama bersuara. Perkusi : Terdengar suara sonor
Blood (B2)	Inspeksi : Tidak ada iktus jantung,, kesadaran composmentis, GCS = E4V5M6. Palpasi : Nadi teraba cepat (98x/Menit), tekanan darah meningkat (171/88 mmHg) Perkusi : a) Batas Kanan : Ruang ICS ke 3 s/d 5 pada alenea parasternalis kanan b) Batas kiri : ruang ICS ke 3 linea parasternalis kiri s/d ruang	Inspeksi : Tidak ada iktus jantung,, kesadaran composmentis, GCS = E4V5M6. Palpasi : Nadi teraba (80x/Menit), tekanan darah meningkat (150/70 mmHg) Perkusi : e) Batas Kanan : Ruang ICS ke 3 s/d 5 pada alenea parasternalis kanan f) Batas kiri : ruang ICS ke 3 linea parasternalis kiri s/d ruang ICS ke 5 linea	Inspeksi : Tidak ada iktus jantung,, kesadaran composmentis, GCS = E4V5M6. Palpasi : Nadi teraba (80x/Menit), tekanan darah meningkat (180/75 mmHg) Perkusi : i) Batas Kanan : Ruang ICS ke 3 s/d 5 pada alenea parasternalis kanan j) Batas kiri : ruang ICS ke 3 linea parasternalis kiri s/d ruang ICS ke 5 linea

	<p>ICS ke 5 linea axilaris anterior kiri</p> <p>c) Bagian Atas : ruang ICS ke 3 linea parasternal kanan s/d ke 3 linea parasternalis kiri</p> <p>d) Batas bawah : ruang ICS ke 5 linea parasternalis kanan s/d ruang ICS ke 5 linea axilaris anterior kiri</p> <p>Auskultasi : Terdengar S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi mur-mur</p>	<p>axilaris anterior kiri</p> <p>g) Bagian Atas : ruang ICS ke 3 linea parasternal kanan s/d ke 3 linea parasternalis kiri</p> <p>h) Batas bawah : ruang ICS ke 5 linea parasternalis kanan s/d ruang ICS ke 5 linea axilaris anterior kiri</p> <p>Auskultasi : Terdengar S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi mur-mur</p>	<p>axilaris anterior kiri</p> <p>k) Bagian Atas : ruang ICS ke 3 linea parasternal kanan s/d ke 3 linea parasternalis kiri</p> <p>l) Batas bawah : ruang ICS ke 5 linea parasternalis kanan s/d ruang ICS ke 5 linea axilaris anterior kiri</p> <p>Auskultasi : Terdengar S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi mur-mur</p>
Brain (B3)	<p>Inspeksi : kepala bulat tidak ada benjolan.</p> <p>Palpasi : tidak teraba benjolan dan tidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi : -</p> <p>Auskultasi : -</p>	<p>Inspeksi : kepala bulat tidak ada benjolan.</p> <p>Palpasi : tidak teraba benjolan dan tidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi : -</p> <p>Auskultasi : -</p>	<p>Inspeksi : kepala bulat tidak ada benjolan.</p> <p>Palpasi : tidak teraba benjolan dan tidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi : -</p> <p>Auskultasi : -</p>

Bladder (B4)	Inspeksi : tidak ada pembengkakan pada kandung kemih, pasien terpasang kateter uk 16, urin tampung : 300/8 jam Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih Perkusi : - Auskultasi : -	Inspeksi : tidak ada pembengkakan pada kandung kemih, pasien terpasang kateter uk 16, urin tampung : 500/8 jam Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih Perkusi : - Auskultasi : -	Inspeksi : tidak ada pembengkakan pada kandung kemih, pasien terpasang kateter uk 16, urin tampung : 600/8 jam Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih Perkusi : - Auskultasi : -
Bowel (B5)	Inspeksi : Bentuk abdomen simetris kanan kiri, tidak ada asites Auskultasi : bising usus = 15x/menit Perkusi : terdengar suara tympani, ada pantulan gelombang suara pantulan Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen	Inspeksi : Bentuk abdomen simetris kanan kiri, tidak ada asites Auskultasi : bising usus = 17x/menit Perkusi : terdengar suara tympani, ada pantulan gelombang suara pantulan Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen	Inspeksi : Bentuk abdomen simetris kanan kiri, tidak ada asites Auskultasi : bising usus = 16x/menit Perkusi : terdengar suara tympani, ada pantulan gelombang suara pantulan Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada abdomen
Bone (B6)	Inspeksi : Tidak ada fraktur, kaki simetris kanan kiri, terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai (calcaneus)	Inspeksi : Tidak ada fraktur, kaki simetris kanan kiri, terdapat luka pada kaki kiri bagian dijit	Inspeksi : Tidak ada fraktur, kaki simetris kanan kiri, terdapat luka pada kaki kiri bagian

	<p>, dengan kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat cairan - Berwarna kuning kemerahan - Panjang luka : 10cm - Kedalaman luka : 2cm - Tercium bau gas <p>Palpasi : Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema</p> <p>Perkusi : sensori kaki kanan dan kiri (+/+)</p> <p>Auskultasi : -</p>	<p>I, dengan kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdapat cairan - Berwarna hitam - Panjang luka : 4cm - Kedalaman luka : 0,5 cm - Tidak tercium bau gas - Nekrosis <p>Palpasi : Teraba hangat, CRT <3 detik, tidak terdapat edema</p> <p>Perkusi : sensori kaki kanan dan kiri (+/+)</p> <p>Auskultasi : -</p>	<p>paha atas , dengan kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat cairan - Berwarna putih kuning kemerahan - Panjang luka : 5cm - Kedalaman luka : 0,5cm - Tercium bau gas <p>Palpasi : Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema</p> <p>Perkusi : sensori kaki kanan dan kiri (-/-), kelemahan otot pada kaki akibat CVA.</p> <p>Auskultasi : -</p>
--	--	--	---

2.1.4 Pemeriksaan Fisik

Tabel 2. 4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Keadaan umum	Lemah, klien terlihat tidak merawat diri,	Lemah, klien terlihat tidak merawat diri,	Lemah, klien terlihat tidak merawat diri,
Kesan Umum	Klien kooperatif	Klien kooperatif	Klien kooperatif
Kesadaran	Composmentis	Composmentis	Composmentis
GCS	E4 V5 M6	E4 V5 M6	E4 V5 M6
Tinggi badan	156 cm	158	150
Berat badan	55kg	58kg	45kg
Tanda-tanda Vital	TD : 171/88 mmHg Nadi : 98x/m Rr : 17x/m Suhu : 36°C SpO2 : 100%	TD : 150/70mmHg 30 Nadi : 80x/m Rr : 17x/m Suhu : 36°C SpO2 : 100%	TD : 180/75 mmHg 30 Nadi : 80x/m Rr : 17x/m Suhu : 36°C SpO2 : 100%

2.1.5 Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 2. 5 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2	Klien 3
Hemoglobin	L 11,2	11,7	11,6
Lekosit	H 11,70	H 17,30	H 13,00
Eosinofil	0	0	0
Basophil	L 0	L 0	L 0
Neutrophil staff / diff	L 0	L 0	L 0
Neutrophil segmen	H 77	L 0	H 86
Limfosit	L 17	H 89	L 8
Monosit	L 6	L 6	L 6
Hematocrit	L 32	L 32	L 32
Trombosit	338.0	334.0	258,0

MCV	87	85	L 70
MCH	28	20	22
MCHC	32	30	32
Eritrosit	L 3.73	L 3,77	5,21
SGOT	H 60.6	H 59,9	59,1
SGPT	36.0	37,0	36,6
Glukosa Darah Sewaktu	H 480	H 334	H 317
BUN	L 7.9	H 32,3	L 7,8
Kreatinin	H 0.79	H 2,45	0,65
Natrium	136	L 126	96
HbA1C	H 9.70	H 9,69	H 9.0
Kalium (K)	3.7	3,7	4,3
Clorida (Na)	106	99	96
Antigen SARS-Cov	Negatif	Negatif	Negatif

2.1.6 Terapi Yang Didapat

Tabel 2.6 Terapi Klien

Klien 1	<ol style="list-style-type: none"> 1) Infus PZ 500ml 14tpm 2) Injeksi iv antrain 3x2mg 3) Injeksi iv ranitidine 3x2mg 4) Injeksi iv ceftriaxone 3x1gr 5) Injeksi sc novorapid 3x8 unit 6) Per Oral amlodipin 1x10mg
Klien 2	<ol style="list-style-type: none"> 1) Infus PZ 500ml 14tpm 2) Injeksi iv antrain 3x2mg 3) Injeksi iv Omeprazole 2x40mg 4) Injeksi iv Ampicilin sulbactam 3x1,5gr 5) Injeksi iv ondansentron 3x4mg 6) Injeksi sc novorapid 3x6 unit
Klien 3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Infus PZ 500ml 14tpm 2) Injeksi iv antrain 3x2mg

3) Injeksi iv ranitidine 3x2mg
4) Injeksi iv omeprazole 2x40mg
5) Injeksi sc novorapid 3x10 unit

2.1.7 Analisa Data

Tabel 2.7 Analisa data

Data Fokus	Etiologi	Masalah
Klien 1		
<p>Ds: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Terdapat luka pada kaki sebelah kiri bagian tungkai (calcaneus) 2) Pemeriksaan B6 (Bone) <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : Tidak ada fraktur, kaki simetris kanan kiri, terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai (calcaneus) , dengan kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat cairan • Berwarna kuning kemerahan hitam • Panjang luka : 10cm • Kedalaman luka : 2cm • Tercium bau gas - Palpasi : Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema - Perkusi : sensori kaki kanan dan kiri (+/+) - Auskultasi : - 3) GDA pagi : 280 	<p>Diabetes mellitus</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan sel beta</p> <p>↓</p> <p>Kadar gula darah tinggi</p> <p>↓</p> <p>³⁶ Kemampuan sel darah putih memfagositosis dan membunuh kuman berkurang</p> <p>↓</p> <p>Kekebalan tubuh menurun</p> <p>↓</p> <p>Kuman pada borok berkembangbiak</p> <p>↓</p> <p>Terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai</p> <p>↓</p>	<p>Gangguan integritas kulit</p>

Pemeriksaan Penunjang - Hasil laboratorium : Hb : 11,2 Ht : 32 (L) HbA1c : 9,70 (H)	Kerusakan kulit semakin melebar ↓ Gangguan integritas kulit	
Klien 2		
Ds: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian jempol Do: 1) Terdapat luka pada kaki kiri bagian jari (dijit ke I) 2) Pemeriksaan B6 (Bone) - Inspeksi : Tidak ada fraktur, kaki simetris kanan kiri, terdapat luka pada kaki kiri bagian bagian jari (dijit ke I), dengan kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • Tidak terdapat cairan • Berwarna hitam • Panjang luka : 4cm • Kedalaman luka : 0,5cm • Tidak tercium bau gas - Palpasi : Teraba hangat, CRT <3 detik, tidak terdapat edema - Perkusi : sensori kaki kanan dan kiri (+/+) - Auskultasi : - 3) GDA pagi : 331 Pemeriksaan Penunjang - Hasil laboratorium :	Diabetes mellitus ↓ Kerusakan sel beta ↓ Kadar gula darah tinggi ↓ Kemampuan sel darah putih memfagositosis dan membunuh kuman berkurang ↓ Kekebalan tubuh menurun ↓ Kuman pada borok berkembangbiak ↓ Terdapat luka pada kaki kiri bagian jari (digit I) ↓ Kerusakan kulit semakin melebar	Gangguan integritas kulit

<p>Hb : 11,6 Ht : 36 (L) HbA1c : 9,69 (H)</p>	<p>↓ Gangguan integritas kulit</p>	
Klien 3		
<p>³⁴ Ds: Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian paha atas</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat luka pada kaki kiri bagian paha atas 2. Pemeriksaan B6 (Bone) <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : Tidak ada fraktur, kaki simetris kanan kiri, terdapat luka pada kaki kiri bagian paha atas , dengan kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat cairan • Berwarna putih kuning kemerahan • Panjang luka : 5cm • Kedalaman luka : 0,5cm • Tercium bau gas <p>Palpasi : Teraba hangat, CRT <3 detik,</p> <p>Perkusi : sensori kaki kanan dan kiri (-/-), kelemahan otot pada kaki akibat CVA.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Auskultasi : -GDA pagi : 415 <p>Pemeriksaan Penunjang</p> <p>- Hasil laboratorium :</p> <p>Hb : 11,6</p>	<p>Diabetes mellitus</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan sel beta</p> <p>↓</p> <p>Kadar gula darah tinggi</p> <p>↓</p> <p>³⁶ Kemampuan sel darah putih memfagositosis dan membunuh kuman berkurang</p> <p>↓</p> <p>Kekebalan tubuh menurun</p> <p>↓</p> <p>kelemahan otot kaki</p> <p>↓</p> <p>Terdapat luka pada kaki kiri bagian paha atas</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan kulit semakin melebar</p> <p>↓</p>	<p>Gangguan integritas kulit</p>

Ht : 32 (L) HbA1c : 9,69 (H)	Gangguan integritas kulit	
---------------------------------	----------------------------------	--

2.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 2. 8 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	
Klien 1	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi d.d luka pada kaki kiri bagian calcalius (D.0129)
Klien 2	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi d.d luka pada paha atas (D.0129)
Klien 3	Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi d.d luka pada kaki kiri bagian digit I (D.0129)

2.3 Rencana Keperawatan

Tabel 2. 9 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi (D.0129)	<p>17 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Integritas kulit (L. 14125)</p> <p>1. Kerusakan jaringan menurun</p>	<p>Perawatan Luka (I. 14564)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Monitor karakteristik luka (Mis. Drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik :</p>

	<p>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</p> <p>3. Kemerahan menurun</p> <p>4. Nekrosis menurun</p>	<p>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Jelaskan tanda dan gejala</p> <p>7. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p>
--	--	--

		<p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>12. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>
--	--	---

2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 2. 10 Implementasi Keperawatan

Hari/Tangga l/Jam	Implementasi Keperawatan	Respon
Klien 1		
Hari ke-1 / 2-1-2023 08.00	<p>¹² Observasi :</p> <p>1. Monitoring karakteristik luka</p> <p>2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p>	<p>1. Kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat cairan - Berwarna kuning kemerahan hitam - Panjang luka : 10cm - Kedalaman luka : 2cm - Tercium bau gas <p>2. Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>3. Pada balutan terdapat cairan yang merembes</p> <p>4. Luka dibersihkan dengan NaCl</p> <p>5. Debridement luka yang sudah mati/nekrosis</p>

	<p>3</p> <p>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Jelaskan tanda dan gejala luka pada kaki</p>	<p>20</p> <p>6. Fiksasi sesuai luas luka</p> <p>7. Teknik steril saat perawatan luka</p> <p>8. Keluarga pasien kooperatif</p> <p>9. Menjelaskan tanda gejala luka klien pada keluarga dan klien. Serta monitoring TTV :</p> <p>TD 130/80mmHg</p> <p>N 100x/m</p> <p>Rr 17x/m</p> <p>S 36⁰C</p> <p>SpO2 100%</p> <p>GDA Pagi : 200</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk makanan klien dengan diet DM</p> <p>11. Memotong jaringan yang sudah nekrosis</p> <p>12. -Infus PZ 500ml 14tpm -Injeksi iv antrain 2mg -Injeksi iv ranitidine 2mg -Injeksi iv ceftriaxone 1gr -Injeksi sc novorapid 8 unit -Per Oral amlodipin 10mg</p>
--	---	---

	<p>10. Anjurkan mengkonsu msi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>	
<p>Hari ke-2 / 3- 1-2023 08.00</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 	<p>1. Kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cairan keluar sedikit - Warna luka kemerahan - Panjang luka : 10cm - Kedalaman luka : 2cm - Tercium bau gas <p>2. Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>3. Pada balutan terdapat cairan yang merembes</p> <p>4. Luka dibersihkan dengan NaCl</p> <p>5. Debridement luka yang sudah mati/nekrosis</p> <p>6. Fiksasi sesuai luas luka</p> <p>7. Teknik steril saat perawatan luka</p>

	<p>3</p> <p>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Jelaskan tanda dan gejala luka pada kaki</p>	<p>8. Keluarga pasien kooperatif</p> <p>9. Menjelaskan tanda gejala luka klien pada keluarga dan klien. Serta monitoring TTV :</p> <p>TD 120/80mmHg</p> <p>N 90x/m</p> <p>Rr 17x/m</p> <p>S 36°C</p> <p>SpO2 100%</p> <p>GDA Pagi : 220</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk makanan klien dengan diet DM</p> <p>11. Memotong jaringan yang sudah nekrosis</p> <p>12. -Infus PZ 500ml 14tpm -Injeksi iv antrain 2mg -Injeksi iv ranitidine 2mg -Injeksi iv ceftriaxone 1gr -Injeksi sc novorapid 8 unit -Per Oral amlodipin 10mg</p>
--	---	--

	<p>10. Anjurkan mengkonsumi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>	
<p>Hari ke-3 / 4-1-2023 08.00</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 	<p>1. Kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdapat cairan - Berwarna kemerahan - Panjang luka : 10cm - Kedalaman luka : 2cm - Tercium bau gas <p>2. Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>3. Pada balutan tidak terdapat cairan yang merembes</p> <p>4. Luka dibersihkan dengan NaCl</p> <p>5. Debridement luka yang sudah mati/nekrosis</p> <p>6. Fiksasi sesuai luas luka</p> <p>7. Teknik steril saat perawatan luka</p>

	<p>3</p> <p>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Jelaskan tanda dan gejala luka pada kaki</p>	<p>8. Keluarga pasien kooperatif</p> <p>9. Menjelaskan tanda gejala luka klien pada keluarga dan klien. Serta monitoring TTV: TD 140/80mmHg N 70x/m Rr 17x/m S 36⁰C SpO2 100% GDA Pagi : 117</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk makanan klien dengan diet DM</p> <p>11. Memotong jaringan yang sudah nekrosis</p> <p>12. -Infus PZ 500ml 14tpm -Injeksi iv antrain 2mg -Injeksi iv ranitidine 2mg -Injeksi iv ceftriaxone 1gr -Injeksi sc novorapid 8 unit -Per Oral amlodipin 10mg</p>
--	---	---

	<p>10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>	
Klien 2		
<p>Hari ke-1 / 3-1-2023 08.00</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitoring karakteristik luka Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> Lepaskan balutan dan plester 	<p>1. Kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tidak terdapat cairan Berwarna hitam Panjang luka : 4cm Kedalaman luka : 0,5cm Tidak tercium bau gas <ol style="list-style-type: none"> Mencegah terjadinya infeksi Pada balutan tidak terdapat cairan yang merembes Luka dibersihkan dengan NaCl Debridement luka yang sudah mati/nekrosis

	<p>3 secara perlahan</p> <p>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>12. Jelaskan tanda dan</p>	<p>20 6. Fiksasi sesuai luas luka</p> <p>7. Teknik steril saat perawatan luka</p> <p>8. Keluarga pasien kooperatif</p> <p>9. Menjelaskan tanda gejala luka klien pada keluarga dan klien. Serta monitoring TTV : 30 TD 120/80mmHg N 80x/m Rr 17x/m S 360C SpO2 100% GDA Pagi : 170</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk makanan klien dengan diet DM</p> <p>11. Memotong jaringan yang sudah nekrosis</p> <p>12. -Infus PZ 500ml 14tpm -Injeksi iv antrain 2mg -Injeksi iv Omeprazole 40mg -Injeksi iv Ampicilin sulbactam 1,5gr -Injeksi iv ondansentron 4mg -Injeksi sc novorapid 6 unit</p>
--	--	--

	<p>gejala luka pada kaki</p> <p>13. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>	
<p>Hari ke-2 / 4-1-2023 08.00</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester 	<p>1. Kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak terdapat cairan • Berwarna hitam • Panjang luka : 4cm • Kedalaman luka : 0,5cm • Tidak tercium bau gas <p>2. Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>3. Pada balutan tidak terdapat cairan yang merembes</p> <p>4. Luka dibersihkan dengan NaCl</p> <p>5. Debridement luka yang sudah mati/nekrosis</p>

	<p>3 secara perlahan</p> <p>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Jelaskan tanda dan</p>	<p>20</p> <p>6. Fiksasi sesuai luas luka</p> <p>7. Teknik steril saat perawatan luka</p> <p>8. Keluarga pasien kooperatif</p> <p>9. Menjelaskan tanda gejala luka klien pada keluarga dan klien. Serta monitoring TTV : TD 129/80mmHg N 80x/m Rr 17x/m S 36°C SpO2 100% GDA Pagi : 180</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk makanan klien dengan diet DM</p> <p>11. Memotong jaringan yang sudah nekrosis</p> <p>12. -Infus PZ 500ml 14tpm -Injeksi iv antrain 2mg -Injeksi iv Omeprazole 40mg -Injeksi iv Ampicilin sulbactam 1,5gr -Injeksi iv ondansentron 4mg -Injeksi sc novorapid 6 unit</p>
--	---	--

	<p>gejala luka pada kaki</p> <p>10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>	
<p>Hari ke-3 / 5-1-2023</p> <p>08.00</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester 	<p>1. Kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak terdapat cairan • Berwarna hitam • Panjang luka : 4cm • Kedalaman luka : 0,5cm • Tidak tercium bau gas <ol style="list-style-type: none"> 2. Mencegah terjadinya infeksi 3. Pada balutan tidak terdapat cairan yang merembes 4. Luka dibersihkan dengan NaCl 5. Debridement luka yang sudah mati/nekrosis

	<p>3 secara perlahan</p> <p>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Jelaskan tanda dan</p>	<p>20</p> <p>6. Fiksasi sesuai luas luka</p> <p>7. Teknik steril saat perawatan luka</p> <p>8. Keluarga pasien kooperatif</p> <p>9. Menjelaskan tanda gejala luka klien pada keluarga dan klien. Serta monitoring TTV : TD 139/80mmHg N 80x/m Rr 17x/m S 36°C SpO2 100% GDA Pagi : 155</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk makanan klien dengan diet DM</p> <p>11. Memotong jaringan yang sudah nekrosis</p> <p>12. -Infus PZ 500ml 14tpm -Injeksi iv antrain 2mg -Injeksi iv Omeprazole 40mg -Injeksi iv Ampicilin sulbactam 1,5gr -Injeksi iv ondansentron 4mg -Injeksi sc novorapid 6 unit</p>
--	---	--

	<p>gejala luka pada kaki</p> <p>10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>	
Klien 3		
<p>Hari ke-1 / 8-1-2023</p> <p>08.00</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester 	<p>1. Kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat cairan • Berwarna putih kuning kemerahan • Panjang luka : 5cm • Kedalaman luka : 0,5cm • Tercium bau gas <ol style="list-style-type: none"> 2. Mencegah terjadinya infeksi 3. Pada balutan terdapat cairan yang merembes 4. Luka dibersihkan dengan NaCl

	<p>3 secara perlahan</p> <p>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Jelaskan tanda dan</p>	<p>5. Debridement luka yang sudah mati/nekrosis</p> <p>6. Fiksasi sesuai luas luka</p> <p>7. Teknik steril saat perawatan luka</p> <p>8. Keluarga pasien kooperatif</p> <p>9. Menjelaskan tanda gejala luka klien pada keluarga dan klien. Serta monitoring TTV :</p> <p>TD 180/80mmHg N 100x/m Rr 17x/m S 36°C SpO2 100% GDA Pagi : 225</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk makanan klien dengan diet DM</p> <p>11. Memotong jaringan yang sudah nekrosis</p> <p>12. - Infus PZ 500ml 14tpm - Injeksi iv antrain 2mg - Injeksi iv ranitidine 2mg - Injeksi iv omeprazole 40mg - Injeksi sc novorapid 10 unit</p>
--	---	--

	<p>gejala luka pada kaki</p> <p>10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>	
<p>Hari ke-2 / 9-1-2023</p> <p>08.00</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester 	<p>1. Kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cairan luka berkurang • Berwarna putih kemerahan • Panjang luka : 5cm • Kedalaman luka : 0,5cm • Tercium bau gas <p>2. Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>3. Pada balutan tidak terdapat cairan yang merembes</p> <p>4. Luka dibersihkan dengan NaCl</p> <p>5. Debridement luka yang sudah mati/nekrosis</p>

	<p>3 secara perlahan</p> <p>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Jelaskan tanda dan</p>	<p>20</p> <p>6. Fiksasi sesuai luas luka</p> <p>7. Teknik steril saat perawatan luka</p> <p>8. Keluarga pasien kooperatif</p> <p>9. Menjelaskan tanda gejala luka klien pada keluarga dan klien. Serta monitoring TTV : TD 134/80mmHg N 88x/m Rr 17x/m S 36⁰C SpO2 100% GDA Pagi : 117</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk makanan klien dengan diet DM</p> <p>11. Memotong jaringan yang sudah nekrosis</p> <p>12. - Infus PZ 500ml 14tpm - Injeksi iv antrain 2mg - Injeksi iv ranitidine 2mg - Injeksi iv omeprazole 40mg - Injeksi sc novorapid 10 unit</p>
--	---	---

	<p>gejala luka pada kaki</p> <p>10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>	
<p>Hari ke-3 / 10-1-2023 08.00</p>	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester 	<p>1. Kondisi luka :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak terdapat cairan • Berwarna kemerahan • Panjang luka : 5cm • Kedalaman luka : 0,5cm • tidak bau gas <p>2. Mencegah terjadinya infeksi</p> <p>3. Pada balutan tidak terdapat cairan yang merembes</p> <p>4. Luka dibersihkan dengan NaCl</p> <p>5. Debridement luka yang sudah mati/nekrosis</p>

	<p>3 secara perlahan</p> <p>4. Bersihkan dengan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>9. Jelaskan tanda dan</p>	<p>20</p> <p>6. Fiksasi sesuai luas luka</p> <p>7. Teknik steril saat perawatan luka</p> <p>8. Keluarga pasien kooperatif</p> <p>9. Menjelaskan tanda gejala luka klien pada keluarga dan klien. Serta monitoring TTV : TD 124/80mmHg N 88x/m Rr 17x/m S 36⁰C SpO2 100% GDA Pagi : 120</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk makanan klien dengan diet DM</p> <p>11. Memotong jaringan yang sudah nekrosis</p> <p>12. - Infus PZ 500ml 14tpm - Injeksi iv antrain 2mg - Injeksi iv ranitidine 2mg - Injeksi iv omeprazole 40mg - Injeksi sc novorapid 10 unit</p>
--	---	---

	<p>gejala luka pada kaki</p> <p>10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>11. Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p> <p>Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>	
--	--	--

2.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 2. 11Evaluasi Keperawatan

Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3
Klien 1		
3-1-2023 08.00	4-1-2023 08.00	5-1-2023 08.00
<p>S = Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat cairan • Berwarna kuning kemerahan hitam • Panjang luka : 10cm • Kedalaman luka : 2cm • Tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 200 • Vital sign : 	<p>S = Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • cairan berkurang • Berwarna kemerahan • Panjang luka : 10cm • Kedalaman luka : 2cm • Tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 220 • Vital sign : TD 120/80mmHg N 90x/m 	<p>S = Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian tungkai</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat cairan • Berwarna kuning kemerahan hitam • Panjang luka : 10cm • Kedalaman luka : 2cm • Tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 117 • Vital sign :

TD 130/80mmHg N 100x/m RR 17x/m S 36.6°C SPO2 100% ¹⁷ A = Masalah Gangguan Integritas Kulit belum teratasi P = Intervensi dilanjut kan (1-12)	RR 17x/m S 36.6°C SPO2 100% ¹⁷ A = Masalah Gangguan Integritas Kulit belum teratasi P = Intervensi dilanjut kan (1-12)	TD 140/80mmHg N 70x/m RR 17x/m S 36.6°C SPO2 100% ¹⁷ A = Masalah Gangguan Integritas Kulit belum teratasi P = Intervensi dihentikan klien KRS, Kontrol Poli Penyakit Dalam
Klien 2		
4-1-2023 08.00	5-1-2023 08.00	6-1-2023 08.00
S = Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian jari jempol O = - kondisi luka : • Tidak terdapat cairan • Berwarna hitam • Panjang luka : 4cm	S = Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian jari jempol O = - kondisi luka : • Tidak terdapat cairan • Berwarna hitam • Panjang luka : 4cm	S = Pasien mengatakan terdapat luka pada kaki kiri bagian jari jempol O = - kondisi luka : • Tidak terdapat cairan • Berwarna hitam • Panjang luka : 4cm

<ul style="list-style-type: none"> • Kedalaman luka : 0,5cm • Tidak tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 170 • Vital sign : TD 120/80mmHg N 80x/m RR 17x/m S 36.6°C SPO2 100% A = Masalah Gangguan Integritas Kulit belum teratasi P = Intervensi dilanjut kan (1-12) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kedalaman luka : 0,5cm • Tidak tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 180 • Vital sign : TD 129/80mmHg N 80x/m RR 17x/m S 36.6°C SPO2 100% A = Masalah Gangguan Integritas Kulit belum teratasi P = Intervensi dilanjut kan (1-12) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kedalaman luka : 0,5cm • Tidak tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 155 • Vital sign : TD 139/80mmHg N 80x/m RR 17x/m S 36.6°C SPO2 100% A = Masalah Gangguan Integritas Kulit belum teratasi P = Intervensi hentikan klien KRS, Kontrol Poli Penyakit Dalam
Klien 3		
9-1-2023 08.00	10-1-2023 08.00	11-1-2023 08.00
S = Pasien mengatakan terdapat	S = Pasien mengatakan terdapat	S = Pasien mengatakan terdapat

<p>luka pada kaki kiri bagian paha atas</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat cairan • Berwarna putih kuning kemerahan • Panjang luka : 5cm • Kedalaman luka : 0,5cm • Tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 225 • Vital sign : TD 180/80mmHg N 80x/m RR 17x/m S 36.6°C SPO2 100% <p>A = Masalah Gangguan</p>	<p>luka pada kaki kiri bagian paha atas</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • Cairan berkurang • Berwarna kemerahan • Panjang luka : 5cm • Kedalaman luka : 0,5cm • Tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 117 • Vital sign : TD 180/80mmHg N 88x/m RR 17x/m S 36.6°C SPO2 100% <p>A = Masalah Gangguan Integritas Kulit belum teratasi</p>	<p>luka pada kaki kiri bagian paha atas</p> <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - kondisi luka : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat cairan • Berwarna putih kuning kemerahan • Panjang luka : 5cm • Kedalaman luka : 0,5cm • Tercium bau gas - Teraba hangat, CRT <3 detik, terdapat edema - sensori kaki kanan dan kiri (+/+) • GDA Pagi : 120 • Vital sign : TD 124/80mmHg N 88x/m RR 17x/m S 36.6°C SPO2 100% <p>A = Masalah Gangguan</p>
---	---	---

Integritas Kulit belum teratasi P = Intervensi dilanjut kan (1-12)	P = Intervensi dilanjut kan (1-12)	¹² Integritas Kulit belum teratasi P = Intervensi dihentikan klien KRS, kontrol di Poli Penyakit Dalam.
--	--	---

BAB 3 PEMBAHASAN

3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah data yang dikumpulkan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan, fungsional serta pola respon klien pada saat ini dan sebelumnya. Pengkajian terdapat dua tahap yaitu mengumpulkan data dan analisis data. Pengumpulan data didapat dari sumber primer (klien) maupun sekunder (keluarga, tenaga kesehatan, rekam medis). Selanjutnya, analisis data sebagai data menegakkan diagnosis keperawatan yang berisi identifikasi dari berbagai masalah (Potter & Perry, 2009). Menurut Potter & Perry (2012) tanda dan gejala gangguan integritas kulit/jaringan terdapat lima tanda/gejala yaitu kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma. Dari hasil pengkajian yang didapat dari ketiga pasien terdapat salah satu tanda dan gejalanya seperti kemerahan. Proses terjadinya gangguan integritas kulit/jaringan pada pasien diabetes melitus diakibatkan adanya neuropati perifer dan perubahan sirkulasi (Afni Wulandari, 2019).

3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu proses penilaian klinis terhadap aspek pengkajian dan pengumpulan data yang digunakan untuk mendiagnosis masalah keperawatan pada pasien berdasarkan keluhan pasien, pengamatan dari pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (Afni Wulandari, 2019). Berdasarkan pengkajian yang didapat pengkajian pada pasien DM hiperglikemia dengan luka ulkus DM muncul diagnose keperawatan yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit kemerahan. Gangguan integritas kulit/jaringan merupakan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (memebran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen). Penegakan sebuah diagnosis keperawatan yaitu memenuhi kriteria ditemukannya 80-100% tanda/gejala mayor (SDKI, 2016).

3.3 Intervensi Keperawatan

Setelah memprioritaskan diagnose lalu melakukan rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada ketiga klien dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah gangguan integritas kulit/jaringan dapat teratasi dengan kriteria hasil integritas kulit sedang dan kemerahan menurun. Intervensi yang dilakukan yaitu perawatan luka yang meliputi monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, dan bau) untuk menilai luka apakah ada perbaikan atau perburukan pada

luka tersebut, melakukan perawatan luka dengan tetap mempertahankan teknik steril agar tidak terjadinya infeksi atau mencegah terjadinya infeksi, ajarkan prosedur perawatan luka kepada pasien dan keluarga agar mampu melakukan bagaimana cara perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik untuk mengatasi dan mencegah infeksi bakteri (SIKI, 2018).

3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan (Afni Wulandari, 2019). Implementasi dilakukan pada ketiga klien secara umum merupakan tindakan keperawatan dari rencana yang telah direncanakan. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari mulai dari hari pertama pengkajian sampai hari ketiga.

Implementasi yang pertama yaitu memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, dan bau). Tujuannya adalah untuk mengetahui seberapa besar luka ulkus pada pasien dan menentukan tindakan keperawatan selanjutnya. Didapatkan hasil yaitu pasien mengatakan terdapat luka dibagian kaki kiri bagian tuskai, terdapat pus pada luka, warna luka merah, tampak bengkak, panjang luka 10 cm, lebar 6 cm dengan kedalaman 4 cm.

Implementasi keperawatan yang kedua yaitu berkonsultasi dengan tim medis terkait tanda dan gejala hiperglikemia dengan tujuan untuk mengetahui penyebab terjadinya hiperglikemia. Di dapatkan hasil bahwa pasien mengatakan bahwa luka yang muncul awalnya tergores benda tajam hingga mengalami luka dan semakin lama luka tersebut bernanah. Dan pada saat dilakukan pemeriksaan kadar gula darah pasien 480 mg/dL.

Implementasi yang ketiga yaitu menganjurkan untuk memonitor kadar gula darah secara mandiri dengan tujuan untuk mengetahui kadar gula darah pasien apakah terjadi penurunan dan peningkatan. Menurut (Afni Wulandari, 2019) pasien diabetes melitus memerlukan penanganan secara mandiri untuk mengatur keseimbangan yang dapat mempengaruhi kadar gula darah dan untuk secara teratur memantau kontrol gula darah untuk mencegah komplikasi.

Implementasi yang keempat yaitu berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat dengan tujuan untuk menentukan jenis dan dosis obat yang diberikan pada pasien. Pada pasien ulkus dengan gangguan integritas kulit/jaringan diberikan salep metcovazin yang dioleskan pada luka diabetes untuk mempercepat penyembuhan luka dan menjaga kelembaban serta proses pembentukan epitel.

Implementasi kelima yaitu memberikan perawatan ulkus pada kulit untuk merawat luka dengan upaya mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan

kuman/bakteri pada kulit dan jaringan. Perawatan luka merupakan tindakan yang dilakukan untuk merawat luka dengan upaya mencegah infeksi, membunuh pertumbuhan bakteri pada kulit dan jaringan tubuh yang lainnya.

Implementasi yang keenam yaitu mendiskusikan perubahan tubuh dan fungsinya agar pasien tidak merasa keputusasaan terhadap perubahan pada bentuk tubuhnya.

Implementasi ketujuh yaitu memonitor kadar glukosa darah terhadap kestabilan kadar gula darah. Memonitor kadar gula darah adalah bagian penting dalam manajemen diabetes, semakin sering memonitor kadar gula darah akan semakin baik dalam mengendalikan gula darah.

Implementasi yang kedelapan yaitu memberikan pendidikan kesehatan dengan memberikan promosi kesehatan mengenai pemeliharaan kesehatan tentang perawatan luka. Promosi kesehatan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mengendalikan faktor-faktor kesehatan (Afni Wulandari, 2019).

3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang diperoleh dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian, hal tersebut dapat dilihat tercapainya tujuan dan kriteria hasil integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil yaitu kerusakan lapisan kulit kriteria (1) menurun menjadi (3) sedang dan kemerahan kriteria (5) meningkat menjadi (1) menurun. Dengan hasil panjang luka 3 cm, lebar 2 cm dengan kedalaman 0,5 mm. Serta tetap mempertahankan kondisi dan lanjutkan intervensi secara mandiri/bantuan keluarga dengan memberikan salep metcovazin untuk luka ulkusnya dengan tujuan untuk mempertahankan kelembaban luka serta mempercepat proses penyembuhan luka (Afni Wulandari, 2019).

BAB 4

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Melakukan lima tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Pada pengkajian dilaksanakan pada hari pertama didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan terdapat luka dibagian kaki kiri tungkai kanan, sedangkan untuk data obyektifnya yaitu warna luka merah, terdapat pus pada luka, panjang luka 10 cm, lebar 6 cm dan kedalaman 4 cm. lalu dapat menegakkan diagnose prioritas, Diagnosa keperawatan yang diperoleh yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan kemerahan. Intervensi keperawatan yang direncanakan yaitu perawatan luka, perawatan integritas kulit, manajemen hiperglikemia, pemberian obat topikal, promosi citra tubuh, promosi koping, edukasi kesehatan dan edukasi proses penyakit. Pada intervensi terdapat observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah memonitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, dan bau), berkonsultasi dengan medis terkait tanda dan gejala hiperglikemia, memonitor kadar gula secara mandiri, memberikan perawatan ulkus pada pasien. Evaluasi keperawatan yang telah dilakkan terdapat data S: pasien mengatakan luka dibagian kaki kiri tungkai sudah membaik dan mulai menutup, O: warna luka merah, panjang luka 7 cm, lebar 3 cm dengan kedalaman 3 cm, A: integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria kerusakan lapisan kulit kriteria (3) sedang dan kemerahan kriteria (1) menurun, maka masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan teratasi, P: pertahankan kondisi dan lanjutkan intervensi secara mandiri/bantuan keluarga dengan memberikan salep metcovazin untuk luka ulkunya.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Perawat

Memberikan asuhan keperawatan secara professional dan komprehensif serta sebagai evidence based nursing untuk mengatasi masalah tersebut.

4.2.2 Bagi Pasien

Melakukan perawatan luka setiap pagi dan sore agar membantu perkembangan luka pada pasien .

4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan Kesehatan

Membekali mahasiswa dengan kemampuan memberikan asuhan secara professional, menyediakan literature yang up to date untuk mengembangkan penelitian yang bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

ASUHAN KEPERAWATAN MASALAH GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI RSUD IBNU SINA GRESIK

ORIGINALITY REPORT

48%
SIMILARITY INDEX

48%
INTERNET SOURCES

10%
PUBLICATIONS

24%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1 repositori.stikes-ppni.ac.id 8%
Internet Source

2 jurnal.unw.ac.id 7%
Internet Source

3 repository.poltekkes-denpasar.ac.id 3%
Internet Source

4 repositori.usu.ac.id 2%
Internet Source

5 repository.stikespantiwaluya.ac.id 2%
Internet Source

6 es.scribd.com 2%
Internet Source

7 dokument.pub 2%
Internet Source

8 eprints.kertacendekia.ac.id 2%
Internet Source

9	Internet Source	2%
10	eprints.umm.ac.id Internet Source	1%
11	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	1%
12	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	1%
13	wellness.journalpress.id Internet Source	1%
14	repository.unej.ac.id Internet Source	1%
15	repository.unair.ac.id Internet Source	1%
16	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	1%
17	repository.unimugo.ac.id Internet Source	1%
18	nursingjurnal.respati.ac.id Internet Source	1%
19	jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id Internet Source	1%
20	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	

1 %

21

www.coursehero.com

Internet Source

1 %

22

repository.stikes-kartrasa.ac.id

Internet Source

1 %

23

eprints.poltekkesjogja.ac.id

Internet Source

1 %

24

123dok.com

Internet Source

1 %

25

repository.poltekkes-kaltim.ac.id

Internet Source

1 %

26

eprints.ums.ac.id

Internet Source

<1 %

27

docplayer.info

Internet Source

<1 %

28

dspace.umkt.ac.id

Internet Source

<1 %

29

jurnal.healthsains.co.id

Internet Source

<1 %

30

qdoc.tips

Internet Source

<1 %

31

hellosehat.com

Internet Source

<1 %

32	repository.stikesmukla.ac.id Internet Source	<1 %
33	www.journal-jps.com Internet Source	<1 %
34	digilib.ukh.ac.id Internet Source	<1 %
35	repository.poltekkes-smg.ac.id Internet Source	<1 %
36	de.scribd.com Internet Source	<1 %
37	Submitted to Universitas Jember Student Paper	<1 %
38	www.slideshare.net Internet Source	<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 30 words

Exclude bibliography On