



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA N.Y F DENGAN POST
DEBRIDEMENT ULKUS DIABETES MELITUS DI
RUANG DAFODDIL RUMAH SAKIT SWASTA
DI MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
TATU NANDA TASYA
201801039**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA N.Y F DENGAN POST
DEBRIDEMENT ULKUS DIABETES MELITUS DI
RUANG DAFODDIL RUMAH SAKIT SWASTA
DI MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
TATU NANDA TASYA
201801039**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama lengkap : Tatu Nanda Tasya

NIM : 201801039

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Program : DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Ny. F dengan *Post Debridement Ulkus Diabetes Melitus* di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi Covid-19” yang dilaksanakan pada tanggal 3 mei sampai dengan 6 mei 2021 adalah karya sendiri dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Bila di kemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua resiko yang saya lakukan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Bekasi, 18 Juni 2021



Tatu Nanda Tasya

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. F dengan *Post Debridement Ulkus Diabetes Melitus* di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi Covid-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada ujian siding dihadapan tim penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



(Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep)

Mengetahui

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns, Devi Susanti, S.,Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. F dengan *Post Debridement Ulkus Diabetes Melitus* di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi Covid-19” yang disusun oleh Tatu Nanda Tasya (201801039) telah disajikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji Pada tanggal 21 Juni 2021

Bekasi, 21 Juni 2021

Penguji I



(Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep)

Penguji II



(Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep)

Nama Mahasiswa : Tatu Nanda Tasya
NIM : 201801039
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Kperawatan dengan Post
Debridement Ulkus Diabetes Melitus
Halaman : 105 halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Lastriyanti

ABSTRAK

Latar Belakang: Diabetes melitus merupakan kondisi kronis yang terjadi karena kadar glukosa dalam darah meningkat. Dalam kasus ini tubuh tidak mampu menghasilkan atau tidak bisa menggunakan hormon insulin secara efektif. Insulin merupakan hormon penting yang diproduksi di pankreas yang berfungsi untuk mengangkut glukosa dari aliran darah ke sel-sel tubuh dan glukosa tersebut akan dirubah menjadi energi. Angka kejadian diabetes melitus tipe 2 menurut data yang diperoleh berdasarkan rekam medis di salah satu rumah sakit swasta Bekasi dalam satu tahun terakhir didapatkan 64 orang yang menderita Diabetes Melitus, terdapat laki-laki 26 orang dan perempuan 38 orang.

Tujuan Umum: Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien post debridement dengan ulkus diabetes melitus melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat saat pengkajian.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan lima diagnosa post operasi yaitu resiko infeksi, nyeri akut, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan mobilitas fisik dan ketidakpatuhan. Diagnosa prioritas yang diangkat adalah resiko infeksi. Dengan hasil tampak balutan merembes dan terdapat push (+), edema, luka derajat 4. Intervensi pada diagnosa keperawatan prioritas adalah monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, anjurkan meningkatkan asupan makanan, anjurkan meningkatkan asupan cairan, ajarkan pasien mencuci tangan, berikan terapi obat sporacid 100mg, cefoperazone

3x 1gr, fluconazole 2x1 drip, metronidazole 3x500 mg, ciprofloxacin 2x200 mg.

Kesimpulan dan Saran: Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan prioritas yang perlu diperhatikan adalah infeksi tidak terjadi.

Saran perawat diharapkan dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post debridement dengan ulkus diabetes melitus secara komprehensif. Pada saat memilih prioritas diagnosa harus didasarkan pada masalah yang paling menonjol pada pasien.

Keyword: *Asuhan Keperawatan, dengan post debridement ulkus diabetes melitus*

Daftar Pustaka: 18 (2011-2020)

Name	: Tatu Nanda Tasya
Student Number	: 201801039
Study Program	: Diploma of Nursing
Title Sinistr	: Nursing Care with Post Diabetes Mellitus Ulcer Debridement
Page	: 105 page + 1 tabel + 1 attachment
Mentor	: Lastriyanti

ABSTRACK

Background: Diabetes mellitus is a chronic condition that occurs due to increased blood glucose levels. In this case the body is unable to produce or can not use the hormone insulin effectively. Insulin is an important hormone produced in the pancreas that functions to transport glucose from the bloodstream to the body's cells and the glucose will be converted into energy. The incidence of type 2 diabetes mellitus according to data obtained based on medical records at a private hospital in Bekasi in the past year found 64 people suffering from Diabetes Mellitus, there were 26 men and 38 women.

Main Objective: This case report is to obtain a real picture of nursing care for post debridement patients with diabetes mellitus ulcers through a comprehensive nursing process approach.

Method in writing: in the preparation of this case report using a descriptive method, namely by revealing the facts in accordance with the data obtained during the assessment.

Results: The results of the study obtained five postoperative diagnoses, namely the risk of infection, acute pain, instability of blood glucose levels, impaired physical mobility and non-compliance. The priority diagnosis raised is the risk of

infection. The results show that the dressing is seeping and there is push (+), edema, grade 4 wounds. Interventions in priority nursing diagnoses are monitoring signs and symptoms of local and systemic infection, providing skin care in the edema area, washing hands before and after contact with patients and the environment patient, recommend increasing food intake, recommend increasing fluid intake, teach patient to wash hands, give drug therapy sporadic 100mg, cefoperazone 3x 1gr, fluconazole 2x1 drip, metronidazole 3x500 mg, ciprofloxacin 2x200 mg.

Conclusion and suggestion: Nursing evaluation on priority nursing diagnoses that need to be considered is that infection does not occur.

Nurses' suggestions are expected to be able to carry out nursing care for post debridement patients with diabetes mellitus ulcers comprehensively. When selecting a priority diagnosis should be based on the most prominent problem in the patient.

Keyword: *Nursing care, post debridement diabetes mellitus ulcer*

Bibliography: 18 (2011-2020)

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penayayang. Penulis panjatkan Puji serta syukur kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah dan inayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. F dengan *Post Debridement Ulkus Diabetes Melitus* di Ruang Daffodil Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi Covid-19”. Yang dilaksanakan pada tanggal 3 sampai dengan 6 Mei 2021.

Adapun tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk menyelesaikan tugas akhir mata kuliah karya tulis ilmiah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga. Makalah ilmiah ini penulis tulis dengan semaksimal mungkin dan mendapatkan banyak bantuan dari berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar penulisan makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dengan segenap rasa hormat kepada:

1. Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep., selaku dosen pembimbing dan dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing, memberikan motivasi dan memberikan masukan kepada penulis sehingga makalah ini terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
2. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep Selaku penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan motivasi, semangat dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga
3. Dr. Susi Hartati, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku Ketua STIKes Mitra Keluarga yang telah bersedia memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku Koordinator Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan motivasi selama 3 tahun proses perkuliahan .
5. Ns. Anung Ahadi P, M.Kep., Sp.Kep.Kom selaku Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga

6. Seluruh dosen pengajar STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat kepada penulis dalam proses pembelajaran selama 3 tahun.
7. Seluruh Staff akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran penulis karya tulis ilmiah ini.
8. Ibu Ns. Isti selaku *Clinical Mentor* dan perawat ruangan Rumah Sakit Swasta Bekasi, tempat penulis mengambil kasus.
9. Ny. F selaku pasien dan keluarga yang telah senantiasa bersedia menerima dan memberikan informasi kepada penulis untuk menerapkan dan melakukan asuhan keperawatan.
10. Keluarga tercinta Papah Sugandi, Mamah Supriyati, Tania dan M. Yudha yang selalu hadir untuk memberikan dukungan baik do'a, semangat, motivasi, moril dan materi yang tiada henti-hentinya untuk penulis.
11. Fajrulhilmi yang selalu memberikan semangat, do'a, support, serta motivasi bagi penulis selama proses perkuliahan dan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
12. Teman-teman terdekat penulis (wiwit, tesa, grace, dwi nadia, putri anggraini, alfonsa, sucianti, suci rd, maftuhatur, syafitri, dita, dan ilham) yang selalu memberikan semangat dan motivasi selama di STIKes Mitra Keluarga.
13. Teman-teman seperjuangan Karya Tulis Ilmiah Medikal Bedah khususnya anak bimbingan Ibu Latriyanti yaitu, Lisda, Syafitri dan Renata yang telah memberikan bantuan, semangat serta motivasi dalam pembuatan karya tulis ilmiah
14. Teman-teman seperjuangan Angkatan 8 Program Studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga yang saling memberikan dukungan dan perjuang Bersama dalam menyelesaikan Pendidikan di STIKes Mitra Keluarga.
15. Seluruh pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu-persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan kebesaran hati

penulis mengharapkan kritik dan saran untuk memperbaiki makalah ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ilmiah ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi penulis dan semua pembaca.

Bekasi, 18 Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

Contents

LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode penulisan	5
E. Sistematika penulisan	5
BAB II	7
TINJAUAN TEORI	7
A. Pengertian	7
B. Etiologi	8
C. Patofisiologi	11
1. Proses perjalanan penyakit	11
2. Manifestasi klinik	12
3. Klasifikasi	13
4. Komplikasi	14
5. Pemeriksaan diagnostik.....	18
D. Penatalaksanaan Medis	19
E. Pengkajian keperawatan	23
F. Diagnosa keperawatan.....	25
G. Rencana keperawatan.....	25
H. Implementasi keperawatan	44

I. Evaluasi keperawatan.....	44
BAB III.....	46
TINJAUAN KASUS.....	46
A. <i>Pengkajian Keperawatan</i>	46
B. Diagnosa Keperawatan	57
C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan.....	57
BAB IV	76
PEMBAHASAN	76
A. Pengkajian Keperawatan	76
B. Diagnosa Keperawatan.....	77
C. Rencana Keperawatan.....	79
D. Pelaksanaan Keperawatan.....	82
E. Evaluasi Keperawatan.....	82
BAB V	85
PENUTUP.....	85
A. Kesimpulan.....	85
B. Saran	86

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data.....	54
-----------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Patoflowdiagram dengan Post Debridement Ulkus
Diabetes Melitus

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus merupakan kondisi kronis yang terjadi karena kadar glukosa dalam darah meningkat. Dalam kasus ini tubuh tidak mampu menghasilkan atau tidak bisa menggunakan hormon insulin secara efektif. Insulin merupakan hormon penting yang diproduksi di pankreas yang berfungsi untuk mengangkut glukosa dari aliran darah ke sel-sel tubuh dan glukosa dan dirubah menjadi energi. Kurangnya insulin atau ketidakmampuan sel merespon insulin menyebabkan tingginya kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Jika dibiarkan begitu lama akan menyebabkan kerusakan pada berbagai organ tubuh seperti penyakit kardiovaskular, neuropati, nefropati dan penyakit mata yang mengarah ke retinopati dan kebutaan. (IDF, 2017)

Prevelensi Penyakit Diabetes Mellitus menurut *World Health Organization* (WHO, 2018) tercatat 422 juta orang di dunia menderita diabetes mellitus atau terjadi peningkatan sekitar 8,5% pada populasi orang dewasa dan diperkirakan terdapat 2,2 juta kematian dengan presentase akibat penyakit diabetes mellitus yang terjadi sebelum usia 70 tahun, khususnya di negara-negara dengan status ekonomi rendah dan menengah.

Berdasarkan *American Diabetes Association* (ADA) menjelaskan bahwa setiap 21 detik terdapat satu orang yang terdiagnosis diabetes mellitus atau hampir setengah dari populasi orang dewasa di Amerika menderita diabetes mellitus (American Diabetes Association, 2019).

Diabetes mellitus pada lansia terjadi karena faktor usia yang menyebabkan penurunan sel fungsi pankreas dan sekresi insulin. Hal ini terjadi karena kurangnya masa otot dan perubahan vaskuler, obesitas, kurangnya aktifitas fisik, konsumsi obat yang bermacam-macam, faktor genetik, riwayat penyakit lain dan sering menderita stress (American Diabetes Association, 2019) Bahkan diperkirakan akan terus meningkat sekitar 600 juta jiwa pada tahun 2035 (RI, 2018).

Indonesia menduduki peringkat keempat dari sepuluh besar negara di dunia, kasus diabetes mellitus tipe 2 dengan prevelensi 8,6% dari total populasi, diperkirakan meningkat dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2030. Prevelensi diabetes mellitus yang terdiagnosa pada tahun 2018, penderita terbesar berada pada kategori usia 55 sampai 64 tahun yaitu 6,3% dan 65 sampai 74 tahun yaitu 6,03% ((Risikesdas), 2018).

Prevelensi di RSMK Bekasi selama satu tahun terakhir dari tahun 2020 sampai dengan 2021 didapatkan jumlah pasien rawat inap sebanyak 10.161 orang, terdapat laki-laki 4.986 orang, sedangkan perempuan 5.175 orang. Dan diantaranya pasien yang mengalami Diabetes Mellitus terdapat sebanyak 64 orang, diantaranya terdapat laki-laki 26 orang dan perempuan 38 orang.

Faktor risiko terjadinya diabetes melitus diantaranya adalah berat badan berlebih (obesitas), aktivitas fisik yang rendah, riwayat dari keluarga seperti diabetes melitus, hipertensi, HDL rendah, trigliserida tinggi, dan memiliki riwayat penyakit kardiovaskular ((ADA), 2018)

Kadar gula darah yang tinggi secara berkepanjangan pada penderita Diabetes melitus dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi. Komplikasi yang sering terjadi antara lain, kelainan vaskuler, retinopati, neuropati, dan ulkus kaki diabetik. Ulkus kaki diabetikum tergolong luka

kronik yang sulit sembuh. Kerusakan jaringan yang terjadi pada ulkus diabetik diakibatkan oleh gangguan neurologis (neuropati) dan vaskuler pada tungkai (Smeltzer, C.S., & Bare, 2010)

Pada penderita diabetes dengan ulkus relative sulit diatasi karena rusaknya pembuluh darah menuju lokasi luka. Akibatnya antibiotik, oksigen, zat makan, perangkat kekebalan tubuh (sel darah putih) sulit mencapai lokasi tersebut dan akan menghambat proses penyembuhan (Purnomo, et al 2014).

Menurut (Alexiadou, K., Doupis, 2012) ulkus kaki diabetik adalah salah satu komplikasi kronis dari penyakit diabetes melitus yang berupa luka pada permukaan kulit disertai dengan kerusakan jaringan bagian dalam atau kematian jaringan, baik dengan ataupun tanpa infeksi, yang berhubungan dengan adanya neuropati dan atau penyakit arteri perifer pada penderita diabetes melitus.

Perawat memiliki peran penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus secara komprehensif. Peran perawat meliputi promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative. Peran perawat sebagai promotive dengan memberikan Pendidikan kesehatan mengenai pengertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, dan cara perawatannya apabila tidak ditangani, sehingga keluarga mampu merawat pasien di rumah dengan baik. Upaya yang dapat dilakukan peran perawat sebagai preventif ialah dengan cara menurunkan berat badan, diet sehat, adanya pola hidup sehat. Peran kuratif yang dilakukan perawat ialah perawat harus menerapkan protokol kesehatan 5M (memakai masker, mencuci tangan, menjaga jarak, menghindari kerumunan, dan mengurangi mobilitas) untuk mengurangi risiko terinfeksi atau menyebarkan COVID-19. Kolaborasi pemberian obat, terapi insulin secara berlanjut, kolaborasi pemberian diit. Peran perawat sebagai rehabilitative yaitu memberikan edukasi kepada pasien dengan penderita diabetes mellitus agar selalu

mengontrol kadar gula darah secara berkala, pengobatan yang teratur dan jadwalkan kunjungan ke dokter.

dari uraian diatas penulis tertarik untuk menulis “Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Mellitus dengan Post Debridement diruang D Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi Covid-19.”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penulisan makalah ilmiah adalah diperolehnya secara nyata dalam merawat pasien dan gambaran atau informasi pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada Ny. F dengan post debridement ulkus diabetes melitus di Ruang Dafoddil Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi Covid-19.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulis makalah ini adalah:

- a. Mampu memberikan gambaran mengenai konsep diabetes mellitus
- b. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan post debridement ulkus diabetes melitus
- c. Mampu merumuskan diagnosa pada pasien dengan post debridement ulkus diabetes melitus
- d. Mampu menyusun perencanaan Asuhan Keperawatan pada dengan post debridement ulkus diabetes melitus
- e. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan post debridement ulkus diabetes melitus
- f. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan post debridement ulkus diabetes melitus
- g. Mampu melakukan evaluasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus yang ditemukan dengan post debridement ulkus diabetes melitus
- h. Mampu mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan post debridement ulkus diabetes melitus

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini, penulisan membatasi Asuhan Keperawatan Pada Ny. F dengan post debridement ulkus diabetes melitus di Ruang D Rumah Sakit Swasta Bekasi di Masa Pandemi Covid-19 yang dilaksanakan pada tanggal 03 sampai dengan 06 Mei 2021.

D. Metode penulisan

Penulisan Makalah ini menggunakan metode deskriptif yaitu metode yang memaparkan atau menggambarkan pemberian asuhan keperawatan pada Ny. F dengan post debridement ulkus diabetes melitus melalui pendekatan proses keperawatan naratif. Untuk melengkapi makalah ini digunakan pula berbagai sumber dan Teknik penulisan:

1. Studi kasus yaitu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung dengan wawancara pada pasien dan anggota keluarganya, observasi secara langsung, pemeriksaan fisik pada pasien dan menerapkan proses asuhan keperawatan.
2. Studi kepustakaan yaitu memperoleh bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun aspek keperawatan dengan menggunakan media cetak yaitu buku-buku dan menggunakan media elektronik yaitu internet yang berkaitan dengan masalah dalam karya tulis ilmiah.
3. Studi dokumentasi yaitu mengumpulkan data melalui *medical record* pasien, perawat ruangan, dan dokter.

E. Sistematika penulisan

Makalah ilmiah ini terdiri dari lima BAB yang disusun secara sistematis, yaitu: **BAB satu Pendahuluan**, yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, sistematika penulisan. **BAB dua Tinjauan Teori**, yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinik, klasifikasi, komplikasi, pemeriksaan diagnostik), penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan

keperawatan, dan evaluasi keperawatan. **BAB tiga Tinjauan kasus**, yang terdiri dari dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. **BAB empat Pembahasan**, yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. **BAB lima Penutup**, yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Diabetes Mellitus adalah suatu penyakit metabolik yang ditandai dengan adanya hiperglikemia yang terjadi karena pankreas tidak mampu mensekresi insulin, gangguan kerja insulin, ataupun keduanya. Dapat terjadi kerusakan jangka Panjang dan kegagalan pada berbagai organ seperti mata, ginjal, syaraf, jantung, serta pembuluh darah apabila dalam keadaan hiperglikemia kronis. (ADA, 2020)

Diabetes mellitus merupakan kondisi kronis yang terjadi karena kadar glukosa dalam darah meningkat. Dalam kasus ini tubuh tidak mampu menghasilkan atau tidak bisa menggunakan hormon insulin secara efektif. Insulin merupakan hormon penting yang diproduksi di pankreas yang berfungsi untuk mengangkut glukosa dari aliran darah ke sel-sel tubuh dan glukosa yang akan diubah menjadi energi. Kurangnya insulin atau ketidakmampuan sel merespon insulin menyebabkan tingginya kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Jika dibiarkan begitu lama akan menyebabkan komplikasi seperti penyakit kardiovaskular, neuropati, nefropati dan penyakit mata yang mengarah ke retinopati dan kebutaan. (IDF, 2017)

Ulkus adalah luka terbuka pada permukaan kulit atau kematian jaringan yang luas dan disertai invasif kuman saprofit. Adanya kuman saprofit tersebut menyebabkan ulkus berbau, ulkus diabetikum juga salah satu gejala klinik pada penderita penyakit diabetes melitus (DM) dengan neuropati perifer (Wijaya, A.S dan Putri, 2013)

Ulkus diabetikum merupakan kerusakan yang terjadi sebagian (*Partial Thickness*) atau keseluruhan (*Full Thickness*) pada daerah kulit yang meluas ke jaringan bawah kulit, tendon, otot, tulang atau persendian

yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit Diabetes Melitus (DM), kondisi ini timbul akibat dari peningkatan kadar gula darah yang tinggi. Ulkus kaki, infeksi, neuroarthropati dan penyakit arteri perifer merupakan penyebab terjadinya gangren dan amputasi ekstremitas pada bagian bawah (Tarwoto, 2012)

B. Etiologi

Menurut (H., 2015) diabetes melitus dapat terjadi karena beberapa faktor, yaitu:

1. Diabetes Tipe I (*Insulin Dependent Diabetes Melitus /IDDM*)

Diabetes mellitus yang ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pankreas disebabkan oleh:

a. Faktor Genetik

Penderita DM tidak mewarisi DM tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi/kecenderungan genetik kearah terjadinya DM tipe I. ini ditemukan pada individu yang mempunyai tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplatasi dan proses imun lainnya.

b. Faktor Immunologi

Respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan, yang dianggap seolah-olah sebagai jaringan asing.

c. Faktor Lingkungan

Yang disebabkan oleh virus atau toksin dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta.

2. Dabetes Tipe II (*NonInsulin Dependent Diabetes Mellitus/NIDDM*)

Mekanisme yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II belum diketahui. Diabetes tipe ini adalah gangguan heterogen yang disebabkan oleh faktor genetik yang terkait dengan gangguan sekresi insulin, resistensi insulin dan faktor

lingkungan seperti obesitas, makan berlebihan, kurang olahraga, dan stress serta penuaan. Adapun beberapa faktor risiko yang berhubungan yaitu:

a. Usia

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

b. Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

Obesitas digolongkan menjadi 3 kelompok yaitu:

- 1) Obesitas ringan : kelebihan berat badan 20 – 40%
- 2) Obesitas sedang : kelebihan berat badan 41 – 100%
- 3) Obesitas berat : kelebihan berat badan > 100%

Klasifikasi IMT (Indeks Masa Tubuh) menurut Tjokoprawiro (2015) pencegahan diabetes ada 2 yaitu:

- 1) $IMT < 18,5$: BB kurang
- 2) $IMT 18,5 - 22,9$: BB normal
- 3) $IMT > 23,0$: BB lebih
- 4) $IMT 23,0 - 24,9$: Overweight
- 5) $IMT 25,0 - 29,9$: Obesitas I
- 6) $IMT > 30$: Obesitas II

c. Riwayat keluarga

Pada risiko penderita penyakit ini 5 hingga 10 kali lebih besar daripada subjek (dengan Usia dan berat yang sama) yang tidak memiliki riwayat penyakit dalam keluarganya. Tidak seperti diabetes tipe I, penyakit ini tidak berkaitan dengan gen HLA. Peneliti epidemiologi menunjukkan bahwa diabetes tipe 2

tampaknya terjadi akibat sejumlah defek genetik, masing-masing memberi kontribusi pada risiko dan juga dipengaruhi oleh lingkungan.

d. Gaya hidup (stress)

Stres kronis cenderung membuat seseorang untuk mencari makanan yang cepat saji yang kaya pengawet, lemak, dan gula. Makanan ini sangat berpengaruh terhadap kerja pankreas. Stres juga akan meningkatkan kinerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kinerja pankreas.

e. Diabetes dengan Ulkus

1) Faktor endogen

a) Neuropati

Terjadi kerusakan saraf sensorik yang dimanifestasikan dengan penurunan sensori nyeri, panas, tak terasa, sehingga mudah terjadi trauma dan otonom/simpatis yang dimanifestasikan dengan peningkatan aliran darah, produksi keringat tidak ada dan hilangnya tonus vaskuler

b) Angiopati

Dapat disebabkan oleh faktor genetic, metabolic dan faktor resiko lain.

c) Iskemia

Adalah arterosklerosis (pengapuran dan penyempitan pembuluh darah) pada pembuluh darah besar tungkai (makroangiopati) menyebabkan penurunan aliran darah ke tungkai, bila terdapat thrombus akan memperberat timbulnya gangrene yang luas. Aterosklerosis dapat disebabkan oleh faktor: Adanya hormone aterogenik, Merokok, Hiperlipidemia, Manifestasi kaki diabetes iskemia: Kaki dingin, Nyeri nocturnal, Tidak terabanya denyut nadi, Adanya pemucatan ekstrimitas inferior, Kulit

mengkilap, Hilangnya rambut dari jari kaki, Penebalan kuku, Gangrene kecil atau luas.

2) Faktor eksogen

a) Trauma

b) Infeksi

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

Diabetes mellitus adalah penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat kerusakan sekresi insulin atau kinerja insulin. Diabetes mellitus tipe 1 terjadi karena ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia posprandial. Jika glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar akibatnya glukosa tersebut dieksresikan didalam urin (glukosuria). Ekresi ini disertai dengan pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan atau disebut dengan diuresis osmotik. Pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsi)

Pada Diabetes melitus tipe 2 terjadi akibat resistensi insulin, yaitu ketidakmampuan sel untuk berespon terhadap kadar insulin normal, terutama di dalam otot, hati, dan jaringan lemak. Di hati insulin bertugas menekan pelepasan glukosa namun pada keadaan resistensi insulin, hati melepaskan glukosa secara tidak normal ke dalam darah. Penyakit ini disebabkan oleh faktor genetik dan faktor lainnya, termasuk obesitas dan gaya hidup yang tidak sehat.

2. Manifestasi klinik

a. Poliuria

Merupakan gejala umum pada penderita diabetes mellitus. Banyaknya kencing ini disebabkan kadar gula dalam darah (glukosa) yang berlebih, sehingga merangsang tubuh untuk mengeluarkan kelebihan gula tersebut melalui ginjal Bersama urine. Gejala ini muncul pada malam hari, yaitu saat kadar gula dalam darah relative lebih tinggi.

b. Polidipsi

Merupakan akibat reaksi tubuh karena banyak mengeluarkan urine. Gejala ini merupakan usaha tubuh untuk menghindari kekurangan cairan (dehidrasi). Oleh karena itu tubuh banyak mengeluarkan air, secara otomatis menimbulkan rasa haus untuk mengganti cairan keluar. Selama kadar gula dalam darah belum terkontrol baik, maka akan menimbulkan keinginan terus menerus untuk minum dan sebaliknya ketika minum terus menerus akan menimbulkan keinginan untuk selalu kencing.

c. Poliphagia

Terjadi gejala ini disebabkan oleh berkurangnya cadangan gula dalam dalam tubuh meskipun kadar gula dalam darah tinggi. Oleh karena itu ketidakmampuan insulin dalam menyalurkan gula sebagai sumber tenaga dalam tubuh, dan membuat tubuh merasa lemas seperti kurang tenaga sehingga timbul rasa lapar.

d. Rasa Lelah dan kelemahan otot akibat dari gangguan aliran darah pada klien diabetes lama, ketabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel dalam menggunakan glukosa sebagai energi

e. Peningkatan angka infeksi akibat penurunan protein sebagai bahan pembentukan antibodi, peningkatan konsentrasi glukosa disekresi mucus, gangguan fungsi imun, dan penurunan aliran darah pada penderita diabetes kronis.

- f. Kelainan kulit berupa gatal-gatal, biasanya terjadi didaerah ginjal. Lipatan kulit seperti di ketiak dan dibawah payudara. Biasanya akibat tumbuhnya jamur.
- g. Kelainan genekologis keputihan dengan penyebab tersering yaitu jamur terutama candidia.
- h. Kesemutan rasa kebas akibat terjadinya neuropati karena regenerasi sel persyarafan mengalami gangguan akibat kekurangan bahan dasar utama yang berasal dari unsur protein akibatnya perifer mengalami kerusakan.
- i. Kelemahan tubuh terjadi akibat penurunan produksi energi metabolic yang dilakukan oleh sel melalui proses glikogenesis tidak dapat berlangsung secara optimal.
- j. Pandangan mata kabur yang disebabkan oleh gangguan refraksi akibat perubahan pada lensa oleh hiperglikemi.

3. Klasifikasi

Klasifikasi diabetes menurut ((ADA), 2018) terbagi menjadi 4 jenis yaitu:

a. Diabetes Mellitus tipe I

Terjadi karena adanya destruksi sel beta pancreas karena disebabkan oleh autoimun. Pada diabetes mellitus tipe ini terdapat sedikit atau tidak sama sekali sekresi insulin dapat ditentukan dengan level protein c-peptida yang jumlahnya sedikit atau tidak terdeteksi sama sekali. Faktor penyebab terjadinya DM tipe I adalah infeksi virus atau rusaknya system kekebalan tubuh yang disebabkan karena reaksi autoimun yang merusak sel-sel penghasil insulin yaitu sel β pada pankreas, secara menyeluruh. Oleh sebab itu, pada tipe I pankreas tidak dapat memproduksi insulin. Penderita Diabetes Mellitus untuk bertahan hidup harus diberikan insulin dengan cara disuntikan pada area tubuh penderita. Apabila insulin tidak diberikan maka penderita akan tidak sadarkan diri, disebut juga dengan koma ketoasidosis atau koma *diabetic*.

b. Diabetes Mellitus tipe II

Pada penderita Diabetes Mellitus tipe ini terjadi hyperinsulinemia tetapi insulin tidak bisa membawa glukosa masuk ke dalam jaringan karena terjadi resistensi insulin yang merupakan turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Oleh karena itu terjadinya resistensi insulin (reseptor insulin sudah tidak aktif karena dianggap kadarnya masih tinggi di dalam darah) akan mengakibatkan defisiensi relative insulin dan dapat mengakibatkan berkurangnya sekresi insulin pada glukosa sehingga sel beta pankreas akan mengalami desensitisasi terhadap adanya glukosa.

c. Diabetes Mellitus Gestational

Diabetes Mellitus tipe ini terjadi selama masa kehamilan, dimana intoleransi glukosa pertama kali didapat pada masa kehamilan, biasanya pada trimester kedua dan ketiga. Diabetes Mellitus gestasional berhubungan dengan meningkatnya komplikasi perinatal dan memiliki risiko lebih besar untuk menderita diabetes mellitus yang menetap dalam jangka waktu 5 – 10 tahun setelah melahirkan.

4. Komplikasi

Menurut (PERKENI, 2011) Komplikasi terbagi menjadi 2 jenis, yaitu jangka pendek (Akut) dan jangka Panjang (Kronis),

1. Komplikasi Diabetes Mellitus Akut

Disebabkan oleh 2 hal, yaitu peningkatan dan penurunan kadar gula darah yang drastis. Jika tidak ditangani bisa menyebabkan hilangnya kesadaran, kejang hingga kematian. Komplikasi diabetes mellitus akut juga terbagi menjadi 3 macam, yaitu:

a. Hipoglikemia

Hipoglikemia ditandai dengan menurunnya kadar glukosa darah hingga mencapai < 60 mg/dl. Gejalanya meliputi gejala adrenergic (berdebar, banyak keingat, gemetar, merasa lapar)

dan gejala neuroglukopenik (pusing, gelisah, kesadaran menurun dan koma).

b. Ketoasidosis diabetik (KAD)

KAD merupakan komplikasi akut yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (300-600 mg/dl), disertai dengan adanya tanda dan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas plasma meningkat (300-320 mOs/Ml) dan terjadi peningkatan anion gap.

c. Hyperosmolar Non Ketonik (HNK)

Pada keadaan ini terjadi peningkatan glukosa darah sangat tinggi (600-1200 mg/dl), tanpa tanda dan gejala asidosis, osmolaritas plasma sangat meningkat (330-380 mOs/Ml), plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat.

d. *Hyperosmolar hyperglycemic state* (HHS)

Terjadi akibat tingginya kadar gula darah dalam waktu tertentu, yang ditandai dengan haus yang berat, kejang, lemas, gangguan kesadaran, hingga koma. Atau bisa disebut juga sebagai penyakit kencing manis.

2. Komplikasi Diabetes Mellitus Kronis

Beberapa komplikasi jangka Panjang pada penyakit diabetes meliitus:

a. Gangguan pada mata (Retinopati Diabetik)

Diabetes dapat merusak pembuluh darah di retina. Kondisi ini disebut retinopati diabetic dan berpotensi menyebabkan kebutaan. Pembuluh darah di mata yang rusak karena diabetes juga meningkatkan risiko gangguan penglihatan, seperti katarak dan glaucoma.

b. Kerusakan ginjal (Nefropati Diabetik)

Diabetes mellitus dapat menyebabkan gangguan pada ginjal disebut Nefropati Diabetik. Kondisi ini menyebabkan gagal ginjal bahkan kematian. Dan penderita harus melakukan cuci darah (Hemodialisa) secara rutin atau transplantasi ginjal

c. Kerusakan saraf (Neuropati Diabetik)

Tingginya kadar gula dalam darah dan saraf di tubuh, terutama kaki bisa mengalami kerusakan. Rusaknya saraf akan menyebabkan gangguan sensorik dengan gejala kesemutan, mati rasa, atau nyeri dan juga dapat mempengaruhi saluran pencernaan, menyebabkan disfungsi ereksi atau impotensi pada pria, dan menyebabkan gastroparesis gejalanya berupa mual, muntah, dan merasa cepat kenyang saat makan.

d. Ulkus Diabetik

1) Pengertian

Ulkus diabetikum merupakan kerusakan yang terjadi sebagian (Partial Thickness) atau keseluruhan (Full Thickness) pada daerah kulit yang meluas ke jaringan bawah kulit, tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit Diabetes Melitus (DM), kondisi ini timbul akibat dari peningkatan kadar gula darah yang tinggi. Apabila ulkus kaki berlangsung lama, tidak dilakukan penatalaksanaan dan tidak sembuh, luka akan menjadi terinfeksi. Ulkus kaki, infeksi, neuroarthropati dan penyakit arteri perifer merupakan penyebab terjadinya gangren dan amputasi ekstremitas pada bagian bawah

2) Penyebab ulkus diabetikum

Penyebab dari ulkus kaki diabetik ada beberapa komponen yaitu meliputi neuropati sensori perifer, trauma, deformitas, iskemia, pembentukan kalus, infeksi dan edema. faktor penyebab terjadinya ulkus diabetikum terdiri dari 2 faktor yaitu faktor endogen dan eksogen. Faktor endogen yaitu genetik metabolik, angiopati diabetik, neuropati diabetik sedangkan faktor eksogen yaitu trauma, infeksi, dan obat.

3) Manifestasi Klinis

Ganggren diabetik akibat mikroangiopati disebut juga ganggren ganas walaupun nekrosis, di daerah peradangan tampak kemerahan, teraba hangat dan biasanya teraba pulsar arteri di bagian distal. Biasanya terdapat ulkus diabetik di kaki, proses mikroangiopati menyebabkan sumbatan di pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli akan memberikan gejala klinis 5P yaitu:

- a) Pain (Nyeri)
- b) Paleness (kepuatan)
- c) Paresthesia (kesemutan)
- d) Pulselessness (denyut nadi hilang)
- e) Paralysis (lumpuh)

Bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis menurut pola dari fontaine:

- a) Stadium I: asimtomatis atau gejala tidak khas (kesemutan)
- b) Stadium II: terjadi klaudikasio intermiten
- c) Stadium III: timbul nyeri saat istirahat
- d) Stadium IV: terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (Ulkus)

4) Klasifikasi ulkus diabetikum

Klasifikasi ulkus diabetik adalah sebagai berikut:

- a) Derajat 0: Tidak ada lesi yang terbuka, luka masih dalam keadaan utuh dengan adanya kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti "*claw, callus*"
- b) Derajat I: Ulkus superfisial yang terbatas pada kulit.
- c) Derajat II: Ulkus dalam yang menembus tendon dan tulang.
- d) Derajat III: Abses dalam, dengan atau tanpa adanya osteomielitis.

- e) Derajat IV: Gangren yang terdapat pada jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa adanya selulitis.
- f) Derajat V: Gangren yang terjadi pada seluruh kaki atau sebagian pada tungkai

Sedangkan ganggren kaki dibagi menjadi 2, yaitu:

- a) Kaki Diabetik Iskemik (KDI)
Disebabkan oleh penurunan aliran darah ke tungkai akibat adanya makroangiopati (arterosklerosis) dari pembuluh darah kurang besar ditungkai, terutama didaerah betis.
- b) Kaki Diabetik Akibat Neuropati (KDN)
Terjadi kerusakan saraf somatik dan otonomik, tidak ada gangguan dari sirkulasi dan dijumpai dengan kaki yang berkeringat, hangat, kesemutan, mati rasa, udem kaki, dengan pulsasi pembuluh darah kaki teraba baik

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (PERKENI, 2011) menjelaskan bahwa pemeriksaan penunjang atau diagnosis klinis DM ditegakkan bila ada gejala khas DM berupa polyuria (peningkatan pengeluaran urin), polydipsia (peningkatan rasa haus), polifagia (peningkatan rasa lapar) dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya. Jika terdapat gejala khas, maka pemeriksaan dapat dilakukan, yaitu:

- a. Pemeriksaan Glukosa Darah Sewaktu (GDS) $\geq 200\text{mg/dl}$ diagnosis DM sudah dapat ditegakkan.
- b. Pemeriksaan Glukosa Darah Puasa (GDP) $\geq 126\text{mg/dl}$ juga dapat digunakan untuk pedoman diagnosis DM.
- c. Pemeriksaan Hemoglobin A1c (HbA1C) merupakan pemeriksaan tunggal yang sangat akurat untuk menilai status glikemik jangka panjang dan berguna pada semua tipe penyandang DM. Pemeriksaan ini bermanfaat bagi pasien yang membutuhkan kendaliglikemik. Pemeriksaan HbA1c dianjurkan untuk dilakukan

secara rutin pada pasien DM. Pemeriksaan pertama untuk mengetahui keadaan glikemik pada tahap awal penanganan, pemeriksaan selanjutnya merupakan pemantauan terhadap keberhasilan pengendalian. Untuk pasien tanpa gejala khas DM, hasil pemeriksaan glukosa darah abnormal satu kali saja belum cukup kuat untuk menegaskan diagnosis DM. Diperlukan investigasi lebih lanjut yaitu:

- 1) Pemeriksaan $\text{GDP} \geq 126 \text{ mg/dl}$, $\text{GDS} \geq 200 \text{ mg/dl}$ pada hari yang lain.
- 2) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) $\geq 200 \text{ mg/dl}$.

D. Penatalaksanaan Medis

Menurut (PERKENI, 2015) komponen dalam penatalaksan DM yaitu:

- a. Diet Syarat diet hendaknya dapat:
 1. Memperbaiki kesehatan umum penderita
 2. Mengarahkan pada berat badan normal
 3. Menekan dan menunda timbulnya penyakit angiopati diabetik
 4. Memberikan modifikasi diet sesuai dengan keadaan penderita

Prinsip diet DM, adalah:

- a) Jumlah sesuai kebutuhan
- b) Jadwal diet ketat
- c) Jenis: boleh dimakan/ tidak Dalam melaksanakan diet diabetes sehari hari hendaknya diikuti pedoman 3 J yaitu:
 - 1) Jumlah kalori yang diberikan harus habis, jangan dikurangi atau ditambah
 - 2) Jadwal diet harus sesuai dengan intervalnya
 - 3) Jenis makanan yang manis harus dihindari

Penentuan jumlah kalori diet DM harus disesuaikan oleh status gizi penderita, penentuan gizi dilaksanakan dengan menghitung percentage of relative body weight (BPR=berat badan normal) dengan rumus:

$$BBR = \frac{BB}{TB - 100} \times 100\%$$

Keterangan:

- 1) Kurus (underweight): BPR 110% 35 2)
- 2) Normal (ideal): BPR 90% -110%
- 3) Gemuk (overweight): BPR >110%
- 4) Obesitas apabila BPR > 120%
 - a) Obesitas ringan: BPR 120% -130%
 - b) Obesitas sedang: BPR 130% - 140%
 - c) Obesitas berat: BPR 140 – 200%
 - d) Morbid: BPR > 200%

b. Olahraga

Beberapa kegunaan olahraga teratur setiap hari bagi penderita DM adalah:

- 1) Meningkatkan kepekaan insulin, apabila dikerjakan setiap 11/2 jam sesudah makan, berarti pula mengurangi insulin resisten pada penderita dengan kegemukan atau menambah jumlah reseptor insulin dan meningkatkan sensitivitas insulin dengan reseptornya
- 2) Mencegah kegemukan bila ditambah olahraga pagi dan sore
- 3) Memperbaiki aliran perifer dan menambah suplai oksigen
- 4) Meningkatkan kadar kolesterol – high density lipoprotein
- 5) Kadar glukosa otot dan hati menjadi berkurang, maka olahraga akan dirangsang pembentukan glikogen baru
- 6) Menurunkan kolesterol(total) dan trigliserida dalam darah karena pembakaran asam lemak menjadi lebih baik

c. Edukasi/penyuluhan

Harus rajin mencari banyak informasi mengenai diabetes dan pencegahannya. Misalnya mendengarkan pesan dokter, bertanya pada dokter, mencari artikel mengenai diabetes.

d. Pemberian obat-obatan

dilakukan apabila pencegahan dengan cara (edukasi, pengaturan makan, aktivitas fisik) belum berhasil, berarti harus diberikan obat-obatan

e. Pemantauan gula darah

Pemantauan gula darah harus dilakukan secara rutin, bertujuan untuk mengevaluasi pemberian obat pada diabetes. Jika dengan melakukan lima pilar diatas mencapai target, tidak akan terjadi komplikasi.

f. Terapi dengan Insulin

Terapi farmakologi untuk pasien diabetes melitus geriatri tidak berbeda dengan pasien dewasa sesuai dengan algoritma, dimulai dari monoterapi untuk terapi kombinasi yang digunakan dalam mempertahankan kontrol glikemik. Apabila terapi kombinasi oral gagal dalam mengontrol glikemik maka pengobatan diganti menjadi insulin setiap harinya. Meskipun aturan 39 pengobatan insulin pada pasien lanjut usia tidak berbeda dengan pasien dewasa, prevalensi lebih tinggi dari faktor-faktor yang meningkatkan risiko hipoglikemia yang dapat menjadi masalah bagi penderita diabetes pasien lanjut usia. Alat yang digunakan untuk menentukan dosis insulin yang tepat yaitu dengan menggunakan jarum suntik insulin premixed atau predrawn yang dapat digunakan dalam terapi insulin. 16 Lama kerja insulin beragam antar individu sehingga diperlukan penyesuaian dosis pada tiap pasien. Oleh karena itu, jenis insulin dan frekuensi penyuntikannya ditentukan secara individual. Umumnya pasien diabetes melitus memerlukan insulin kerja sedang pada awalnya, kemudian ditambahkan insulin kerja singkat untuk mengatasi hiperglikemia setelah makan. Namun, karena tidak mudah bagi pasien untuk mencampurnya sendiri, maka tersedia campuran tetap dari kedua jenis insulin regular (R) dan insulin kerja sedang. Idealnya insulin digunakan sesuai dengan keadaan fisiologis tubuh, terapi insulin diberikan sekali untuk kebutuhan basal dan tiga kali dengan insulin prandial untuk kebutuhan setelah makan. Namun demikian, terapi

insulin yang diberikan dapat divariasikan sesuai dengan kenyamanan penderita selama terapi insulin mendekati kebutuhan fisiologis.

g. Obat Antidiabetik Oral

1. Sulfonilurea Pada pasien lanjut usia lebih dianjurkan menggunakan OAD generasi kedua yaitu glipizid dan gliburid sebab resorpsi lebih cepat, karena adanya nonionic-binding dengan albumin sehingga resiko interaksi obat berkurang demikian juga resiko hiponatremi dan hipoglikemia lebih rendah. Dosis dimulai dengan dosis rendah. Glipizid lebih dianjurkan karena metabolitnya tidak aktif sedangkan 18 metabolit gliburid bersifat aktif. Glipizide dan gliklazid memiliki sistem kerja metabolit yang lebih pendek atau metabolit tidak aktif yang lebih sesuai digunakan pada pasien diabetes geriatri. Generasi terbaru sulfonilurea ini selain merangsang pelepasan insulin dari fungsi sel beta pankreas juga memiliki tambahan efek ekstrapankreatik.
2. Golongan Biguanid Metformin pada pasien lanjut usia tidak menyebabkan hipoglikemia jika digunakan tanpa obat lain, namun harus digunakan secara hati-hati pada pasien lanjut usia karena dapat menyebabkan anorexia dan kehilangan berat badan. Pasien lanjut usia harus memeriksakan kreatinin terlebih dahulu. Serum kreatinin yang rendah disebabkan karena massa otot yang rendah pada orangtua.
3. Penghambat Alfa Glukosidase/Acarbose Obat ini merupakan obat oral yang menghambat alfa-glukosidase, suatu enzim pada lapisan sel usus, yang mempengaruhi digesti sukrosa dan karbohidrat kompleks. Sehingga mengurangi absorpsi karbohidrat dan menghasilkan penurunan peningkatan glukosa postprandial. Walaupun kurang efektif dibandingkan golongan obat yang lain, obat tersebut dapat dipertimbangkan pada pasien lanjut usia yang mengalami diabetes 19 ringan. Efek samping gastrointestinal dapat membatasi terapi tetapi juga bermanfaat bagi

mereka yang menderita sembelit. Fungsi hati akan terganggu pada dosis tinggi, tetapi hal tersebut tidak menjadi masalah klinis.

4. Thiazolidinediones Thiazolidinediones

memiliki tingkat kepekaan insulin yang baik dan dapat meningkatkan efek insulin dengan mengaktifkan PPAR alpha reseptor. Rosiglitazone telah terbukti aman dan efektif untuk pasien lanjut usia dan tidak menyebabkan hipoglikemia. Namun, harus dihindari pada pasien dengan gagal jantung. Thiazolidinediones adalah obat yang relative.

E. Pengkajian keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) pengkajian yang dapat dilakukan pada klien ulkus diabetikum post debridement antara lain:

1. Aktivitas/istirahat

Tanda: takikardia, dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas latergi/disorientasi, koma

Gejala: lemah, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan tidur/istirahat

2. Sirkulasi

Tanda: takikardi, perubahan tekanan darah; hipertensi, nadi menurun, disritmia, kulit panas, kering, kemerahan dan bola mata cekung

Gejala: adanya riwayat hipertensi; IM akut, kebas dan kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki, penyembuhan yang lama

3. Integritas ego

Tanda: ansietas, peka rangsang

Gejala: stress, masalah finansial

4. Eliminasi

Tanda: urine encer, pucat, polyuria, abdomen keras, adanya asites, bising usus lemah dan menurun, diare

Gejala: polyuria, nocturia, rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih (infeksi), ISK, nyeri tekan abdomen

5. Makanan/cairan

Tanda: kulit kering/bersisik, turgor jelek, kekauan/distensi abdomen, muntah, pembesaran tiroid.

Gejala: hilang napsu makan, mual/muntah, haus, penggunaan diuretic (tizaid)

6. Neurosensory

Tanda: disorientasi, mengantuk, latergi, refleks tendon (RTD) menurun (koma)

Gejala: pusing, sakit kepala, kebas/kelemahan pada otot, gangguan penglihatan

7. Nyeri/kenyamanan

Tanda: wajah meringis

Gejala: abdomen tegang/nyeri (sedang/berat)

8. Pernapasan

Tanda: batuk dengan/tanpa sputum purulent (infeksi), frekuensi pernapasan

Gejala: merasa kekurangan oksigen, batuk

9. Keamanan

Tanda: demam, diaphoresis, kulit rusak, lesi/ulserasi, menurunnya kekuatan rentang gerak

Gejala: kulit kering, gatal; ulkus kulit

10. Seksualitas

Gejala: rabas vagina (cenderung infeksi), impoten pada pria

11. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala: factor risiko keluarga, DM, penyakit jantung, stroke, hipertensi, penyembuhan yang lambat, penggunaan obat seperti steroid, diuretic (tiazid)

F. Diagnosa Keperawatan

menurut (Doenges, 2012) diagnosa keperawatan pada klien dengan ulkus diabetikum post debridement yang dapat diangkat adalah sebagai berikut:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik.
2. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin.
3. Risiko tinggi infeksi terhadap sepsis berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit.
4. Risiko tinggi terhadap perubahan sensori berhubungan dengan ketidakseimbangan glukosa/insulin dan atau elektrolit
5. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, perubahan kimia darah, peningkatan kebutuhan energi.
6. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka Panjang/progresif yang tidak dapat diobati, ketergantungan pada orang lain.
7. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat, kesalahan interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi.

G. Rencana Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) rencana keperawatan yang dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik.
 - a. Mandiri
 - 1) Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan TD ortostatik
Rasional: hipovolemi dapat dimanifestasikan oleh hipotensi dan takikardia. Perkiraan berat ringannya hipovolemi dapat dibuat ketika tekanan darah sistolik pasien turun lebih dari 10 mmHg dari posisi berbaring ke posisi duduk/berdiri. Neuropati jantung dapat memutuskan refleks-refleks yang secara normal meningkatkan denyut jantung.

- 2) Pola napas seperti adanya pernapasan kussmaul atau pernapasan yang berbau keton
Rasionalnya: paru-paru mengeluarkan asam karbonat melalui pernapasan yang menghasilkan kompensasi alkalosis respiratoris terhadap keadaan ketoasidosis. Pernapasan yang berbau aseton berhubungan dengan pemecahan asam asetoasetat dan harus berkurang bila ketosis harus terkoreksi
- 3) Frekuensi dan kualitas pernapasan, gangguan otot bantu napas, dan adanya periode apnea dan munculnya sianosis
Rasionalnya: koreksi hiperglikemia dan asidosis akan menyebabkan
- 4) Suhu, warna kulit, atau kelembabannya
Rasionalnya: meskipun demam, menggigil dan diaphoresis merupakan hal umum terjadi pada proses infeksi, demam dengan kulit yang kemerahan, kering mungkin sebagai cerminan dari dehidrasi
- 5) Kaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgoe kulit, dan membrane mukosa
Rasional: merupakan indikator dari tingkat dehidrasi, atau volume sirkulasi yang adekuat.
- 6) Pantau masukan dan pengeluaran, catat berat jenis urine
Rasional: memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti, fungsi ginjal, dan keefektifan dari terapi yang diberikan
- 7) Ukur berat badan setiap hari
Rasional: memberikan hasil pengkajian yang terbaik dari status cairan yang sedang berlangsung dan selanjutnya dalam memberikan cairan pengganti
- 8) Pertahankan untuk memberikan cairan paling sedikit 2500 ml/hari dalam batas yang dapat di toleransi jantung jika pemasukan cairan melalui oral sudah dapat diberikan
Rasional: pertahankan hidrasi/volume sirkulasi

- 9) Tingkatkan lingkungan yang dapat menimbulkan rasa nyaman.
Selimuti pasien dengan selimut tipis.

Rasional: menghindari pemanasan yang berlebihan terhadap pasien lebih lanjut akan dapat menimbulkan kehilangan cairan

- 10) Kaji adanya perubahan mental/sensori

Rasional: perubahan mental dapat berhubungan dengan glukosa yang tinggi atau yang rendah (hiperglikemia atau hipoglikemia), elektrolit yang abnormal, asidosis, penurunan perfusi serebral, dan berkembangnya hipoksia. Penyebab yang tidak tertangani, gangguan kesadaran dapat menjadi predisposisi (pencetus) aspirasi pada pasien

- 11) Catat hal-hal yang dilaporkan seperti mual, nyeri abdomen, muntah dan distensi lambung

Rasional: kekurangan cairan dan elektrolit mengubah motilitas lambung, yang seringkali akan menimbulkan muntah dan secara potensial akan menimbulkan kekurangan cairan atau elektrolit

- 12) Observasi adanya perasaan kelelahan yang meningkat, edema, peningkatan berat badan, nadi tidak teratur dan adanya distensi pada vaskuler.

Rasional: pemberian cairan untuk perbaikan yang sepi mungkin sangat berpotensi menimbulkan kelebihan cairan.

b. Kolaborasi

- 1) Berikan terapi cairan sesuai dengan indikasi; normal salin atau setengah normal salin dengan atau tanpa dektrosa

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

- 2) Albumin, plasma, atau dekstran

Rasional: plasma ekspander (pengganti) kadang dibutuhkan jika kekurangan tersebut mengancam kehidupan atau tekanan darah sudah tidak dapat kembali normal dengan usaha-usaha rehidrasi yang telah dilakukan

- 3) Pasang/pertahankan kateter urine tetap terpasang
Rasional: memberikan pengukuran yang tepat/akurat terhadap pengukuran haluaran urine terutama jika neuropati otonom menimbulkan gangguan kantung kemih (retensi urine/inkontinensia). Dapat dilepas jika pasien berada dalam keadaan stabil untuk menurunkan resiko terjadinya infeksi.
- 4) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti; Hematokrit (HT)
Rasional: mengkaji tingkat hidrasi dan seringkali meningkat akibat hemokonsentrasi yang terjadi setelah diuresis osmotik.
- 5) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti; BUN/kreatinin
Rasional: peningkatan nilai dapat mencerminkan kerusakan sel karena dehidrasi atau tanda kegagalan ginjal
- 6) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti; Osmolalitas darah
Rasional: meningkatkan sehubungan dengan adanya hiperglikemia dan dehidrasi
- 7) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti: Natrium
Rasional: mungkin menurun yang dapat mencerminkan perpindahan cairan dari intrasel (diuresis osmotik). Kadar natrium yang tinggi mencerminkan kehilangan cairan/dehidrasi berat atau reabsorpsi natrium dalam berespons terhadap sekresi aldosterone
- 8) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti; kalium
Rasional: awalnya akan terjadi hiperkalemia dalam berespons pada asidosis, namun selanjutnya kalium akan hilang melalui urine, kadar kalium absolut dalam tubuh berkurang. Bila insulin diganti dan asidosis teratasi, kekurangan kalium serum justru akan terlihat.
- 9) Berikan kalium atau elektrolit yang lain melalui IV dan/atau melalui oral sesuai indikasi
Rasional: kalium harus ditambahkan pada IV (segera aliran urine adekuat) untuk mencegah hipokalemia. *Catatan:* kalium

fosfat dapat diberikan jika cairan IV mengandung natrium klorida untuk mencegah kelebihan beban klorida

10) Berikan bikarbokat jika pH kurang dari 7,0

Rasional: diberikan dengan hati-hati untuk membantu memperbaiki asidosis pada adanya hipotensi atau syok

11) Pasang selang NG dan lakukan penghisapan sesuai dengan indikasi

Rasional: mendekompresi lambung dan dapat menghilangkan muntah

2. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin.

a. Mandiri

1) Timbang berat badan setiap hari atau sesuai dengan indikasi

Rasional: mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorpsi dan utilisasinya)

2) Tentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien

Rasional: mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan trapeutik

3) Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna, pertahankan keadaan puasa sesuai dengan indikasi

Rasional: hiperglikemia dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat menurunkan mortilitas/fungsi lambung (distensi atau ileus paralitik) yang akan mempengaruhi pilihan intervensi. *Catatan:* kesulitan jangka Panjang dengan penurunan pengosongan lambung dan mortilitas usus yang rendah mengisyaratkan adanya neuropati otonom yang mempengaruhi saluran pencernaan dan memerlukan pengobatan secara simptomatik

- 4) Berikan makanan cair yang mengandung zat makanan (nutrient) dan elektrolit dengan segera jika pasien sudah dapat mentoleransi melalui pemberian cairan melalui oral. Dan selanjutnya terus mengupayakan pemberian makanan yang lebih padat sesuai dengan yang dapat ditoleransi

Rasional: pemberian makanan melalui oral lebih baik jika pasien sadar dan fungsi gastrointestinal baik.

- 5) Identifikasi makanan yang disukai/dikehendaki termasuk kebutuhan etnik/kultural

Rasional: jika makanan yang disukai pasien dapat dimasukkan dalam perencanaan makan, kerja sama ini dapat diupayakan setelah pulang

- 6) Libatkan keluarga pasien pada perencanaan makan ini sesuai dengan indikasi

Rasional: meningkatkan rasa keterlibatannya; memberikan informasi pada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien. *Catatan:* berbagai metode bermanfaat untuk perencanaan diet meliputi pergantian daftar menu, sistem perhitungan kalori, indeks glikemik atau seleksi awal menu

- 7) Observasi tanda-tanda hipoglikemia. Seperti perubahan tingkat kesadaran, kulit lembab/dingin, denyut nadi cepat, peka rangsang, cemas, sakit kepala, pusing/semboyongan

Rasional: karena metabolisme karbohidrat mulai terjadi (gula darah akan berkurang, dan sementara tetap diberikan insulin maka hipoglikemia dapat terjadi. Jika pasien dalam keadaan koma. Hipoglikemia mungkin terjadi tanpa memperlihatkan perubahan tingkat kesadaran. Secara potensial dapat mengancam kehidupan yang harus dikaji dan ditangani secara cepat melalui protocol yang direncanakan. *Catatan:* DM tipe I yang telah berlangsung lama mungkin tidak akan menunjukkan tanda-tanda hipoglikemia seperti biasanya karena respons normal terhadap gula darah yang rendah mungkin dikurangi.

b. Kolaborasi

- 1) Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan “finger stick)

Rasional: Analisa di tempat tidur terhadap gula darah lebih akurat (menunjukkan keadaan saat dilakukan pemeriksaan) daripada memantau gula dalam urine (reduksi urine) yang tidak cukup akurat untuk mendeteksi fluktuasi kadar gula darah dan dapat dipengaruhi oleh ambang ginjal pasien secara individual atau adanya retensi urine/gagal ginjal. *Catatan:* beberapa penelitian telah menemukan bahwa glukosa urine 20% berhubungan dengan gula darah antara 140-360 mg/dl

- 2) Pantau pemeriksaan laboratorium, seperti glukosa darah, aseton, pH dan HCO_3

Rasional: gula darah akan menurun perlahan dengan penggantian cairan dan terapi insulin terkontrol, glukosa kemudian dapat masuk kedalam sel dan digunakan untuk sumber kalori. Ketika hal ini terjadi, kadar aseton akan menurun dan asidosis dapat dikoreksi.

- 3) Berikan pengobatan insulin secara teratur dengan metode IV secara intermiten atau secara kontinu. Seperti bolus IV diikuti dengan tetesan yang kontinu selalui alat pompa kira-kira 5-10 ul/jam sampai glukosa darah mencapai 250 mg/dl

Rasional: insulin regular memiliki awitan cepat dan karenanya dapat membantu memindahkan glukosa ke dalam sel. Pemberian melalui IV merupakan rute pilihan utama karena absorpsi dari jaringan subkutan mungkin tidak menentu/sangat lambat. Banyak orang percaya/berpendapat bahwa metode kontinu ini merupakan cara yang optimal untuk mempermudah transisi pada metabolisme karbohidrat dan menurunkan insiden hipoglikemia

- 4) Berikan larutan glukosa, misalnya dekstrosa dan setengah insulin normal

Rasional: larutan glukosa ditambah setelah insulin dan cairan membawa gula darah kira-kira 250 mg/dl. Dengan metabolisme karbohidrat mendekati normal, perawatan harus diberikan untuk menghindari terjadinya hipoglikemia

- 5) Lakukan konsultasi dengan ahli diet

Rasional: sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyesuaian diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien; menjawab pertanyaan dan dapat pula membantu pasien atau orang terdekat dalam mengembangkan perencanaan makan

- 6) Berikan diet kira-kira 60% karbohidrat, 20% protein dan 20% lemak dalam penataan makan/pemberian makanan tambahan

Rasional: kompleks karbohidrat (seperti jagung, wortel, brokoli, buncis, gandum, dll) menurunkan kadar glukosa/kebutuhan insulin, menurunkan kadar kolesterol darah dan meningkatkan rasa kenyang. Pemasukan makanan akan dijadwalkan sesuai karakteristik insulin yang spesifik (mis, efek puncaknya) dan respons pasien secara individual. Catatan: makanan tambahan dari kompleks karbohidrat terutama sangat penting (jika insulin diberikan dalam dosis terbagi) untuk mencegah hipoglikemia selama tidur.

- 7) Berikan obat metaklopramid (reglan); tetrasiklin

Rasional: dapat bermanfaat dalam mengatasi gejala yang berhubungan dengan neuropati otonom yang mempengaruhi saluran cerna, yang selanjutnya meningkatkan pemasukan melalui oral dan absorpsi zat makanan (nutrient)

3. Risiko tinggi infeksi terhadap sepsis berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit.

a. Mandiri

1) Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan, seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulent, urine warna keruh atau berkabut

Rasional: pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoasidosis atau dapat mengalami infeksi nosocomial

2) Tingkatkan upaya pencegahan dan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri

Rasional: mencegah timbulnya infeksi silang (infeksi nosokomial)

3) Pertahankan Teknik aseptik pada prosedur invasive (seperti pemasangan infus, kateter foley dan sebagainya), pemberian obat intravena dan memberikan perawatan pemeliharaan. Lakukan pengobatan melalui IV sesuai indikasi

Rasional: kadar glukosa yang tinggi dalam darah akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman

4) Pasang kateter/lakukan perawatan perianal dengan baik. Ajarkan pasien wanita untuk membersihkan daerah perinealnya dari depan kearah belakang setelah eliminasi

Rasional: mengurangi risiko terjadinya infeksi saluran kemih. Pasien koma mungkin memiliki resiko yang khusus jika terjadi retensi urine pada saat awal dirawat. Catatan: pasien DM wanita lansia merupakan kelompok utama yang paling beresiko terjadi infeksi saluran kemih/vagina.

5) Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh. Massase daerah tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, linen kering dan tetap kencang (tidak berkerut)

Rasional: sirkulasi perifer bisa terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan risiko terjadinya kerusakan pada kulit/iritasi kulit dan infeksi

6) Auskultasi bunyi napas

Rasional: ronkhi mengindikasikan adanya akumulasi secret yang mungkin berhubungan dengan pneumonia/bronchitis (mungkin sebagai pencetus dari DKA). Edema paru mungkin sebagai akibat dari pemberian cairan yang terlalu cepat/berlebihan

7) Posisikan pasien pada posisi semi-Fowler

Rasional: memberikan kemudahan bagi paru untuk berkembang; menurunkan risiko terjadinya aspirasi

8) Lakukan perubahan posisi dan ajurkan pasien untuk batuk efektif/napas dalam jika pasien sadar dan kooperatif. Lakukan penghisapan lendir pada jalan napas dengan menggunakan Teknik steril sesuai keperluan

Rasional: membantu dalam memventilasikan semua daerah paru dan memobilisasi secret. Mencegah agar secret tidak statis dengan terjadinya peningkatan terhadap resiko infeksi

9) Berikan tisu dan tempat sputum pada tempat yang mudah dijangkau untuk menampung sputum atau secret yang lainnya

Rasional: mengurangi penyebaran infeksi

10) Bantu pasien untuk melakukan hygiene oral

Rasional: menurunkan risiko terjadinya penyakit mulut/gusi

11) Anjurkan untuk makan dan minum adekuat (pemasukan makanan dan cairan yang adekuat (kira-kira 3000 ml/hari jika tidak ada kontraindikasi)

Rasional: menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi. Meningkatkan aliran urine untuk mencegah urine yang statis dan membantu dalam mempertahankan pH/keasman urine,

yang menurunkan pertumbuhan bakteri dan pengeluaran organisme dari sistem organ tersebut

b. Kolaborasi

- 1) Lakukan pemeriksaan kultur dan sensitivitas sesuai dengan indikasi

Rasional: untuk mengidentifikasi organisme sehingga dapat memilih/memberikan terapi antibiotik yang terbaik

- 2) Berikan obat anti biotik yang sesuai

Rasional: penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis

4. Resiko tinggi terhadap perubahan sensori berhubungan dengan ketidakseimbangan glukosa/insulin dan atau elektrolit

a. Mandiri

- 1) Pantau tanda-tanda vital dan status mental

Rasional: sebagai dasar untuk membandingkan temuan abnormal seperti suhu yang meningkat dapat mempengaruhi fungsi mental

- 2) Panggil pasien dengan nama, orientasikan kembali sesuai dengan kebutuhannya, misalnya terhadap tempat, orang, dan waktu. Berikan penjelasan yang singkat dengan bicara perlahan dan jelas

Rasional: menurunkan kebingungan dan membantu untuk mempertahankan kontak dengan realitas

- 3) Jadwalkan intervensi keperawatan agar tidak mengganggu waktu istirahat pasien

Rasional: meningkatkan tidur, menurunkan rasa letih, dan dapat memperbaiki daya pikir

- 4) Pelihara aktivitas rutin pasien sekonsisten mungkin, dorong untuk melakukan kegiatan sehari-hari sesuai kemampuan

Rasional: membantu memelihara pasien tetap berhubungan dengan realitas dan mempertahankan orientasi pada lingkungannya

- 5) Lindungi pasien dari cedera (gunakan pengikat) ketika tingkat kesadaran pasien terganggu. Berikan bantal lunak pada pagar tempat tidur dan berikan jalan napas buatan yang lunak jika pasien kemungkinan mengalami kejang.

Rasional: pasien mengalami disorientasi merupakan awal kemungkinan timbulnya cedera, terutama malam hari dan perlu pencegahan sesuai indikasi. Munculnya kejang perlu diantisipasi untuk mencegah trauma fisik, aspirasi dsb.

- 6) Evaluasi lapang pandang penglihatan sesuai dengan indikasi

Rasional: edema/lepasnya retina, hemoragis, katarak, atau paralisis otot ekstraokuler sementara mengganggu penglihatan yang memerlukan terapi korektif dan/atau perawatan penyokong

- 7) Selidiki adanya keluhan parestesia, nyeri, atau kehilangan sensori pada paha/kaki. Lihat adanya ulkus, daerah kemerahan, tempat-tempat tertekan, kehilangan denyut nadi perifer

Rasional: neuropati perifer dapat mengakibatkan rasa tidak nyaman yang berat, kehilangan sensasi sentuhan/distorsi yang mempunyai risiko tinggi terhadap kerusakan kulit dan gangguan keseimbangan. *Catatan:* mononeuropati mempengaruhi saraf tunggal (paling sering pada daerah femoralis dan otal) yang menyebabkan nyeri tiba-tiba dan kehilangan fungsi motorik/sensorik sepanjang jaringan saraf yang terkena tersebut.

- 8) Berikan tempat tidur yang lembut, pelihara kehangatan kaki/tangan, hindari terpajan terhadap air panas atau dingin atau penggunaan bantal/pemanas

Rasional: meningkatkan rasa nyaman dan menurunkan kemungkinan kerusakan kulit karena panas. *Catatan:*

munculnya dingin yang tiba-tiba pada tangan/kaki dapat mencerminkan adanya hipoglikemia, yang perlu untuk melakukan pemeriksaan terhadap kadar gula darah

9) Bantu pasien dalam ambulasi atau perubahan posisi

Rasional: meningkatkan keamanan pasien terutama ketika rasa keseimbangan dipengaruhi

b. Kolaborasi

1) Berikan pengobatan sesuai dengan obat yang ditentukan untuk mengatasi DKA sesuai indikasi

Rasional: gangguan dalam proses piker/potensial terhadap aktivitas kejang biasanya hilang bila keadaan hiperosmolaritas teratasi

2) Pantau nilai laboratorium, seperti glukosa darah, osmolaritas darah, Hb/Ht, ureum kreatinin

Rasional: ketidakseimbangan nilai laboratorium ini dapat menurunkan fungsi mental. *Catatan:* jika cairan diganti dengan cepat, kelebihan cairan dapat masuk ke sel otak dan menyebabkan gangguan pada tingkat kesadaran.

3) Bantu dengan memblok saraf setempat, mempertahankan unit TENS

Rasional: dapat memberikan rasa nyaman yang berhubungan dengan neuropati

5. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, perubahan kimia darah, peningkatan kebutuhan energi.

a. Mandiri

1) Diskusikan dengan pasien kebutuhan dan aktivitas. Buat jadwal perencanaan dengan pasien dan identifikasi aktivitas yang menimbulkan kelelahan

Rasional: Pendidikan dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan tingkat aktivitas meskipun pasien mungkin sangat lemah

- 2) Berikan aktivitas alternative dengan periode istirahat yang cukup/tanpa diganggu
Rasional: mencegah kelelahan yang berlebihan
 - 3) Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum/sesudah melakukan aktivitas
Rasional: mengindikasikan tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi secara fisiologis
 - 4) Diskusikan cara menghemat kalori selama mandi, berpindah tempat dan sebagainya
Rasional: pasien akan dapat melakukan lebih banyak kegiatan dengan penurunan kebutuhan akan energi pada setiap kegiatan
 - 5) Tingkatkan pasrtisipasi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan yang dapat ditoleransi
Rasional: meningkatkan kepercayaan diri/harga diri yang positif sesuai tingkat aktivitas yang dapat ditoleransi pasien.
6. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka Panjang/progresif yang tidak dapat diobati, ketergantungan pada orang lain.
- a. Mandiri
 - 1) Anjurkan pasien/keluarga untuk mengekspresikan perasaannya tentang perawatan di rumah sakit dan penyakitnya secara keseluruhan
Rasional: mengidentifikasi area perhatiannya dan memudahkan cara pemecahan masalah
 - 2) Kaji normalitas dari perasaan
Rasional: pengenalan bahwa reaksi normal dapat membantu pasien untuk memecahkan masalah dan mencari bantuan sesuai kebutuhan. Control terhadap DM merupakan pekerjaan yang terus-menerus yang bertindak sebagai pengikat konstan terhadap munculnya penyakit serta ancaman terhadap kehidupan/kesehatan pasien

- 3) Kaji bagaimana pasien telah menangani masalahnya di masa lalu. Identifikasi lokus kontrol

Rasional: pengetahuan gaya individu membantu untuk menentukan kebutuhan terhadap tujuan penanganan. Pasien yang mempunyai lokus pusat control internal biasanya memperlihatkan cara untuk meningkatkan control terhadap program pengobatan sendiri. Pasien yang bertindak dengan lokus eksternal ingin dirawat oleh orang lain atau mungkin akan mengendalikan factor-faktor eksternal yang mempengaruhinya.

- 4) Berikan kesempatan pada keluarga untuk mengekspresikan perhatiannya dan diskusikan cara mereka dapat membantu sepenuhnya terhadap pasien

Rasional: meningkatkan perasaan terlibat dan memberikan kesempatan keluarga untuk memecahkan masalah untuk membantu mencegah terulangnya (kambuhnya) penyakit pada pasien tersebut

- 5) Tentukan tujuan/harapan dari pasien atau keluarga

Rasional: harapan yang tidak realistis atau adanya tekanan dari orang lain atau diri sendiri dapat mengakibatkan perasaan frustrasi/kehilangan control diri dan mungkin mengganggu kemampuan coping

- 6) Tentukan apakah ada perubahan yang berhubungan dengan orang terdekat

Rasional: tenaga dan pikiran yang konstan diperlukan untuk mengendalikan diabetik yang seringkali memindahkan focus hubungan. Perkembangan psikologis/neuropati fiseral mempengaruhi konsep diri (terutama fungsi peran seksual) mungkin menambahkan keadaan stress.

- 7) Anjurkan pasien untuk membuat keputusan sehubungan dengan perawatannya seperti ambulasi, waktu beraktivitas, dan seterusnya

Rasional: mengkomunikasikan pada pasien bawa beberapa pengadilan dapat dilatih pada saat perawatan dilakukan

- 8) Berikan dukungan pada pasien untuk ikut berperan serta dalam perawatan diri sendiri dan berikan umpan balik positif sesuai dengan usaha yang dilakukannya

Rasional: meningkatkan perasaan control terhadap situasi.

7. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat, kesalahan interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi.

- a. Mandiri

- 1) Ciptakan lingkungan saling percaya dengan mendengarkan penuh perhatian, dan selalu ada untuk pasien.

Rasional: menanggapi dan memperhatikan perlu diciptakan sebelum pasien bersedia mengambil bagian dalam proses belajar

- 2) Bekerja dengan pasien dalam menata tujuan belajar yang diharapkan

Rasional: partisipasi dalam perencanaan meningkatkan antusias dan kerjasama pasien dengan prinsip-prinsip yang dipelajari

- 3) Pilih berbagai strategi belajar, seperti Teknik demonstrasi yang memerlukan keterampilan dan biarkan pasien mendemonstrasikan ulang, gabungkan keterampilan baru ini kedalam rutinitas rumah sakit sehari-hari

Rasional: penggunaan cara yang berbeda tentang mengakses informasi meningkatkan penyerapan pada individu yang belajar

- 4) Diskusikan topik-topik utama, seperti: apakah kadar glukosa normal itu dan bagaimana hal tersebut dibandingkan dengan kadar gula darah pasien, tipe DM yang dialami pasien, hubungan antara kekurangan insulin dengan kadar gula darah yang tinggi

rasional: memberikan pengetahuan dasar di mana pasien dapat membuat pertimbangan dalam memilih gaya hidup

5) Terjadinya serangan ketoasidosis

Rasional: pengetahuan tentang factor pencetus dapat membantu untuk menghindari kambuhnya serangan tersebut

6) Diskusikan topik-topik utama, seperti: komplikasi penyakit akut dan kronis meliputi gangguan penglihatan (retinopati), perubahan dalam neurosensory dan kardiovaskuler, perubahan fungsi ginjal/hipertensi

Rasional: melakukan pemeriksaan gula darah oleh diri sendiri 4 kali atau lebih dalam setiap harinya memungkinkan fleksibilitas dalam perawatan diri, meningkatkan control kadar gula darah dengan lebih ketat (mis, 60-150 mg/dl) dan dapat mencegah/mengurangi perkembangan komplikasi jangka panjang

7) Diskusikan tentang rencana diet, penggunaan makanan tinggi serat dan cara untuk melakukan makan dilur rumah

Rasional: kesadaran tentang pentingnya control diet akan membantu pasien dalam merencanakan makan/mentaati program. Serat dapat memperlambat absorpsi glukosa yang akan menurunkan fluktuasi kadar gula dalam darah, tetapi dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada saluran cerna, flatus meningkat, dan mempengaruhi absopsi vitamin/mineral

8) Tinjau ulang program pengobatan meliputi awitan, puncak dan lamanya dosis insulin yang diresepkan, bila di sesuaikan dengan pasien atau keluarga

Rasional: pemahaman tentang semua aspek yang digunakan obat meningkatkan penggunaan yang tepat. Algoritme dosis dibuat, yang masuk dalam perhitungan dosis obat yang dibuat selama evaluasi rawap inap: jumlah dan jadwal aktivitas fisik biasanya, perencanaan makan. Dengan melibatkan orang terdekat/sumer untuk pasien

- 9) Tinjau kembali pemberian insulin oleh pasien sendiri dan perawatan terhadap peralatan yang digunakan. Berikan kesempatan pada pasien untuk mendemonstrasikan prosedur tersebut (mis, menentukan daerah penyuntikan dan cara menyuntik atau penggunaan alat suntik pompa kontinu)

Rasional: mengidentifikasi pemahaman dan kebenaran dari prosedur atau masalah yang potensial dapat terjadi (seperti penglihatan, daya ingat dan sebagainya) sehingga solusi alternative dapat ditentukan untuk pemberian insulin tersebut

- 10) Tekankan pentingnya mempertahankan pemeriksaan gula darah setiap hari, waktu dan dosis obat, diet, aktivitas, perasaan/sensasi atau penggunaan alat suntik pompa kontinu

Rasional: membantu dalam menciptakan gambaran nyata dari keadaan pasien untuk melakukan control penyakitnya dengan lebih baik dan meningkatkan perawatan diri/kemandiriannya

- 11) Diskusikan factor-faktor yang memegang peranan dalam control DM tersebut, seperti latihan (aerobic versus isometric), stress, pembedahan dan penyakit tertentu. Lihat kembali aturan “Sick Day”

Rasional: informasi ini akan meningkatkan pengendalian terhadap DM dan dapat sangat menurunkan berulangnya kejadian ketoasidosis. *Catatan:* latihan aerobik (seperti berjalan, berenang) meningkatkan keefektifan penggunaan insulin yang menurunkan kadar gula darah dan memperkuat sistem kardiovaskuler. Perencanaan penanganan “Sick Day” membantu mempertahankan keseimbangan selama sakit, bedah minor, stress emosi yang berat atau beberapa keadaan yang mungkin meningkatkan gula darah

- 12) Tinjau ulang pengaruh rokok pada penggunaan insulin. Anjurkan pasien untuk menghentikan rokok

Rasional: nikotin mengkonstriksi pembuluh darah kecil dan absorpsi insulin diperlambat selama pembuluh darah ini yang

mengalami kontriksi. *Catatan:* absorpsi insulin dapat diturunkan sampai batas 30% dibawah normal dalam 30 menit pertama setelah meroko

- 13) Buat jadwal latihan/aktivitas yang teratur dan identifikasi hubungan dengan penggunaan insulin yang perlu menjadi perhatian

Rasional: waktu latihan tidak boleh bersamaan waktunya dengan kerja insulin. Harus diberikan sebelum atau Selama latihan sesuai kebutuhan dalam rotasi injeksi harus menghindari kelompok otot yang akan digunakan untuk aktivitas (mis. daerah abdomen lebih dipilih daripada paha atau lengan sebelum melakukan jogging atau berenang) untuk mencegah percepatan ambilan insulin)

- 14) Identifikasi gejala hipoglikemia (mis, lemah, pusing, letargi, lapar, peka rangsang, diaphoresis, pucat, takikardi, tremor, sakit kepala, dan perubahan mental) dan jelaskan penyebabnya

Rasional: dapat peningkatan deteksi dan pengobatan lebih awal dan mencegah/mengurangi kejadiannya. *Catatan:* hiperglikemia saat bangun tidur dapat mencerminkan fenomena fajar (indikasi perlunya insulin tambahan) atau respons balik pada hipoglikemia selama tidur (efek somogyi) yang memerlukan penurunan dosis insulin atau perubahan diet (mis, pemberian makanan pada malam hari) pemeriksaan kadar gula darah pada jam 3 pagi membantu dalam mengidentifikasi masalah yang spesifik.

- 15) Instruksikan pentingnya pemeriksaan secara rutin pada kaki dan perawatan kaki tersebut. Demonstrasikan cara pemeriksaan kaki tersebut, inspeksi sepatu yang ketat dan perawatan kuku, jaringan kalus dan jaringan tanduk. Anjurkan penggunaan stoking dengan bahan serat alamiah

Rasional: mencegah/mengurangi komplikasi yang berhubungan dengan neuropati perifer dan/atau gangguan sirkulasi terutama selulitis, ganggren, dan amputasi

- 16) Tekankan pentingnya pemeriksaan mata secara teratur terutama pada pasien yang telah mengalami DM tipe I selama 5 tahun atau lebih

Rasional: perubahan dalam penglihatan dapat terjadi secara perlahan dan lebih sering pada pasien yang jarang mengontrol DM. masalah yang mungkin terjadi termasuk perubahan dalam ketajaman penglihatan dan mungkin berkembang kearah retinopati dan kebutaan

- 17) Identifikasi sumber-sumber yang ada dimasyarakat, bila da

Rasional: dukungan kontinu biasanya penyangga untuk menopang perubahan gaya hidup dan meningkatkan penerimaan atas diri sendiri

H. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan (siregar et al., 2019).

I. Evaluasi keperawatan

Menurut siregar et al., (2019) tahap evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang

dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien, penentuan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIER adalah dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

S (Subjective): adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan

O (Objective): adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A (Analisis): adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P (Planning): adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil Analisa.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

Seorang perempuan bernama Ny. F 67 tahun, lahir di Jakarta, 23 September 1954, alamat di Jl. Cendrawasih III, Beragama Khatolik, Suku Batak, Pendidikan terakhir SLTA, Pekerjaan Ibu Rumah Tangga, dan sumber biaya mandiri.

b. Resume

Pada hari Kamis, 28 April 2021 pasien Ny. F masuk IGD Mitra Keluarga Bekasi Timur pada pukul 14.25 wib. Dengan keluhan badan gemetar, lemas dan ada luka di kaki kanan karena kutu air sejak 1 bulan yang lalu, di IGD pasien terpasang infus Ringer Laktat (RL) dan melakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil HB: 9.6 g/dl, Leukosit: 16.310 /ul, Hematokrit: 28 vol%, Eritrosit: 3.48 juta/ul, Eosinofil: 0%, batang: 10%, segmen: 74%, foto rontgen thorax hasil: jantung tidak membesar, aorta elongasi dan kalsifikasi opositas berkalsifikasi di perihirel kanan suspek calcified lymph node, corakan vaskuler, kedua paru kasar tidak tampak jelas infiltrate di kedua paru. Hasil EKG: Normal sinus rhytim, prolonged QT, Abnormal ECG. Evaluasi secara umum masalah belum teratasi tujuan belum tercapai.

Kemudian pasien masuk ke Ruang Rawat Inap pada pukul 22.00 wib di ruang D dan dilakukan pemeriksaan dengan hasil KU: Sakit sedang, kesadaran: komposmentis, GCS: E: 4 M:6 V: 5. TTV dengan hasil: TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/mnt, S: 36,2 °C, RR: 20 x/mnt, saat ini pasien masih terpasang infus RL di tangan kanan V Radialis.

Pada tanggal 03 Mei 2021, pukul 08.25 wib mempersiapkan pasien untuk operasi dan mengantar pasien ke ruang OK. Pada pukul 11.00 wib Menjemput pasien dari OK dengan post op debridement di kaki kanan (ibu jari), KU: Sakit sedang, kesadaran: Composmentis, pasien terpasang infus dibagian vena radialis, luka tertutup dengan kasa, saat dikaji pasien mengatakan nyeri skala 5, mengeluh tidak nafsu makan, tidak ada mual/ muntah, TTV dengan hasil: TD: 117/68 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36 °C, RR: 16 x/menit, pasien dianjurkan bedrest s/d pukul 21.00 wib, GDS 174 mg/dl. Masalah keperawatan yang muncul adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah. Evaluasi secara umum yaitu gula darah pasien masih terlihat belum stabil/normal, masalah belum teratasi tujuan belum tercapai.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan dari 1 bulan yang lalu muncul bintik-bintik seperti kutu air dibagian kaki kanan bawah, pasien mengeluh gatal dan nyeri disekitar luka dan tampak kemerahan disekitar luka, lalu klien pergi untuk mengontrol ke poli DM sekitar 2 minggu yang lalu dan disarankan oleh dokter untuk ke RSMKBT.

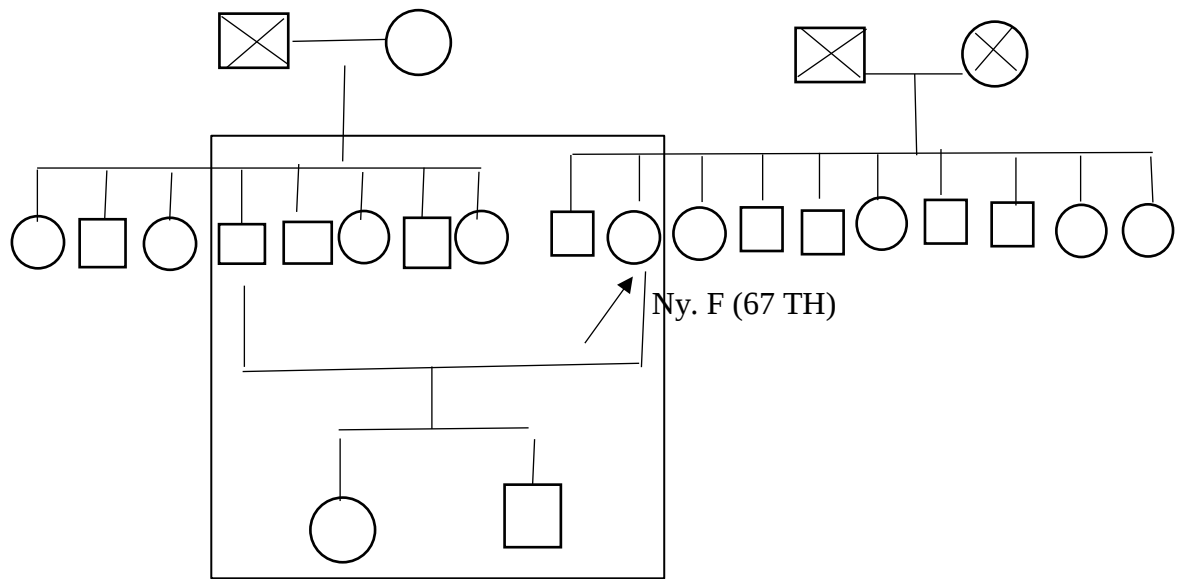
2) Riwayat Kesehatan masa Lalu

Pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2 sejak ± 20 tahun yang lalu, pasien rutin mengkonsumsi obat DM, obat Darah tinggi, obat Magh, dan madu, tidak memiliki riwayat alergi obat, pasien juga pernah kecelakaan lalu lintas.

3) Riwayat Kesehatan Kelurga

Pasien mengatakan mempunyai penyakit keturunan didalam keluarganya yaitu memiliki riwayat penyakit Darah tinggi, Jantung, dan Diabetes mellitus.

Genogram



Keterangan

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Tinggal bersama
-  : Pasien
-  : Meninggal

- 4) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi factor resiko adalah Darah Tinggi, Jantung dan Diabetes Mellitus
- 5) Riwayat Psikososial dan Spiritual, orang terdekat dengan klien adalah anak, pola komunikasi baik, yang membuat keputusan didalam keluarga adalah anak, mekanisme koping terhadap stress adalah memecahkan masalah Bersama keluarga, hal yang dipikirkan oleh pasien adalah ingin cepat pulang dan bertemu cucu di rumah, harapan setelah menjalani perawatan semoga bisa cepat sembuh.

6) Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan sesudah sakit

a) Pola pemenuhan kebutuhan Nutrisi

Sebelum di Rumah sakit:

Pasien mengatakan makan 2x/sehari, nafsu makan kurang baik, porsi makan yang dihabiskan 1/4 porsi, makanan yang tidak disukai tidak ada, tidak ada alergi makanan, tidak ada makanan pantangan, tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan.

Sesudah di rumah sakit:

Frekuensi makan 1x dan pasien meminta agar makanannya ditukar dengan susu saja karena pasien tidak nafsu makan, nafsu makan tidak baik makanan diit lunak 1900 kkal, rendah gula.

b) Pola Eliminasi

Sebelum di Rumah sakit:

Frekuensi BAK 6x /hari, warna kuning, tidak ada keluhan. Frekuensi BAB 1x /hari di pagi hari, warna kecoklatan, konsistensi padat, tidak ada keluhan, tidak menggunakan laxative.

Sesudah di Rumah sakit

Frekuensi BAK 6x /hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan. Pasien belum BAB dari pertama masuk Rumah Sakit dan tidak menggunakan laxative.

c) Pola Personal Hygiene

Sebelum di Rumah sakit

Frekuensi mandi 2x /sehari, pagi dan sore, Oral Hygiene 2x /sehari pagi dan sore, cuci rambu 2x /seminggu

Sesudah di Rumah sakit

Pasien belum mandi dari awal masuk IGD

d) Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum di Rumah sakit

Lama tidur siang: 2 Jam/hari

Lama tidur malam: 7 Jam/hari

Sesudah di Rumah sakit

Lama tidur siang: 3 Jam/hari

Lama tidur malam: 5 Jam/hari

e) Pola aktivitas/ latihan/ OR/ bermain/ hobi

Kegiatan pasien hanya mengurus rumah dan membantu mengurus cucu

f) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Pasien tidak pernah merokok dan tidak pernah minum-minuman keras/NAPZA

g) System Nilai Kepercayaan

Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan kesehatan, pasien selalu pergi ke gereja untuk berdoa

h) Kondisi Lingkungan Rumah

Pasien tinggal bersama anaknya dan anaknya selalu disiplin dan taat peraturan saat di rumah, kondisi lingkungan bersih dan rapih.

i) Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 02 Mei 2021

Glukosa Darah Sewaktu: 159 mg/dl* (60 – 140 mg/dl)

Masa pendarahan: 2.30 /menit (1.00 – 6.00 /menit)

Masa pembekuan: 12.00 /menit (9.00 – 15.00 /menit)

SGOT	: 12 u/l	(0 – 32 u/l)
SGPT	: 10 u/l	(0 – 32 u/l)
Ureum	: 34.8 mg/dl	(16.6 – 48.5 mg/dl)
Creatinine	: 1.06 mg/dl*	(0.51 – 0.95 mg/dl)

Tanggal 03 Mei 2021

Glukosa Darah Sewaktu: 153 mg/dl* (60 – 140 mg/dl)

Glukosa Darah Sewaktu: 174 mg/dl* (60 – 140 mg/dl)

Tanggal 04 Mei 2021

Glukosa Darah Sewaktu: 179 mg/dl* (60 – 140 mg/dl)

j) penatalaksanaan

- 1) Sporacid 100 mg
- 2) Plantacid 3x10 ml
- 3) Amlodipine 10 mg
- 4) Cefoperazon 3x1 gr
- 5) Remopin 3x1 Amp
- 6) Novomix 2x1 Amp
- 7) Arcoxia 2x1 Amp
- 8) Ondancetron 8mg (3x1 Amp)
- 9) Paracetamol (pcr) 1 gr (Drip)
- 10) Fluconazole 2x1 (Drip IV)
- 11) Kalmeco 2x1
- 12) Metronidazole 3x500 mg
- 13) Ciprofloxacin 2x200 mg

A. Data Fokus

Senin 3 Mei 2021

Keadaan umum: Composmentis

TTV: TD: 117/68 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36 °C, RR: 16 x/menit

1) Kebutuhan fisiologis: Cairan

Data Subjektif: pasien mengatakan BAK sering $\pm$ 6 kali, pasien mengatakan tidak ada diare, pasien mengatakan minum $\pm$ 3 botol air mineral ukuran sedang dalam sehari 1500 ml.

Data objektif: pasien tampak terpasang kateter urine, intake infus 2400, output urine 1650 + IWL 510 = 2.160 ml/24 jam. Balance cairan + 240 ml, urine pasien tampak kuning jernih.

2) Kebutuhan Fisiologis: Nutrisi

Data Subjektif: pasien mengatakan kurang napsu makan, pasien mengatakan makan hanya menghabiskan 1/2 porsi, pasien mengatakan tidak mual, muntah (-), pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai

Data Objektif: pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanannya, berat badan saat ini 51 kg, tinggi badan saat ini 160 cm. IMT: 19,9 (berat badan normal. Diit pasien 1900 kkal, hemoglobin: 9.6 mg/dl, mukosa tampak kering, hasil GDS: Tgl 03 Mei: 153 mg/dl, 174 mg/dl, Tgl 04 Mei: 179 mg/dl

3) Kebutuhan Fisiologis: Aktivitas

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri saat bergerak

Data Objektif: Pasien tampak lemah, pasien bedrest

4) Kebutuhan rasa nyaman: Nyeri

Data Subjektif: P: Pasien mengatakan nyeri dibagian kaki kanan akibat luka post debridement, Q: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: Pasien mengatakan di bagian kaki kanan bawah, S: Pasien mengatakan skala nyeri 5, T: Pasien mengatakan nyeri hilang timbul.

Data Objektif: Pasien tampak meringis, gelisah, Nafsu makan menurun

5) Kebutuhan rasa aman

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri dibagian luka saat ditekan

Data Objektif: Leukosit: 16.310/ul, Balutan tampak merembes dan terdapat pus (+), tampak kemerahan dan bengkak, luka derajat 4

6) Kebutuhan Psikologi: kebutuhan penyuluhan

Data Subjektif: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah ada pantangan makanan, keluarga pasien mengatakan pasien jarang memeriksa gula darah sewaktu

Data Objektif: GDS meningkat: 174 mg/dl, Terdapat luka di kaki kanan (ibu jari), luka derajat 4

B. Analisa Data

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS: Pasien mengatakan nyeri dibagian luka saat ditekan DO: - Leukosit: 16.310 /ul - Tampak balutan merembes dan terdapat push (+) - Edema dibagian kaki kanan - Luka derajat 4 - Luka tampak kotor	Infeksi	Penyakit Kronis (Diabetes Mellitus)
2.	DS: - P: Pasien mengatakan nyeri dibagian kaki kanan - Q: Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - R: Pasien mengatakan di bagian kaki kanan bawah - S: Pasien mengatakan skala nyeri 5 - T: Pasien mengatakan nyeri - hilang timbul	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik

	DO: - TD: 117/68 mmHg - Nadi: 80 x/menit - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - Nafsu makan berubah		
3.	DS: - Pasien mengatakan cepat merasa Lelah atau lesu - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengatakan cepat merasa haus DO: Mukosa bibir tampak kering GDS: - Tgl 03 Mei: 153 mg/dl, 174 mg/dl - Tgl 04 Mei: 179 mg/dl - Diit: 1900 kkal. Rendah gula. Gula yang dipakai → Diabetasol, untuk gula merah pakai Tropicanaslim	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Hiperglikemia (Resistensi Insulin)

4.	DS: - Pasien mengatakan nyeri saat saat bergerak DO: - Pasien bedrest - Pasien tampak lemas	Gangguan Mobilitas Fisik	Nyeri
5.	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah ada pantangan makanan - Keluarga pasien mengatakan pasien jarang memeriksa gula darah sewaktu - Keluarga pasien mengatakan jarang mengingatkan ke pasien tentang penyakitnya/pengobatannya DO: - GDS meningkat: 174 mg/dl - Terdapat luka di kaki kanan (ibu jari) derajat IV	Ketidakpatuhan	Lingkungan tidak terapeutik

B. Diagnosa Keperawatan

1. Infeksi berhubungan dengan Penyakit Kronis (Diabetes Mellitus)
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Abses kaki)
3. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia (Resistensi Insulin)
4. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri
5. Ketidapatuhan berhubungan dengan Lingkungan tidak terapeutik

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

1. Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (Diabetes Mellitus)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan infeksi teratasi dengan kriteria hasil Kemerahan menurun s/d hilang, Nyeri menurun s/d hilang, Bengkak menurun s/d hilang, Drainase purulent menurun s/d hilang, Periode malaise menurun s/d hilang

Rencana Tindakan

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- b. Berikan perawatan kulit pada area edema
- c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d. Anjurkan meningkatkan asupan makanan
- e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- f. Ajarkan pasien mencuci tangan
- g. Berikan terapi obat sporacid 100mg, cefoperazone 3x 1gr, fluconazole 2x1 drip, metronidazole 3x500 mg, ciprofloxacin 2x200 mg

Pelaksanaan keperawatan (Senin, 03 Mei 2021)

Pada pukul 13.30 wib Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil luka tampak kemerahan di kaki kanan dan ada edema di are luka. **Pada pukul 14.30 wib** memberikan perawatan kulit pada area edema dengan hasil luka dibersihkan dengan NaCL 0,9%. **Pada pukul 15.30 wib** Menganjurkan meningkatkan asupan makan dengan hasil tampak menghabiskan 1/4 porsi saja. **pada pukul 16.30 wib** Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi dengan hasil pasien mengikuti cara meriksa kondisi luka yang sudah diajarkan oleh perawat. **pada pukul 15.30** Menganjurkan meningkatkan asupan cairan dengan hasil pasien tampak menghabiskan air minum hingga 8 gelas. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat memberikan obat PCT 1 gr drip, dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat, mengobservasi TTV: TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,2 °C, RR: 20 x/menit. **Pada Pukul 18.00** Perawat mengontrol tetesan infus dengan hasil infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan infus. **Pada pukul 19.00 wib** perawat mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri dengan hasil: pasien mengikuti anjuran perawat. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi luka pasien dengan hasil: luka pasien tampak kemerahan. **Pada pukul 03.00 wib** perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 05.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 118/60 mmHg, N: 75 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak sakit sedang.

Pelaksanaan Keperawatan (Selasa, 4 Mei 2021)

Pada pukul 09.00 wib Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil luka tampak kemerahan tetapi berkurang, edema tampak berkurang. **Pada pukul 11.00 wib** Menganjurkan meningkatkan asupan makan dengan hasil pasien meminta kepada perawat untuk mengganti makanannya dengan susu saja karna tidak napsu makan. **Pada pukul 11.30 wib** mengajarkan pasien mencuci tangan dengan hasil pasien mengikuti anjuran perawat. **Pada pukul 12.00 wib** Berikan perawatan kulit pada area edema dengan hasil luka dibersihkan dengan NaCL 0,9% dan ditutup dengan kassa infiltrate. **Pada pukul 15.00 wib** Perawat mengobservasi hasil Lab GDS dengan hasil: 179 mg/dl. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat melakukan perawatan luka di kaki kanan pasien, luka dibersihkan dengan NaCL 0,9% kemudian ditutup dengan kassa intrafik. **Pada pukul 17.00 wib** Perawat mengkaji nyeri pasien mengatakan nyeri skala 3 hilang timbul. **Pada pukul 18.00 wib** Perawat mengobservasi tetesan infus dengan hasil tetesan infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat plantacid, obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 04.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 128/90 mmHg, N: 87 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dan mengganti cairan infus RL.

Pelaksanaan Keperawatan Rabu, (5 Mei 2021)

Pada pukul 08.30 wib Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil luka tampak bagus dan bersih. **pukul 11.00 wib** Menganjurkan meningkatkan asupan makan dengan hasil pasien tampak menghabiskan 1 gelas susu. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat

melakukan perawatan luka di kaki kanan pasien, luka dibersihkan dengan NaCL 0,9% kemudian ditutup dengan kassa intrafik. **Pada pukul 17.00 wib** Perawat mengkaji nyeri pasien mengatakan nyeri skala 1 sampai dengan hilang. **Pada pukul 18.00 wib** Perawat mengobservasi tetesan infus dengan hasil tetesan infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat plantacid, obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 04.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 118/90 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dan mengganti cairan infus RL.

Evaluasi Keperawatan tanggal 04 Mei 2021 pukul 16.00 wib

Subjektif: Pasien mengatakan awalnya seperti kutu air sejak 1 bulan yang lalu

Objektif: luka derajat 4, tampak ada rembesan dibalutan luka, pus (+), tampak kemerahan, skala 5

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Subjektif: pasien mengatakan sudah tidak demam, hanya luka operasi terasa nyeri

Objektif: Luka sudah sedikit membaik, pus (-), masih tampak kemerahan, suhu 36 °C, skala 3

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 1,2,3

Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021

Subjektif: pasien mengatakan nyeri berkurang sampai dengan hilang

Objektif: Luka membaik, pus (-), suhu 36 °C, skala 1, tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor dan fungtio laesa)

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning: hentikan semua intervensi

2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Gelisah menurun, Tanda-tanda vital kembali normal (Tekanan darah: 90/60 - 120/80 mmHg)

Rencana Tindakan

- a. Kaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
- b. Kaji skala nyeri
- c. Kaji respons nyeri nonverbal
- d. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- e. Berikan terapi obat analgetik Remopin 3x1 Amp, Arcoxia 2x1 Amp

Pelaksanaan keperawatan (Senin 03 Mei 2021)

Pada pukul 14.00 wib Mengkaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri dengan hasil lokasi: di bagian kaki kanan bawah, karakteristik: Terasa gatal dan Nyeri, durasi: Hilang timbul. **Pada pukul 14.30 wib** Mengkaji skala nyeri dengan

hasil: Skala nyeri 5. **Pada pukul 15.00 wib** Mengkaji respons nyeri nonverbal dengan hasil Pasien tampak meringis. **Pada pukul 15.00 wib** Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan hasil Pasien mengikuti anjuran perawat. **Pada pukul 13.00 wib** Memberikan obat analgetik dengan hasil Remopin 3x1 Amp, Arcoxia 2x1 Amp obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat memberikan obat PCT 1 gr drip, dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat, mengobservasi TTV: TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,2 °C, RR: 20 x/menit. **Pada Pukul 18.00** Perawat mengontrol tetesan infus dengan hasil infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan infus. **Pada pukul 19.00 wib** perawat mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri dengan hasil: pasien mengikuti anjuran perawat. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi luka pasien dengan hasil: luka pasien tampak kemerahan. **Pada pukul 03.00 wib** perawat mengobservasi luka pasien dengan hasil: luka tampak kemerahan dan ada edema. **Pada pukul 05.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 118/60 mmHg, N: 75 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit.

Pelaksanaan Keperawatan (Selasa, 04 Mei 2021)

Pada pukul 09.00 wib mengobservasi TTV dengan hasil TD: 127/67 mmHg, N: 58 x/menit, S: 36,5 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 10.00 wib** Mengkaji skala nyeri dengan hasil: Skala nyeri 3. **Pada pukul 13.00 wib** memberikan obat Remopin 3x1 Amp dan obat plantacid dengan hasil obat berhasil diberikan. Pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan dan semalam tidur dengan

nyenyak. **Pada pukul 15.00 wib** Perawat mengobservasi hasil Lab GDS dengan hasil: 179 mg/dl. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat melakukan perawatan luka di kaki kanan pasien, luka dibersihkan dengan NaCL 0,9% kemudian ditutup dengan kassa intrafik. **Pada pukul 17.00 wib** Perawat mengkaji nyeri pasien mengatakan nyeri skala 3 hilang timbul. **Pada pukul 18.00 wib** Perawat mengobservasi tetesan infus dengan hasil tetesan infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat plantacid, obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 04.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 128/90 mmHg, N: 87 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dan mengganti cairan infus RL.

Pelaksanaan Keperawatan (Rabu 05 Mei 2021)

Pada pukul 10.00 wib Mengobservasi TTV dengan hasil TD: 122/70 mmHg, N: 70 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 13.00 wib** memberikan obat Remopin 3x1 Amp dan obat plantacid dengan hasil obat berhasil diberikan. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat melakukan perawatan luka di kaki kanan pasien, luka dibersihkan dengan NaCL 0,9% kemudian ditutup dengan kassa intrafik. **Pada pukul 17.00 wib** Perawat mengkaji nyeri pasien mengatakan nyeri skala 1 sampai dengan hilang. **Pada pukul 18.00 wib** Perawat mengobservasi tetesan infus dengan hasil tetesan infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat plantacid, obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul**

02.00 wib perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 04.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 118/90 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dan mengganti cairan infus RL.

Evaluasi Keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Subjektif: pasien mengatakan nyeri dibagian kaki kanan bawah

Objektif: skala nyeri 5, luka tampak kemerahan dan ada edem, pasien tampak meringis, TD: 122/67 mmHg, N: 80 x/menit

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Subjektif: pasien mengatakan nyeri berkurang

Objektif: skala nyeri 3, pasien masih tampak meringis, TD: 122/70 mmHg, N: 70 x/menit

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 2,3,4,5

Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021

Subjektif: pasien mengatakan nyeri berkurang sampai dengan hilang

Objektif: skala nyeri 1-0, pasien masih tampak meringis, 118/90 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit

Analisa: masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai

Planning: hentikan semua intervensi

3. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b.d Hiperglikemia (Resistensi Insulin)

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kadar glukosa dalam darah stabil dengan kriteria hasil Keluhan pusing menurun, Lelah/lesu menurun, Mukosa bibir elastis, Malaise menurun, Rasa haus menurun, Kadar glukosa dalam urine membaik

Rencana Tindakan

- a. Monitor kadar glukosa darah
- b. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, pandangan kabur, malaise)
- c. Monitor intake dan output cairan
- d. Kolaborasi pemberian insulin Novomix

Pelaksanaan keperawatan (Senin, 03 Mei 2021)

Pada pukul 14.00 wib Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil pasien mengatakan sering buang air kecil/2jam, pasien mengatakan sering merasa haus, pasien tampak malaise. **Pada pukul 14.30 wib** Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga dengan hasil pasien mampu mengikuti anjuran perawat. **Pada pukul 15.00 wib** Memonitor kadar glukosa darah dengan hasil jam 12.38 (174 mg/dl), jam 18.37 (153 mg/dl). **Pada pukul 13.00 wib** Memberikan cairan IV dengan hasil infus RL 500 cc dan obat PCR 1gr (Drip) berhasil diberikan. **Pada pukul 14.00 wib** Memonitor intake dan output/ shift dengan hasil intake – output: 800 cc – 500 cc = + 300 cc **pukul 14.30 wib** memberikan insulin novomix 20 unit (GDS: 387 mg/dl). **Pada pukul 16.00 wib** Perawat memberikan obat PCT 1 gr drip, dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat, mengobservasi TTV: TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit, S:

36,2 °C, RR: 20 x/menit. **Pada Pukul 18.00** Perawat mengontrol tetesan infus dengan hasil infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan infus. **Pada pukul 19.00 wib** perawat mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri dengan hasil: pasien mengikuti anjuran perawat. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi luka pasien dengan hasil: luka tampak kemerahan. **Pada pukul 03.00 wib** perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 05.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 118/60 mmHg, N: 75 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak sakit sedang.

Pelaksanaan Keperawatan (Selasa, 04 Mei 2021)

Pada pukul 09.00 wib Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil pasien mengatakan sering membuang air kecil /2jam (Poliuria), pasien mengatakan sering merasa haus (Polidipsia). **Pada pukul 09.30 wib** Memonitor kadar glukosa darah dengan hasil 179 mg/dl. **Pada pukul 10.00 wib** Mengkolaborasi pemberian cairan IV dengan hasil infus RL 500 cc berhasil diberikan. **Pukul 11.00 wib** Memberikan insulin novomix 20unit dengan hasil insulin berhasil diberikan melalui IV. **Pada pukul 11.30 wib** Memonitor intake dan output/ shift dengan hasil balance cairan intake – output: 700 – 500 = + 200. **Pada pukul 12.00 wib** Perawat mengobservasi hasil Lab GDS dengan hasil: 179 mg/dl. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat melakukan perawatan luka di kaki kanan pasien, luka dibersihkan dengan NaCL 0,9% kemudia ditutup dengan kassa intrafik. **Pada pukul 16.30 wib**

Perawat mengkaji nyeri pasien mengatakan nyeri skala 3 hilang timbul. **Pada pukul 17.30 wib** Perawat mengobservasi tetesan infus dengan hasil tetesan infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat plantacid, obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 04.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 128/90 mmHg, N: 87 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dan mengganti cairan infus RL.

Pelaksanaan Keperawatan (Rabu, 05 Mei 2021)

Pada pukul 10.00 wib Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil pasien mengatakan sering membuang air kecil /2jam (Poliuria), pasien mengatakan sering merasa haus (Polidipsia). **Pada pukul 13.00 wib** Mengkolaborasi pemberian cairan IV dengan hasil infus RL 500 cc berhasil diberikan. **Pada pukul 11.30 wib** melakukan perawatan luka di kaki kanan, dengan hasil luka dibersihkan dengan NaCL 0,9% kemudia ditutup dengan kassa intrafik. **Pada pukul 15.00 wib** Perawat mengkaji nyeri pasien mengatakan nyeri skala 1 sampai dengan hilang. **Pada pukul 18.00 wib** Perawat mengobservasi tetesan infus dengan hasil tetesan infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat plantacid, obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 04.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 118/90 mmHg, N: 80

x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib**
Perawat mengobservasi pasien dan mengganti cairan infus RL.

Evaluasi Keperawatan tanggal 04 Mei 2021

Subjektif: Pasien mengatakan sering merasa haus, pasien mengatakan pusing, pasien sering merasa Lelah, pasien mengatakan BAK/ 2jam setiap malamnya

Objektif: Mukosa bibir tampak kering, Pasien tampak malaise, GDS: 153 mg/dl balance cairan/24 jam intake – output: 2400 cc – 2,160 = (+) 240

Analisa: Masalah belum teratasi. Tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Subjektif: Pasien mengatakan masih sering merasa haus, pasien mengatakan BAK/ 2jam, pasien mengatakan hari ini sudah BAB 1x

Objektif: Mukosa bibir tampak kering, GDS: 174 mg/dl, balance cairan/ 24 jam intake – output: 2200 cc – 1,910 = + 290

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,5,6

Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021

Subjektif: Pasien mengatakan masih sering merasa haus

Objektif: Mukosa bibir tampak kering, GDS: 179 mg/dl,

Analisa: masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan intervensi 1,2,3,5,6

4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien bisa beraktivitas kembali dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat, Nyeri menurun, Gerakan terbatas menurun, Kelemahan fisik menurun

Rencana Tindakan

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Monitor tanda-tanda vital
- c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- e. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Pelaksanaan keperawatan (Senin, 03 Mei 2021)

Pada pukul 13.30 wib Mengidentifikasi adanya skala nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil: Pasien mengatakan skala nyeri

5. **Pada pukul 14.30 wib** Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 117/68 mmHg, N: 75 x/menit, S: 36 °C, RR: 16 x/menit.

Pada pukul 15.30 wib Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil: pasien tampak lemas, kondisi umum Sakit sedang. **Pada pukul 16.00 wib** Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil: keluarga pasien tampak mengerti apa yang sudah dianjurkan oleh perawat. **Pada pukul 17.00 wib** Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil: pasien tampak

mengerti apa yang sudah diajarkan oleh perawat. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat memberikan obat PCT 1 gr drip, dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat, mengobservasi TTV: TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,2 °C, RR: 20 x/menit. **Pada Pukul 18.00** Perawat mengontrol tetesan infus dengan hasil infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan infus. **Pada pukul 19.00 wib** perawat mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri dengan hasil: pasien mengikuti anjuran perawat. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi luka pasien dengan hasil: luka pasien tampak kemerahan. **Pada pukul 03.00 wib** perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 05.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 118/60 mmHg, N: 75 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak sakit sedang.

Pelaksanaan Keperawatan (Selasa, 04 Mei 2021)

Pada pukul 08.30 wib Mengidentifikasi adanya skala nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil: Pasien mengatakan skala nyeri 3. **Pada pukul 11.00 wib** Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 127/67 mmHg, N: 58 x/menit, S: 36,5 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 11.30 wib** Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi dengan hasil: Sakit sedang, pasien masih tampak lemas. **pada pukul 12.30 wib** Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil: pasien sudah mulai bisa duduk ditempat tidur. **Pada pukul 15.00 wib** Perawat mengobservasi hasil Lab GDS dengan hasil: 174 mg/dl. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat melakukan perawatan luka di kaki kanan

pasien, luka dibersihkan dengan NaCL 0,9% kemudia ditutup dengan kassa intrafik. **Pada pukul 17.00 wib** Perawat mengkaji nyeri pasien mengatakan nyeri skala 3 hilang timbul. **Pada pukul 18.00 wib** Perawat mengobservasi tetesan infus dengan hasil tetesan infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat plantacid, obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 04.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 128/90 mmHg, N: 87 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dan mengganti cairan infus RL.

Pelaksanaan Keperawatan (Rabu 05 Mei 2021)

Pada pukul 10.00 wib Mengidentifikasi adanya skala nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil: Pasien mengatakan skala nyeri 3. **Pada pukul 11.00 wib** Memonitor tanda-tanda vital dengan hasil: TD: 122/70 mmHg, N: 70 x/menit, S:36 °C, RR: 18 x/menit. **pada pukul 12.00 wib** Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil: pasien sudah mulai bisa duduk ditempat tidur. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat melakukan perawatan luka di kaki kanan pasien, luka dibersihkan dengan NaCL 0,9% kemudia ditutup dengan kassa intrafik. **Pada pukul 17.00 wib** Perawat mengkaji nyeri pasien mengatakan nyeri skala 1 sampai dengan hilang. **Pada pukul 18.00 wib** Perawat mengobservasi tetesan infus dengan hasil tetesan infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat plantacid, obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi pasien

dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 04.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 118/90 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dan mengganti cairan infus RL.

Evaluasi keperawatan tanggal 04 Mei 2021 pukul 15.00 wib

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri, pasien mengatakan badan terasa lemas

Objektif: Skala 5, TTV: TD: 127/67 mmHg, N: 58 x/menit, S: 36,5 °C, RR: 18 x/menit, pasien tampak sudah mulai bisa duduk ditempat tidur.

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi

Evaluasi keperawatan tanggal 05 Mei 2021

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri berkurang

Objektif: Skala 3, TTV: TD: 122/70 mmHg, N: 70 x/menit, S:36 °C, RR: 18 x/menit

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Hentikan semua intervensi

Evaluasi keperawatan tanggal 06 Mei 2021

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri berkurang s/d hilang, pasien mengatakan sudah tidak ada keluhan

Objektif: Skala 1-0, pasien tampak sudah bisa duduk ditempat tidur

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Hentikan semua intervensi

5. Ketidakpatuhan berhubungan dengan lingkungan tidak terapeutik

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan pasien mematuhi semua yg dianjurkan dokter dengan K.H pasien melakukan diit yang sudah dianjurkan oleh dokter, selalu menjalani perawatan dan pengobatan, selalu mengecek glukosa darah

Rencana Tindakan:

1. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan
2. Identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga
3. Ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal
4. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani
5. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan

Pelaksanaan Keperawatan (Senin, 03 Mei 2021)

Pada pukul 14.00 wib mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan dengan hasil pasien mengatakan jarang mengecek glukosa darah. **Pada pukul 14.30 wib.** Mengidentifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada pantangan makanan. **Pada pukul 15.00 wib** menciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien suka pindah rumah kadang ikut dengan anak yang pertama kadang dengan anak yang kedua tetapi kalau

sedang tinggal di rumah anak yang pertama pasien selalu mengikuti aturan rumah. **Pada pukul 15.30 wib** melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien selalu melibatkan anak-anaknya. **Pada pukul 15.40 wib** menginformasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan dengan hasil perawat sudah menginformasikan ke pasien dan keluarga dan pasien mengerti apa yang dibicarakan perawat. **Pada pukul 16.00 wib** Perawat memberikan obat PCT 1 gr drip, dengan hasil obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat, mengobservasi TTV: TD: 130/90 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,2 °C, RR: 20 x/menit. **Pada Pukul 18.00** Perawat mengontrol tetesan infus dengan hasil infus lancar dan tidak ada pembengkakan di area penusukan infus. **Pada pukul 19.00 wib** perawat mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri dengan hasil: pasien mengikuti anjuran perawat. **Pada pukul 20.00 wib** perawat memberikan obat analgesic dan antibiotic (IV) dengan hasil: obat berhasil diberikan dan tidak ada reaksi alergi obat. **Pada pukul 02.00 wib** perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak tenang dan tertidur pulas. **Pada pukul 05.00 wib** perawat mengobservasi TTV dengan hasil TD: 118/60 mmHg, N: 75 x/menit, S: 36 °C, RR: 18 x/menit. **Pada pukul 06.00 wib** Perawat mengobservasi pasien dengan hasil: pasien tampak sakit sedang.

Pelaksanaan Keperawatan (Selasa, 04 Mei 2021)

Pada pukul 09.00 wib mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan dengan hasil pasien mengatakan ingin teratur menjalani program pengobatan **Pada pukul 09.30 wib**. Mengidentifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga dengan hasil keluarga pasien mengatakan segera membawa pasien ke

pelayanan kesehatan jika pasien sakit. **Pada pukul 10.00 wib** menciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal dengan hasil keluarga pasien mengatakan harus lebih teliti dan waspada terhadap pasien. **Pada pukul 10.30 wib** melibatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani dengan hasil keluarga pasien mengatakan pasien selalu melibatkan anak-anaknya.

Evaluasi keperawatan

Subjektif: keluarga pasien mengatakan jarang membawa pasien untuk mengecek kesehatannya ke pelayanan kesehatan

Objektif: terdapat luka/ kuku air di kaki kanan (ibu jari) pasien kurang lebih 1 bulan yang lalu

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan semua intervensi

Evaluasi keperawatan

Subjektif: keluarga pasien mengatakan akan selalu rutin mengecek glukosa darah

Objektif: keluarga pasien dan pasien tampak mengerti apa yang sudah di informasikan dari perawat

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning: Hentikan semua intervensi

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut teori (Doenges, 2012) tanda dan gejala yang dapat terjadi pada pasien dengan ulkus diabetikum post debridement adalah takikardia, namun pada kasus ini tidak terjadi takikardi karena pada saat pengkajian Nadi: 80x/menit.

Menurut teori (Doenges, 2012) tanda dan gejala yang dapat terjadi pada pasien dengan ulkus diabetikum post debridement adalah Takipnea namun pada kasus ini tidak terjadi takipnea karena pada saat pengkajian pernapasan pasien normal dengan hasil RR: 18 x/menit.

Menurut teori (Doenges, 2012) tanda dan gejala yang dapat terjadi pada pasien dengan ulkus diabetikum post debridement adalah Disorientasi, namun pada kasus ini tidak ditemukan disorientasi pada pasien.

Menurut teori (Doenges, 2012) tanda dan gejala yang dapat terjadi pada pasien dengan ulkus diabetikum post debridement adalah Gangguan tidur/istirahat, pada kasus ini pasien tidak mengalami gangguan tidur/istirahat. koma, namun pada kasus ini kesadaran pasien compos mentis dengan GCS: E: 4 M:6 V: 5.

Menurut teori (Doenges, 2012) tanda dan gejala yang dapat terjadi pada pasien dengan ulkus diabetikum post debridement adalah Nadi menurun, namun pada kasus ini nadi pasien normal dengan hasil: N: 80x/menit.

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan ulkus diabetikum post debridement menurut (PERKENI, 2011) ditandai dengan Gangguan pada mata (Retinopati Diabetik), Kerusakan ginjal (Nefropati Diabetik), Kerusakan saraf (Neuropati Diabetik). Namun pada kasus ini tidak ditemukan data-data komplikasi karena pada saat pengkajian pasien hanya mengatakan pandangan mata kabur.

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien dengan ulkus diabetikum post debridement Menurut (PERKENI, 2011) adalah pemeriksaan laboratorium terutama leukosit Pemeriksaan Hemoglobin A1c (HbA1C). Namun pada saat pengkajian hanya ditemukan hasil leukosit 16,310/ul, LED 80 mm/jam pada tanggal 28 april

Penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada pasien dengan ulkus diabetikum post debridement Menurut (PERKENI, 2015) .Obat Antidiabetik Oral, Golongan Biguanid Metformi, Penghambat Alfa Glukosidase/Acarbose, Thiazolidinediones Thiazolidinediones. Hal ini tidak diberikan ke pasien, karena pasien hanya mendapatkan obat insulin saja.

Faktor pendukung pada saat pengkajian pasien serta keluarga kooperatif dan terbuka mengenai keluhan untuk data yang dibutuhkan dan adanya status atau *medical record* pasien dan perawat ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data yang dibutuhkan.

Faktor penghambat penulis kesulitan dalam mencari refensi. Solusinya penulis mencari referensi dengan meminjam buku kepada teman.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) terdapat kesenjangan antara diagnosa dan kasus, diagnosa yang terdapat pada teori ada 1 tetapi tidak ada pada kasus diantaranya:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik. Namun pada kasus tidak didapatkan data-data yang menunjang karena pada saat pengkajian pasien tidak ada muntah berupa cairan, tidak ada diare, dan nadi teraba kuat
2. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakcukupan insulin. Namun pada kasus tidak didapatkan data-data yang menunjang untuk menegaskan diagnosa. Karena pasien tidak mengalami gangguan pencernaan, dan asupan makan pasien terpenuhi

3. Resiko tinggi terhadap perubahan sensori berhubungan dengan ketidakseimbangan glukosa/insulin dan atau elektrolit. Namun pada kasus tidak menemukan data-data yang menunjang untuk menegakkan diagnosa. Karena pasien tidak mengalami penurunan sensori
4. Kelelahan berhubungan dengan penurunan produksi energi metabolik, perubahan kimia darah, peningkatan kebutuhan energi. Namun pada kasus tidak didapatkan data-data yang menunjang karena saat pengkajian pasien hanya mengatakan lemas saja.
5. Ketidakberdayaan berhubungan dengan penyakit jangka Panjang/progresif yang tidak dapat diobati, ketergantungan pada orang lain. Namun pada kasus tidak didapatkan data-data yang menunjang karena saat pengkajian pasien tidak tampak bergantung dengan orang lain.
6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pemajanan/mengingat, kesalahan interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi. Namun pada kasus ini tidak didapatkan data-data yang mnunjang diagnose tersebut karena pasien mengatakan mendapatkan informasi dari dokter, internet dan perawat ruangan

Penulis merumuskan diagnosa keperawatan yang ada pada kasus, tetapi tidak ada pada (Doenges, 2012) yaitu:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik penulis merumuskan diagnosa tersebut hal ini dikarenakan Pasien mengatakan nyeri dibagian kaki kanan akibat luka post op debridement, Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, Pasien mengatakan di bagian kaki kanan bawah, Pasien mengatakan skala nyeri 5, Pasien mengatakan nyeri, hilang timbul, TD: 117/68 mmHg, Nadi: 80 x/menit, Pasien tampak meringis, Pasien tampak gelisah.

2. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia. Penulis merumuskan diagnosa tersebut hal ini dikarenakan Pasien mengatakan cepat merasa Lelah atau lesu, Pasien mengeluh pusing, Pasien mengatakan cepat merasa haus, GDS Tgl 30 Mei: 150 mg/dl, 271 mg/dl, Tgl 01 Mei: 285 mg/dl, Tgl 02 Mei: 159 mg/dl, Tgl 03 Mei: 153 mg/dl, 174 mg/dl, Tgl 04 Mei: 179 mg/dl, Diit: 1900 kkal. Rendah gula. Gula yang dipakai → Diabetasol, untuk gula merah pakai Tropicanaslim, Mukosa bibir tampak kering
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri. Penulis merumuskan diagnosa tersebut hal ini dikarenakan Pasien mengatakan nyeri saat saat bergerak, Pasien bedrest, Pasien tampak lemas
4. Ketidakpatuhan berhubungan dengan Lingkungan tidak terapeutik. Penulis merumuskan diagnosa tersebut hal ini dikarenakan Pasien mengatakan nyeri saat saat bergerak, Pasien bedrest, Pasien tampak lemas

Factor yang mendukung dalam menegakkan diagnosa yaitu pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi, data-data pasien mendukung dalam menegakkan diagnosa.

Penulis tidak menemukan hambatan dalam menentukan diagnose dikarenakan data yang tersedia cukup lengkap

C. Rencana Keperawatan

Penulis menetapkan diagnose keperawatan prioritas pada kasus adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Hal ini dikarenakan penulis mengacu pada hirarki maslow yaitu kebutuhan rasa aman berdasarkan hasil penunjang.

Rencana keperawatan yang terdapat pada teori (Doenges, 2012) tetapi tidak ada dalam kasus yaitu:

1. Resiko infeksi tinggi terhadap sepsis berhubungan dengan kadar glukosa tinggi, penurunan fungsi leukosit, perubahan pada sirkulasi, infeksi pernapasan, ISK. Di dalam teori terdapat 15 perencanaan, penulis hanya mengambil 6 intervensi dari teori sedangkan yang 9 lainnya tidak penulis ambil:
 - a. Auskultasi bunyi napas
 - b. Posisikan pasien pada posisi semi fowler
 - c. Lakukan perubahan posisi dan ajarkan pasien untuk batuk efektif/napas dalam jika pasien sadar dan kooperatif.
 - d. Lakukan penghisapan lendir pada jalan napas dengan menggunakan Teknik steril sesuai keperluannya.
 - e. Berikan tisu dan tempat sputum pada tempat yang mudah dijangkau untuk penampungan sputum atau secret.
 - f. Lakukan pemeriksaan kultur dan sensitivitas sesuai dengan indikasi

Rencana keperawatan yang terdapat pada kasus tetapi tidak terdapat pada teori (Doenges, 2012), yaitu:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik. Perencanaan yang diambil sesuai dengan keadaan pasien meliputi Kaji lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, kaji skala nyeri, kaji respons nyeri nonverbal, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, berikan terapi obat analgetik. Semua intervensi didapat dari (PPNI, 2018)
2. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Hiperglikemia. Perencanaan yang diambil sesuai dengan keadaan pasien meliputi Monitor kadar glukosa darah, monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polyuria, polydipsia, polifagia, pandangan kabur, malaise), monitor intake dan output cairan, Kolaborasi pemberian insulin. Semua intervensi didapat dari (PPNI, 2018)

3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri. Perencanaan yang diambil sesuai dengan keadaan pasien meliputi Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor tanda-tanda vital, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Semua intervensi didapat dari (PPNI, 2018)
4. Ketidakpatuhan berhubungan dengan lingkungan tidak terapeutik. Perencanaan yang diambil sesuai dengan keadaan pasien meliputi Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan, identifikasi tindakan yang dapat dilakukan keluarga, ciptakan perubahan lingkungan rumah secara optimal, libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani, informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan. Semua intervensi didapat dari (PPNI, 2018)

Faktor pendukung dalam melakukan penyusunan rencana yaitu adanya referensi media cetak sehingga penulis dapat menggunakan referensi tersebut untuk menyusun rencana keperawatan sesuai dengan referensi dan kasus yang ada

Penulis tidak memiliki faktor penghambat dalam pembuatan perencanaan

D. Pelaksanaan Keperawatan

penulis melakukan implementasi keperawatan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah disusun sebelumnya sesuai dengan kondisi pasien baik dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tenaga medis lainnya. Pelaksanaan dilakukan selama 3x24 jam dan dilaksanakan pada tanggal 3 sampai dengan 6 Mei 2021. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik dikarenakan pasien sangat kooperatif dari pasien yang membantu untuk melakukan pelaksanaan sesuai dengan perencanaan yang dibuat.

Faktor penghambat yang ditemukan penulis dalam melakukan implementasi keperawatan adalah keterbatasan waktu sehingga penulis tidak bisa melaksanakan selama 24 jam, dikarenakan penulis bekerja secara shift.

Solusinya yaitu penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melaksanakan perencanaan keperawatan yang sudah disusun dan mendokumentasikannya, sehingga penulis dapat melihat dan mencatat hasil evaluasi yang telah dilakukan oleh perawat ruang shift siang dan malam.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan pada kasus penulis mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnose keperawatan. Evaluasi keperawatan pada kasus yang dilakukan setiap hari dengan komponen utama dalam catatan keperawatan SOAP.

1. Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi, masalah teratasi sebagian, tujuan tercapai pada tanggal 6 Mei 2021. Hal ini ditandai dengan pasien mengatakan tidak demam, hanya luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri skala 1, suhu: 36°C tanggal 6 Mei 2021 karena luka sudah membaik, dan pus (-) dan tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor, fungsio laesa)

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang, masalah teratasi sebagian tujuan tercapai pada tanggal 6 mei 2021, hal tersebut ditandai dengan pasien mengatakan nyeri berkurang, TD: 122/70 mmHg, N: 70 x/menit, S:36 °C, RR: 18 x/menit

3. Ketidakstabilan gula darah berhubungan dengan resistensi insulin

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah dalam batas normal, masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai pada tanggal 6 Mei 2021 . hal ini ditandai dengan kadar glukosa darah klien masih belum stabil

4. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien bisa beraktivitas kembali seperti semula, masalah teratasi tujuan tercapai pada tanggal 6 Mei 2021. Hal ini ditandai dengan pasien sudah bisa melakukan mobilisasi sendiri tanpa dibantu keluarga

5. Ketidakpatuhan berhubungan dengan Lingkungan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan pasien mematuhi semua anjuran dokter masalah teratasi tujuan tercapai pada tanggal 6 Mei 2021. Hal ini ditandai dengan pasien mematuhi anjuran dokter, dan sering mengecek kesehatan

Faktor pendukung dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah sikap pasien dan keluarga yang kooperatif kepada penulis, serta perawat ruangan yang selalu bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien.

Faktor penghambat dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah terdapat beberapa diagnose keperawatan yang belum teratasi karena keterbatasan waktu yang dimiliki penulis.

Solusinya penulis mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melakukan evaluasi dan mendokumentasikannya, lalu penulis mencatat semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat ruangan pada shift siang dan shift malam.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Umumnya Ulkus diabetikum terjadi sebagian (*Partial Thickness*) atau keseluruhan (*Full Thickness*) pada daerah kulit yang meluas ke jaringan bawah kulit, tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit Diabetes Melitus (DM), kondisi ini timbul akibat dari peningkatan kadar gula darah yang tinggi. Tanda dan gejala yang ditemukan diantaranya Nyeri, kepuatan, kesemutan/kebas, denyut nadi hilang dan lumpuh. Pemeriksaan diagnostic yang dilakukan pada pasien adalah pemeriksaan laboratorium.

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum post debridement yaitu lima diagnosa keperawatan. Diagnosa utama yang muncul adalah Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis. Hal ini dikarenakan pada pasien post debridement terdapat balutan merembes dan terdapat push (+), edema dibagian kaki kanan, luka tampak kotor derajat 4.

Perencanaan keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum post debridement terdapat perencanaan mandiri dan kolaborasi yaitu Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, anjurkan meningkatkan asupan makanan, anjurkan meningkatkan asupan cairan, ajarkan pasien mencuci tangan, berikan terapi obat sporacid 100mg, cefoperazone 3x 1gr, fluconazole 2x1 drip, metronidazole 3x500 mg, ciprofloxacin 2x200 mg

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan untuk pasien ulkus diabetikum dengan post debridement dalah Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, anjurkan

meningkatkan asupan makanan, anjurkan meningkatkan asupan cairan, ajarkan pasien mencuci tangan, berikan terapi obat sporacid 100mg, cefoperazone 3x 1gr, fluconazole 2x1 drip, metronidazole 3x500 mg, ciprofloxacin 2x200 mg

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien post debridement ulkus diabetes mellitus yang harus diperhatikan adalah Gula darah sewaktu, berikan perawatan kulit pada area luka, luka tampak basah dan kotor yang menunjukkan adanya gangguan atau tidak pada sistem endokrin. Hal ini dikarenakan dapat menentukan adanya infeksi ataupun tidak, gula darah normal atau tidak.

B. Saran

pada dasarnya saran yang ingin penulis sampaikan yaitu untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum dengan post debridement. Adapun pemberian saran ditujukan kepada:

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat memperbanyak mencari literatur serta referensi buku terbaru yang berkaitan dengan asuhan keperawatan medikal bedah pada sistem endokrin khususnya penyakit dengan post debridement ulkus diabetes melitus, sehingga dapat mempermudah penulis dalam memahami tentang kasus kelolaan pada pasien dengan post debridement ulkus diabetes melitus.

2. Perawat

Penulis menyarankan kepada perawat dalam melakukan asuhan keperawatan perlu diperhatiakn dalam pencatatan atau pendokumentasian setiap tindakan keperawatan yang telah dilakukan, pendokumentasian di catat dalam rekam medis sebagai aspe legal yang dapat dipertanggung jawabkan. Maka dalam pencatatan dilakukan secara rapih, benar, dan lengkap agar dapat dipahami bagi yang membacanya.

Daftar pustaka

- (ADA), A. D. A. (n.d.). Medical advice for people with diabetes in emergency situations. *American Diabetes Association Journal*. 2012.
- (ADA), A. D. A. (2018). *American Diabetes Association Standards of Medical Care In Diabetes - 2018*. <http://diabetesed>. Diunduh pada 26 Maret 2019 Jam 19.50 WIB.
- (Risikesdas), R. K. D. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*.
http://www.depkes.go.id/resources/download/onfoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Risikesdas%202018.pdf - Diakses Agustus 2018.
- ADA. (2020). *Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020*. In *Diabetes care* (Vol. 43, pp. S14-S31).
<http://doi.org/10.2337/dc20-S002>.
- Alexiadou, K., Doupis, J. (2012). *Management of Diabetic Foot Ulcers*.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- American Diabetes Association. (2019). *Classification and Diagnosa of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes*. *Diabetes Care*, 42 (1).
- Doenges. (2012). *rencana asuhan keperawatan (pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawata pasien)*.
- H., N. . A. . dan K. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: Mediaction.
- IDF. (2017). *Internasional Diabetes Federation Diabetes Atlas Eighth Edition 2017*.
- PERKENI. (2011). *Konsesnsus Pengelolaan dan Pencegahan Diabates Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: PERKENI.
- PERKENI. (2015). *Konsesnsus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia 2015*. PB. Perkeni.

- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan tindakan Keperawatan ((cetakan II) 1 ed.)*. Jakarta: DPP PPNI.
- RI, K. K. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia 2017*. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 31 Januari 2019 dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan--indonesia/Profil-kesehatan-indonesia-tahun-2017.pdf>.
- Smeltzer, C.S., & Bare, B. G. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Brunner & Suddart*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S.C dan B, G. B. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart*. Jakarta: EGC.
- Tarwoto, D. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta Trans Info Medikal.
- Wijaya, A.S dan Putri, Y. . (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Lampiran menurut (Smeltzer, S.C dan B, 2015)

