

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.K DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS ULKUS PEDIS + GASTRITIS  
DI RUANG MELATI RSUD BANGIL  
PASURUAN**



**Oleh:**

**BAGUS EKA WINDARTA**

**NIM : 1601038**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.K DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS ULKUS PEDIS + GASTRITIS  
DI RUANG MELATI DI RSUD  
BANGIL PASURUAN**

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



**Oleh:**  
**BAGUS EKA WINDARTA**  
**NIM. 1601038**

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

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Bagus Eka Windarta

NIM : 1601038

Tempat,Tanggal lahir : Lumajang, 01 Juli 1996

Institusi : Akademi keperawatan kerta cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini berjudul : ***“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.K DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MILETUS + GASTRITIS DI RSUD BANGIL”*** adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan ,kecuali dalam bentuk kutipan yang telah di sebutkan sumbernya.

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

Sidoarjo, 19 Juni 2019

Yang  
menyatakan

Bagus Eka Windarta

Pembimbing 1

pembimbing 2

**Kusuma Wijaya Ridi Putra,S.Kep.Ns, MNS**  
NIDN. (0731108603)

**Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes**  
NIDN.(0724098402)



## HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh tim penguji pada sidang di program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 19 Juni 2019

### TIM PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Ns.Riesmiyatiningdyah,S.Kep.,M.Kes .....

Anggota : 1 Ns. Meli Diana, S.Kep., M.Kes .....

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

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

**Agus Sulistyowati, S.Kep,M.Kes**  
**(NIDN. 0703087801)**

MOTTO

“PRINSIP HIDUP SAYA  
TETAP SAMA ,  
MENANG ITU MAU ATAU  
TIDAK  
BUKAN BISA ATAU  
TIDAK”

By : Bagus eka windarta

## PERSEMBAHAN

Syukur alhamdulillah aku ucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-nya sehingga tugas akhir ini bisa selesai dengan baik.

Tugas akhir ini kupersembahkan kepada :

Bapak dan ibukuku yang telah memberikan segalanya buat aku, do'a, dukungan, dan kesabaran terima kasih semoga aku dapat membahagiakan kalian.

Untuk saudara saudari kandungku terima kasih atas bantuan yang diberikan selama proses menyelesaikan tugas akhir ini baik dari segi materi maupun non materi.

Untuk bapak dan ibu dosen terutama bapak Kusuma wijaya ridi putra.S.Kep.NS,MNS , ibu Agus Sulistyowati, S. Kep, M. Kes, ibu Ns. Riesmiyatiningdyah, S. Kep., M. Kes, MNS, ibu Ns. Meli Diana, S.Kep., M. Kes, dan ibu Ns. Faida Annisa, S.Kep.,MNS, terimakasih atas bimbingan dan ilmu yang sudah di berikan selama ini tanpa ibu semua ini tidak akan berarti.

Untuk teman seperjuangan terimakasih untuk kebersamaan kita selama ini, meskipun banyak persoalan, ada canda dan tawa semua adalah proses pendewasaan semoga tali persaudaraan selalu terjaga dan dapat meraih sukses bersama-sama..  
Aamiin..(SQUADBAR-BAR)

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn.K Dengan Diagnosa Medis Ulkus Pedis + Gastritis Di Ruang Melati RSUD Bangil”** ini dengan tepat waktu sebagai persyaratan akademik dalam menyelesaikan Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

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

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

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

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

Sidoarjo, 23 Mei 2019

Penulis

Bagus Eka Windarta  
1601038

## DAFTAR ISI

Sampul Depan .....	i
Lembar Persetujuan .....	ii
Surat Pernyataan .....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Daftar Isi .....	v
Daftar Tabel .....	vi
Daftar Gambar .....	vii
Daftar Lampiran .....	ix

### **BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	6
1.5 Metode Penulisan .....	7
1.5.1 Metode .....	7
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	7
1.5.3 Sumber Data .....	8
1.5.4 Studi Kepustakaan .....	8
1.6 Sistematika Penulisan .....	8

### **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Dasar Penyakit .....	10
2.1.1 Pengertian .....	10
2.1.2 Etiologi .....	11
2.1.2.1 Diabetes Mellitus Tipe 1 .....	11
2.1.2.2 Diabetes Mellitus Tipe 2 .....	11
2.1.3 Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus .....	11
2.1.3.1 Gejala Aktif .....	11
2.1.3.2 Gejala Kurang Insulin .....	12
2.1.3.3 Gejala Kronik .....	12
2.1.3.4 Stadium .....	13
2.1.4 Patofisiologi .....	15
2.1.5 Diagnosa Banding .....	16
2.1.6 Komplikasi .....	17
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang .....	17
2.1.8 Pencegahan .....	19

2.1.9 Penatalaksanaan.....	19
2.1.9.1 Diet .....	19
2.1.9.2 Olah Raga .....	21
2.1.9.3 Obat-Obatan.....	21
2.1.10 Dampak Masalah .....	22
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	23
2.2.1 Pengkajian .....	23
2.2.1.1 Pengumpulan Data.....	23
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	27
2.2.3 Perencanaan .....	28
2.2.4 Implementasi .....	44
<b>BAB 3 Tinjauan Kasus .....</b>	<b>54</b>
3.1 Identitas .....	54
3.2 Riwayat Keperawatan .....	54
3.2.1 Riwayat Penyakit Sekarang .....	54
3.2.1.1 Keluhan Utama .....	54
3.2.1.2 Riwayat Penyakit Saat Ini.....	55
3.2.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya .....	55
3.2.2.1 Riwayat Kesehatan Yang Lalu .....	55
3.2.3 Riwayat Kesehatan Keluarga.....	55
3.2.4 Status Cairan Dan Nutrisi .....	56
3.3 Genogram .....	56
3.4 Pemeriksaan Fisik .....	57
3.4.1 Keadaan Umum .....	57
3.4.2 Tanda Vital .....	57
3.5 Analisa Data .....	66
3.6 Daftar Masalah Keperawatan .....	69
3.7 Daftar Masalah Keperawatan Berdasarkan Prioritas.....	69
3.8 Rencana Tindakan Keperawatan .....	70
3.9 Implementasi Keperawatan .....	77
3.10 Catatan Perkembangan .....	79
3.11 Evaluasi Keperawatan .....	80
<b>BAB 4 Pembahasan .....</b>	<b>82</b>
4.1 Pengkajian .....	82
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	87
4.3 Intervensi .....	90
4.4 Implementasi .....	92
4.5 Evaluasi.....	93

<b>BAB 5 Penutup</b> .....	<b>95</b>
5.1 Kesimpulan .....	95
5.2 Saran.....	97
DAFTAR PUSTAKA .....	98
LAMPIRAN .....	101
Lampiran 1 Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus .....	102
Lampiran 2 Surat Balasan Pengambilan Studi Kasus .....	103
Lampiran 4 Lembar konsultasi Pasca Proposal .....	104

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>No Lampiran</b>	<b>Judul Lampiran</b>	<b>Hal</b>
Lampiran 1	Surat Ijin Pengambilan Studi Kasus .....	105
Lampiran 2	Surat Balasan Pengambilan. Studi Kasus .....	106
Lampiran 3	Informed Consent .....	107
Lampiran 4	Lembar Konsultasi .....	108

## DAFTAR TABEL

<b>No Tabel</b>	<b>Judul Tabel</b>	<b>Hal</b>
Tabel 3.1	Genogram 3 Generasi .....	56
Tabel 3.2	Hasil Lab .....	63
Tabel 3.3	Analisa Data.....	66
Tabel 3.4	Rencana Tindakan Keperawatan.....	70
Tabel 3.5	Implementasi Keperawatan.....	77
Tabel 3.6	Catatan Perkembangan.....	79
Tabel 3.7	Evaluasi Keperawatan .....	80

## DAFTAR GAMBAR

<b>No Gambar</b>	<b>Judul Gambar</b>	<b>Hal</b>
2.1	Kerangka Masalah .....	53

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Menurut WHO (2014) Diabetes Mellitus merupakan penyakit kronis yang terjadi karena kelenjar pankreas tidak dapat memproduksi insulin, atau ketika tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif sehingga mengakibatkan peningkatan konsentrasi glukosa di dalam darah (hiper glikemia). Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat, jika telah berkembang penuh secara klinis maka Diabetes Mellitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerosis, dan penyakit vaskular mikroangiopati. Diabetes Mellitus atau kencing manis adalah penyakit turunan, bukan menular. Penyakit ini ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah. Penyakit Diabetes Mellitus atau kencing manis sepertinya bukan merupakan fenomena baru bagi masyarakat Indonesia (Purnamasari, 2011). Banyak penderita Diabetes Mellitus yang masuk ke Rumah sakit dengan komplikasi yang aktif dikarenakan kurangnya kesadaran masyarakat dalam mengontrol gula darah. Hal ini dikarenakan kebanyakan masyarakat yang datang berobat jika sudah terdapat komplikasi, seperti koma hipoglikemia, hiperglikemia ketoasidosis ataupun non ketoasidosis, penyakit jantung iskemik, gagal ginjal, penyakit serebrum vascular, dan ulkus pada kaki.

Diabetes Melitus (DM) adalah salah satu jenis penyakit degenerative yang mengalami peningkatan setiap tahun di negara-negara seluruh dunia. Menurut 2 Internasional of Diabetic Ferderation (2015),tingkat prevalensi global penderita Diabetes Mellitus pada tahun 2014 sebesar 8,3% dari keseluruhan penduduk di dunia dan mengalami peningkatan pada tahun 2014 menjadi 387juta kasus. Data regional IDF (*International of Diabetic Ferderatation*) menunjukkan bahwa Asia Tenggara menduduki peringkat ke -2 tertinggi di dunia dengan jumlah penderita Diabetes Mellitus sebanyak 72 juta jiwa. Pada tahun 2035 diperkirakan angka ini akan meningkat 70.6% menjadi 122,8 juta penderita (IDF, 2013). Di Indonesia, penderita Diabetes Mellitus diperkirakan sebanyak 5,7% dari jumlah seluruh populasi atau bisa diartikan bahwa sebanyak 12 juta jiwa penduduk Indonesia menderita Diabetes Mellitus (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Angka kejadian Diabetes Mellitus di Jawa Timur berdasarkan dari data Persatuan Diabetes Indonesia (Persadia), penderita Diabetes Mellitus mencapai 6 persen dari total jumlah penduduk atau kurang lebih 12 juta penderita. Jumlah ini meningkat kurang lebih 1 persen per tahun selama kburun waktu 20 tahun terakhir (Dedik, 2014).Gambaran kejadian tersebut juga tergambar pada prevalensi Diabetes Mellitus di Kabupaten Sidoarjo sebanyak 8.587 kasus penderita Diabetes Mellitus (Risesdas,2013). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RSD Sidoarjo pada bulan Januari sampai bulan Agustus 2016 didapatkan penderita Diabetes Mellitus sebanyak 1276 orang, penderita pada perempuan sebanyak 733

orang, laki laki sebanyak 543 orang, jumlah penderita yang paling banyak adalah pada umur 45 sampai 64 tahun sebanyak 852 orang. Penderita Diabetes Mellitus dengan diagnosa medison insulin dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complication sebanyak 148 orang, pada usia 45samapi 64 tahun sebanyak 106 orang. (Rekam Medis RSD Siadoarjo, 2016). Sedangkan data yang diperoleh dari reka medik di RSUD Bangil Pasuruan pada tahun 2017, penderita diebetes militus terdapat 14 kasus, dari bulan januari – desember tahun 2017 .

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

kardiovaskuler. Periksa tekanan darah teratur, kontrol kolesterol dan tekanan gula darah selalu normal atau mendekati normal.

Hal ini untuk mencegah penyakit jantung, masalah utama pada penderita diabetes. Penderita diabetes juga bisa dicegah melalui kebiasaan hidup sehat seperti berhenti merokok, berhenti minum alkohol, turunkan berat badan, ganti sumber karbohidrat dengan biji-bijian, hindari terlalu sering konsumsi minuman manis, konsumsi makanan berserat, batasi makanan yang digoreng, berolahraga secara rutin. (Ana, 2015)

Pengendalian Diabetes Mellitus dan penyakit metabolik dilakukan melalui pencegahan dan penanggulangan dari faktor risiko tersebut di atas, yaitu dengan 4 modifikasi gaya hidup atau perubahan gaya hidup dan konsumsi obat antidiabetik. Prinsip dasar manajemen pengendalian Diabetes Mellitus meliputi modifikasi gaya hidup, dengan mengubah gaya hidup yang tidak sehat menjadi gaya hidup yang sehat berupa pengaturan makanan (diit), latihan jasmani atau latihan aktifitas fisik, perubahan perilaku risiko meliputi berhenti merokok dan membatasi konsumsi alkohol, serta kepatuhan konsumsi obat antidiabetik. Di Amerika, strategi terapi Diabetes Mellitus yang efektif adalah modifikasi gaya hidup dan antidiabetik oral. Perubahan gaya hidup menjadi pilihan pertama dalam pencegahan Diabetes Mellitus, walaupun antidiabetik oral dapat mencegah Diabetes Mellitus, namun efeknya tidak sebesar perubahan gaya hidup. Oleh karena itu, obat-obatan ditempatkan sebagai tambahan terhadap perubahan gaya hidup (Sari, 2015). Peneliti sebagai seorang perawat yang mempunyai peran sebagai edukator akan memberikan health education

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

## **1.2 Rumusan Masalah**

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

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Tn.K dengan diagnose Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Mengkaji Tn.K dengan diabetes mellitus di ruang Melati RSUD BANGIL.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn.K dengan Diabetes Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil.

- 1.3.2.3 Merencanakan tindakan asuhan keperawatan pada Tn.K dengan Diabetus Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil.
- 1.3.2.4 Melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn.K dengan Diabetus Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil.
- 1.3.2.5 Mengevaluasi Tn.K dengan diagnose Diabetus Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil.
- 1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Tn.K dengan Diabetus Mellitus di ruang Melati RSUD Bangil.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

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

- 1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien Diabetus Mellitus.
- 1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
  - 1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

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

#### 1.4.2.2 Bagi peneliti

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

#### 1.4.2.3 Bagi Profesi Kesehatan

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

### **1.5 Metode Penelitian**

#### 1.5.1 Metode

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

#### 1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

##### 1.5.2.1 Wawancara

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

##### 1.5.2.2 Observasi

Data yang di ambil melauli pengamatan kepada klien

#### 1.5.2.3 Pemeriksaan

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

### 1.5.3 Sumber Data

#### 1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang di peroleh dari klien

#### 1.5.3.2 Data Sekunder

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

### 1.5.4 Studi Kepustakaan

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

## 1.6 Sistematika Penulisan

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

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

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

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

Bab 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis Diabetes Mellitus serta kerangka masalah.

Bab 3 :Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bab 4 :Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

Bab 5 :Penutup, berisi tentang simpulan dan saran

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran..

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Diabetes Mellitus. Konsep dasar penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara teoritis. Konsep dasar keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Diabetes Mellitus dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **2.1 Konsep Penyakit Diabetes Mellitus**

##### **2.1.1 Definisi Diabetes Mellitus**

Diabetes Mellitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Tiga komplikasi akut utama diabetes terkait ketidakseimbangan kadar glukosa yang berlangsung dalam jangka waktu pendek ialah hipoglikemia, ketoasidosis diabetik (DKA) dan sindrom nonketotik hiperosmolar hiper glikemik (Brunner & Suddarth, 2011).

Diabetes Mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronik mikrovaskular, makrovaskular, dan neuropati (Yuliana Elin, 2009).

## 2.1.2 Etiologi Diabetes Mellitus

### 2.1.2.1 Diabetes Mellitus Tipe I

Diabetes yang tergantung insulin ditandai dengan penghancuran sel-sel beta pancreas yang disebabkan oleh :

- 1) Faktor genetic penderita tidak mewarisi diabetes tipe itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetic kearah terjadinya diabetes tipe 1.
- 2) Faktor imunologi ( autoimun).
- 3) Faktor lingkungan: virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan estruksi sel beta.

### 2.1.2.2 Diabetes Mellitus Tipe II

Disebabkan oleh kegagalan relative sel beta dan resistensi insulin. Faktor resiko yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes mellitus tipe II ialah usia, obesitas, riwayat dan keluarga.

## 2.1.3 Manifestasi Klinis Diabetes Mellitus

### 2.1.3.1 Gejala akut

Pada permulaan :

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

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

#### 2.1.3.2 Gejala kurang insulin

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

#### 2.1.3.3 Gejala kronik

Gejala ini biasa muncul sesudah beberapa bulan atau tahun mengidap DM

Gejala antara lain :

- 1) Kesemutan
- 2) Kulit terasa panas atau seperti di tusuk jarum
- 3) Rasa tebal di kulit
- 4) Kram dan capek
- 5) Mudah mengantuk
- 6) Mata kabur (sering ganti kaca mata)
- 7) Gatal disekitar kemaluan terutama wanita
- 8) Para ibu hamil sering mengalami keguguran

- 9) Kepekaan genetik peristiwa lingkungan (benda asing) mengawali proses pada individu yang peka
- 10) Respon radang pankreas yang disebut “insulitis”. Sel yang menyerbuk pulau-pulau adalah limfosit T aktif
- 11) Aktifasi auto imunitas. Perubahan pada permukaan sel-sel beta, sehingga oleh sisten imun dikenal sebagai “ *non-self*” (asing)
- 12) Timbul respon imun. Antibody sitotoksit menyerang se beta (lebih dari 90%)- DM

#### 2.1.3.4 Stadium

##### 1) Stadium luka

##### (1) Berdasarkan Anatomi kulit

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

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

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

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

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

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

(2) Warna dasar luka

((1)) Merah : ( pink/merah/ merah tua) disebut jaringan sehat, granulasi/epitelisasi, vaskularisasi.

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

((3)) Hitam : jaringan nekrosis, avaskularisasi.

(3) Stadium Wagner untuk luka diabetic

((1)) *Superficial ulcers*

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

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

((2)) *Deep ulcers*

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

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

### ((3)) Gangren

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

#### 2.1.4 Patofisiologi

Diabetes Tipe I pada tipe I ini terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta telah di hancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Di samping itu, glukosa yang bersal dari makanan tidak dapat di simpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia postprandial (sesudah makan). Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia). Diabetes Tipe II Tipe II terdapat dua masalah yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibatnya terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes II

disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini, dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif maka awitan diabetes tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, polluria, polidipzia, luka yang lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan yang kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi) penyakit diabetes membuat gangguan atau komplikasi melalui kerusakan pada pembuluh darah di seluruh tubuh disebut angiopati diabetik. penyakit ini berjalan kronis dan terbagi dua yaitu gangguan pada pembuluh darah besar (makrovaskular) disebut mkroangiopati dan pada pembuluh darah halus (mikrovaskular) disebut mikroangiopati. Ada 3 problem utama yang terjadi bila kekurangan atau tanpa insulin Penurunan pengguna glukosa, Peningkatan mobilisasi lemak, Peningkatan penggunaan protein, Penurunan pengguna glukosa (*Nuha Medika Keperawatan Medikal Bedah 2 Ns. Andra Saferi Wijaya, S.Kep*)

#### 2.1.5 Diagnosa banding

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

## 2.1.6 Komplikasi

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

2.1.6.1 Penyakit kardivaskuler.

2.1.6.2 Penyakit ginjal (nephropathy).

2.1.6.3 Penyakit saraf (neuropathy).

2.1.6.4 Penyakit mata (retinopathy).

2.1.6.5 Penyakit terhadap infeksi.

2.1.6.6 Penyakit jantung.

2.1.6.7 Hipertensi.

2.1.6.8 Penyakit pembuluh darah perifer.

2.1.6.9 Gangguan pada hati.

2.1.6.10 Penyakit paru-paru.

2.1.6.11 Gangguan pencernaan.

## 2.1.7 Pemeriksaan penunjang

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

- 2.1.7.2 Gula darah 2 jam post prandial < 140 mg/dl digunakan untuk skrining bukan evaluasi pengobatan bukan diagnostik.
- 2.1.7.3 Gula darah sewaktu < 140 mg/dl digunakan untuk skrining bukan diagnostik.
- 2.1.7.4 Tes toleransi glukosa oral (TTGO). GD < 115 mg/dl ½ jam 1 jam ½ jam < 200 mg/dl, 2 jam < 140 mg/dl.
- 2.1.7.5 Tes toleransi glukosa intravena (TTGI) dilakukan jika TTGO merupakan kontraindikasi atau terdapat kelainan gastrointestinal yang mempengaruhi absorpsi glukosa.
- 2.1.7.6 Tes toleransi kortison glukosa, digunakan jika TTGO tidak bermakna. Kortison menyebabkan peningkatan kadar glukosa abnormal dan menurunkan penggunaan gula darah perifer pada orang yang berpredisposisi menjadi DM kadar glukosa darah 140 mg/dl pada akhir 2 jam dianggap sebagai hasil positif.
- 2.1.7.7 Glycosetat hemoglobin, memantau glukosa darah selama lebih dari 3 bulan.
- 2.1.7.8 C-Peptide 1-2 mg/dl (puasa) 5-6 kali meningkat setelah pemberian glukosa.
- 2.1.7.9 Insulin serum puasa: 2-20 µU/ml post glukosa sampai 120 µU/ml, dapat digunakan dalam diagnosa banding hipoglikemia atau dalam penelitian Diabetes.

### 2.1.8 Pencegahan

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

### 2.1.9 Penatalaksanaan

#### 2.1.9.1 Diet

Tujuan utama penatalaksanaan diet pada DM adalah:

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

4) Meningkatkan kualitas hidup.

Pada dasarnya harus mengikuti prinsip berikut:

- 1) Cukup kalori atau mempertahankan BB idaman.
- 2) Perhatikan bila ada komplikasi. Sesuaikan dengan komplikasi itu.
- 3) Cukup vitamin dan mineral.

(1) Tepat jumlah: jumlah kalori harus di hitung dengan benar karbohidrat 60-70%, protein 10-15%, lemak 20-25%, jumlah kalori di sesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, stress, akut dan kegiatan jasmani.

(2) Tepat jenis.

((1) Bahan makanan yang harus di hindari gula murni dan bahan makanan yang di olah dengan menggunakan gula murni seperti: gula pasir, gula jawa, madu, sirup, alkohol (Alkohol dapat memperburuk penderita hiperlipidemia dan dapat mencetuskan hipoglikemia terutama jika tidak makan).

((2) Makanan yang di batasi: sumber hidrat arang kompleks seperti: nasi, lemak jenuh, lontong, ketan jagung, roti, singkong, talas, kentang, sagu, mie.

((3) Batasi natrium untuk menghindari hipertensi.

(3) Tepat jadwal.

Antara porsi besar dengan makanan selingan diberi jarak 3 jam.

### 2.1.9.2 Olah raga

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

### 2.1.9.3 Obat-obatan

Indikasi pengobatan insulin

- 1) Ketoasidosis diabetikum/koma hiperosmolar non ketotik.
- 2) Diabetes dengan berat dan kurang.
- 3) Diabetes yang mengalami stres (infeksi, operasi dll).
- 4) Diabetes kehamilan.
- 5) Diabetes tipe 1.
- 6) Kegagalan pemakaian obat hiperglikemia oral.
- 7) Golongan obat-obat DM.

- (1) Golongan sulfoniluria: merangsang sel beta pankreas mengeluarkan insulin.
- (2) Golongan binguanid: merangsang sekresi insulin yang tidak menyebabkan hipoglikemia.
- (3) Alfa glukosidase inhibitor: menghambat kerja insulinalfa glukosidase didalam saluran cerna sehingga dapat menurunkan penyerapan glukosa dan menurunkan hiperglikemia post prandial.
- (4) Insulin sensitizing agent: efek farmakologi meningkatkan sensitifilitas berbagai masalah akibat resistensi insulin.
- (5) Kerja cepat: RI( *reguler insulin*) dengan masa kerja 2-4 jam  
contoh obat: actrapid.
- (6) Kerja sedang: NPN dengan masa kerja 6-12 jam.
- (7) Kerja lambat: PZI (*protamme zinc insulin*) masa kerja.

#### 2.1.10 Dampak Masalah

Masalah yang diakibatkan penyakit diabetes melitus tidak hanya berdampak pada fisik namun juga mempengaruhi psikologis, sosial maupun ekonomi. Dampak psikologis berupa stres ataupun cemas terhadap penyakit diabetes melitus tidak hanya dirasakan oleh penderita diabetes melitus tetapi keluarganya juga ikut merasakan dampak psikologis ini. Selain itu, pasien diabetes melitus juga akan merasakan adanya gangguan interaksi sosial, hubungan interpersonal, atau mengalami gangguan harga diri yang diakibatkan rasa putus asa yang dirasakan oleh pasien diabetes melitus.

Penderita diabetes melitus yang telah mengalami komplikasi diabetes seperti nefropati dan ulkus diabetikum akan membutuhkan perawatan yang lama sehingga akan memerlukan biaya yang besar dalam perawatannya (Kusniawati, 2011).

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### 2.2.1 Pengkajian

#### 2.2.1.1 Pengumpulan Data

##### 1) Identitas

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

##### 2) Keluhan Utama

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

### 3) Riwayat penyakit sekarang

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

### 4) Riwayat kesehatan dahulu

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

### 5) Riwayat kesehatan keluarga

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

### 6) Pemeriksaan Fisik

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

Yang dialami pasien diabetes mellitus pada saluran pernafasan terkadang pada inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada retraksi alat bantu nafas, terkadang ada yang membutuhkan bantu nafas O2. Pada palpasi didapatkan data RR :  $\geq 22$  x/menit, vokal premitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal. Pada

auskultasi tidak ditemukan suara tambahan, suara nafas vesikuler, mungkin terjadi pernafasan cepat dan dalam, frekuensi meningkat. Nafas bau aseton (Wijaya, 2013).

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

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

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

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

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

Pada inspeksi didapatkan bentuk kelamin normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih normal atau tidak, bau, warna, jumlah, dan tempat yang digunakan. Pasien menggunakan terkadang terpasang kateter dikarenakan adanya masalah pada saluran kencing, seperti poliuria, anuria, oliguria.

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

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

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

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

(7) Sistem Penginderaan (B7)

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

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

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

(8) ( B8 : Sistem Endokrin)

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

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

2.2.2.1 Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi.

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

2.2.2.3 Kekurangan volum cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia.

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

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

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

2.2.2.7 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitas fisik.

2.2.2.8 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan adanya kelebihan asupan natrium.

2.2.2.9 Perubahan eliminari urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia.

2.2.2.10 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia.

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

2.2.2.12 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh.

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

2.2.2.14 Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

2.2.2.15 Resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran

### 2.2.3 Perencanaan

2.2.3.1 Gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.

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

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

Intervensi :

1) Observasi tanda tanda vital, terutama RR.

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

2) Observasi irama nafas.

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

3) Berikan posisi semi fowler.

Rasional untuk membuat pasien mudah bernafas dan meningkatkan kenyamanan.

4) Ajarkan pasien untuk teknik nafas dalam.

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

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

Rasional untuk proses kesembuhan pasien dapat menurunkan RR yang meningkat.

#### 2.2.3.2 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak terjadi ganggaun perfusi jaringan.

Kriteriahasil: Tanda tanda vital dalam batas normal (nadi 60-100x/menit), CRT kurang dari 3 detik, sensitivitas normal.

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital terutama nadi.

Rasional untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah mengenai tekanan darah, nadi, RR, dan suhu.

2) Observasi CRT

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

3) Monitor daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas , dingin, tajam dan tumpul.

Rasional untuk mengetahui daerah mana yang tidak peka terhadap rangsangan.

4) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada laserasi.

Rasional untuk mengetahui daerah mana saja yang terjadi laserasi.

5) Kolaborasi pemberian analgetik.

Rasional mengurangi rasa nyeri.

### 2.2.3.3 Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiperglikemia.

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

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

Intervensi:

1) Observasi TTV (suhu, tekanan darah, nadi, RR).

Rasional untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah mengenai tekanan darah, nadi, RR, dan suhu.

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

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

3) Observasi intake dan output cairan.

Rasional untuk mengetahui keseimbangan cairan di dalam tubuh.

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

Rasional untuk proses kesembuhan dengan memberikan pemenuhan cairan.

2.2.3.4 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidak mampuan dalam mengabsorbsi nutrien.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi.

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

Hb normal : di bawah 42 mmol/mol(6%)

Prediabetes : 42-47 mmol/mol(6-6,4%)

Diabetes : 48 mmol/mol(6,5%) atau lebih

Albumin normal: Dewasa ; 3,8 – 5,1 gr/dl

Anak : 4,0 -5,8 gr/dl

Bayi : 4,4 – 5,4 gr/dl

Bayi baru lahir : 2,9 -5,4 gr/dl

Intervensi:

- 1) Lakukan penimbangan BB setiap hari.

Rasional untuk mengetahui pemasukan makanan yang adekuat adakah penurunan atau peningkatan BB.

- 2) Observasi bunyi usus dengan auskultasi.

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

- 3) Libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi, jika diperlukan.

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

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

Rasional untuk proses penyembuhan dan pemenuhan nutrisi yang tepat.

2.2.3.5 Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan, penyumbatan pembuluh darah besar.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang atau hilang.

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

Intervensi:

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

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

- 2) Observasi skala nyeri.

Rasional untuk mengetahui skala nyeri.

- 3) Ajarkan teknik relaksasi.

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

- 4) Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian analgesic.

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

2.2.3.6 Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada gangren.

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

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

Intervensi:

- 1) Monitor kulit akan adanya kemerahan.

Rasional menandakan area sirkulasi buruk yang dapat menimbulkan infeksi.

- 2) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

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

- 3) Oleskan lotion atau minyak pada daerah yang tertekan.

Rasional untuk melembabkan kulit sehingga mencegah terjadinya robekan.

- 4) Pertahankan linen kering.

Rasional untuk menurunkan iritasi pada kulit dan resiko kerusakan kulit.

- 5) Lakukan prosedur rawat luka aseptik.

Rasional mengurangi resiko infeksi dan kerusakan jaringan yang lebih parah.

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

Rasional untuk menurunkan iritasi pada kulit.

#### 2.2.3.7 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitasi fisik.

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

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

Intervensi:

- 1) Monitor kulit akan adanya kemerahan.

Rasional menandakan area sirkulasi buruk yang dapat menimbulkan dekubitus/infeksi.

- 2) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.

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

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

Rasional untuk melembabkan kulit sehingga mencegah terjadinya robekan.

- 4) Pertahankan linen kering.

Rasional untuk menurunkan iritasi pada kulit dan resiko kerusakan kulit.

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

Rasional untuk menurunkan iritasi pada kulit.

#### 2.2.3.8 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan natrium.

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

Kriteria hasil: Tidak adanya edema, tanda – tanda vital dalam batas normal, memelihara tekanan vena sentral.

Intervensi:

- 1) Observasi tanda – tanda vital.

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

- 2) Kaji lokasi dan luas edema.

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

- 3) Pertahankan catatan intake dan output cairan.

- 4) Rasional untuk mengetahui keseimbangan cairan karena jumlah aliran harus sama atau lebih dari jumlah pemasukan.

- 5) Batasi masukan cairan.

Rasional untuk mengurangi penumpukan cairan yang berlebih (oedema).

- 6) Kolaborasi dalam pemberian diuretic.

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

#### 2.2.3.9 Perubahan eliminasi urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia.

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

Kriteria hasil: Kandung kemih kosong secara penuh, pasien dapat mengontrol BAK-nya.

Intervensi:

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

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

- 2) Batasi pemberian cairan sesuai kebutuhan.

Rasional untuk mengurangi pengeluaran cairan urine pada malam hari.

- 3) Catat waktu terakhir pasien eliminasi urine.

Rasional untuk mengidentifikasi fungsi kandung kemih, dan keseimbangan cairan.

- 4) Anjurkan kepada keluarga dalam ikut mencatat output urine.

Rasional untuk mengetahui jumlah pengeluaran urine.

#### 2.2.3.10 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia.

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

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

Intervensi:

- 1) Berikan kesempatan untuk beristirahat/tidur sejenak.

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

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

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

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

Rasional meningkatkan relaksasi dengan perasaan mengantuk.

- 4) Putarkan musik yang lembut atau suara yang jernih.

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

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

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik terpenuhi.

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

Intervensi:

- 1) Observasi tingkat kelemahan.

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

- 2) Diskusikan dengan pasien pentingnya aktivitas.

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

- 3) Berikan dukungan pada pasien untuk beraktivitas.

Rasional untuk memberikan semangat pada pasien untuk beraktivitas.

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

Rasional untuk mengetahui perkembangan pasien, karena perubahan TTV menandakan adanya masalah mengenai tekanan darah, nadi , RR, dan suhu.

- 5) Bantu pasien untuk beraktivitas yang ringan.

Rasional untuk mengontrol aktivitas pasien agar tidak berlebih.

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

Rasional untuk menurunkan iritasi pada kulit.

#### 2.2.3.12 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di rumah sakit diharapkan citra tubuh pasien tidak terganggu.

Kriteria Hasil : Pasien dapat meningkatkan body image dan harga dirinya, pasien dapat berperan serta aktif selama rehabilitasi dan self-care, pasien mampu beradaptasi, pasien menyatakan penerimaan pada situasi diri mengenai perubahan konsep diri yang akut.

Intervensi :

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

Rasional agar membantu pasien mulai menerima kenyataan dan realitas hidup.

- 2) Kaji derajat dukungan yang ada untuk pasien.

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

- 3) Dorong partisipasi dalam aktivitas sehari – hari.

Rasional untuk meningkatkan kemandirian dan meningkatkan perasaan harga dirinya.

- 4) Berikan kunjungan oleh orang yang telah diamputasi, khususnya seseorang yang berhasil dalam rehabilitasi.

Rasional memberikan harapan untuk pemulihan dan masa depan normal.

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

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

2.2.3.13 Harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton, bau luka pada gangren.

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

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

Intervensi:

- 1) Bantu pasien untuk mengurangi tahapan ansietas yang ada.  
Rasional untuk mengurangi resiko terjadinya ansietas dan melatih untuk tetap tenang.
- 2) Beri motivasi untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar.  
Rasional agar pasien tidak menutup diri atau menarik diri.
- 3) Bantu pasien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan.  
Rasional untuk memberikan dukungan pada pasien dan dapat membuat pasien lebih terbuka dengan petugas.
- 4) Diskusikan dengan keluarga untuk tetap memberi dukungan.  
Rasional dukungan dari keluarga sangatlah penting dan juga dapat mempengaruhi kesehatan pasien.
- 5) Anjurkan pada keluarga agar tidak membiarkan pasien mengisolasi diri.  
Rasional agar pasien tidak mengalami gangguan dalam berkomunikasi.

#### 2.2.3.14 Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

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

Kriteria hasil: Tanda – tanda vital dalam batas normal (terutama suhu  $36.2^{\circ}\text{C}$ ), tidak ada pus pada luka, tidak ada tanda-tanda infeksi, jaringan yang terluka membaik.

Intervensi:

1) Observasi tanda – tanda vital dalam batas normal.

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

2) Ajarkan pasien untuk selalu menjaga kebersihan.

Rasional untuk mencegah terjadinya infeksi.

3) Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasif.

Rasional Untuk mengetahui mencegah terkontaminasi mikroorganisme.

4) Kolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian antibiotic.

Rasional untuk proses kesembuhan pasien dan tidak terjadi infeksi.

#### 2.2.3.15 Resiko cedera berhubungan dengan penurunan kesadaran. \

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

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

Intervensi:

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

Rasional agar pasien dan keluarga dapat berhati – hati agar tidak cedera.

2) Anjurkan pasien untuk menjauh dari lantai yang licin.

Rasional untuk mengurangi resiko terjadinya cedera.

- 3) Anjurkan keluarga untuk menggunakan tempat tidur yang rendah.

Rasional untuk menghindari resiko jatuh.

- 4) Orientasikan pasien dengan lingkungan.

Rasional agar pasien dapat bersosialisasi kembali dilingkungannya.

#### 2.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam implementasi terdapat dua jenis tindakan yaitu tindakan mandiri perawat dan tindakan kolaborasi. Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi perawat akan mengobservasi tanda-tanda vital terutama RR, mengobservasi frekuensi, irama nafas, memberikan posisi semi fowler, mengajarkan pasien untuk teknik nafas dalam, dan berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian terapi oksigen.

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer perawat akan mengobservasi tanda-tanda vital terutama nadi, mengobservasi CRT, memonitor daerah tertentu yang hanya peka terhadap

panas , dingin, tajam dan tumpul, menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada laserasi, berkolaborasi pemberian analgetik.

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

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidak mampuan untuk mengabsorbsi nutrien perawat akan melakukan penimbangan BB setiap hari, mengobservasi bunyi usus dengan auskultasi, melibatkan keluarga dalam pemberian nutrisi, jika diperlukan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemeberian nutrisi yang tepat.

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

Dalam menyelesaikan diagnosa kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan timbulnya nekrotik pada gangren perawat akan memonitor kulit akan adanya kemerahan, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mengoleskan lotion atau minyak atau baby oil

pada daerah yang tertekan, mempertahankan linen kering, melakukan perawatan luka aseptik, memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) tiap dua jam.

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

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

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

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

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

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

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

Dalam menyelesaikan diagnosa keperawatan harga diri rendah berhubungan dengan nafas bau aseton, bau luka pada gangren, perawat akan membantu pasien untuk mengurangi tahapan ansietas yang ada,

memberi motivasi untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, membantu pasien dalam mengekspresikan pikiran dan perasaan., mendiskusikan dengan keluarga untuk tetap memberi dukungan, menganjurkan pada keluarga agar tidak membiarkan pasien mengisolasi diri.

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

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

#### 2.2.5 Evaluasi

Pada diagnosa gangguan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan pola napas efektif dengan kriteria hasil pasien tampak tenang, pasien tidak

menggunakan alat bantu nafas, RR 16-20 x/menit, pola napas reguler, tidak ada otot bantu nafas.

Pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah pada perifer, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tidak terjadi ganggaun perfusi jaringan dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal terutama nadi, CRT kurang dari 3 detik, sensitivitas normal.

Pada diagnosa Keperawatan volume cairan berhubungan dengan deuresis osmotik pada hiperglikemia, setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan volume cairan terpenuhi dengan kriteria hasil Tanda-tanda vita dalam batas normal ( RR16-20x/mnt, nadi 60-100x/mnt dan teraba keras, tekanan darah 90-130/60-90 mmHg), turgor kulit baik, mata tidak cowong, membran mukosa lembab, CRT kurang dari 3 detik, haluaran urin adekuat, pasien tidak merasa haus.

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

Pada diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan dalam mengabsorbsi nutrien, setelah

dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil BB stabil sesuai dalam IMT, nafsu makan meningkat, Hb dalam batas normal.

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

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

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

Pada diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan kelebihan asupan natrium, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terjadinya keseimbangan cairan dengan kriteria hasil, yaitu tidak

adanya edema, tanda – tanda vital dalam batas normal, memelihara tekanan vena sentral.

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

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

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

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

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

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

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

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, dan evaluasi pada tanggal 22 januari 2019 di ruang Bangsal Melati RSUD BANGIL – PASURUAN.

Data diambil tanggal : 22 januari 2019

Tanggal MRS : 19 januari 2019

No. Rekam medis : 00385xxx

Diagnosa Medis : Ulkus pedis + Gastritis

#### **3.1 Identitas Klien**

Pasien atas nama Tn. K berusia 55 tahun, berjenis kelamin laki-laki, bersuku jawa, beragama islam, pekerjaan sebagai seorang petani, dan beralamatkan di Dsn. Krontorejo kec. Lumbang Kab. Pasuruan.

Untuk penanggung jawab pembiayaan selama perawatan adalah Ny. S yang merupakan istri dari pasien berusia 50 tahun, berjenis kelamin perempuan, bekerja sebagai ibu rumah tangga, dan beralamatkan di Dsn. Krontorejo Kec. Lumbang Kab. Pasuruan.

#### **3.2 Riwayat Keperawatan**

##### **3.2.1 Riwayat Penyakit Sekarang**

3.2.1.1 Keluhan Utama : Pasien mengatakan nyeri pada luka di kaki.

### 3.2.1.2 Riwayat Penyakit Saat Ini

Pasien mengatakan perutnya sakit disertai dengan mual muntah kurang lebih sudah 4x sehari sejak 15 hari yang lalu disertai dengan pusing, Pasien juga mengatakan kakinya sakit ada lukanya. P: Adanya luka gangren pada kaki kanan bawah (Area mata kaki), Q : Nyeri terasa panas dan cekot-cekot, R: Nyeri pada luka gangren di kaki kanan, S: Skala nyeri 6, T: Nyeri terus menerus.

Masalah Keperawatan : Nyeri Akut

### 3.2.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

#### 3.2.2.1 Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

##### 1) Penyakit yang pernah di derita :

Pasien mengatakan menderita penyakit diabetes militus sejak 5 bulan yang lalu

2) Operasi : Pasien mengatakan tidak pernah menjalani operasi sebelumnya.

3) Alergi : Pasien mengatakan tidak memiliki alergi

#### 3.2.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

##### 3.2.3.1 Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga :

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit turunan

##### 3.2.3.2 Lingkungan rumah dan komunitas :

Pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih

##### 3.2.3.3 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan :

Pasien mengatakan tidak merokok, seluruh anggota keluarganya juga tidak ada yang merokok, tetapi pasien mempunyai kebiasaan minum kopi manis setelah beraktivitas.

#### 3.2.4 Status cairan dan nutrisi

3.2.4.1 Nafsu makan : Sebelum sakit tidak ada penurunan nafsu makan 3x1 porsi makan habis, saat sakit hanya menghabiskan makan 3x1/2 porsi

3.2.4.2 Pola makan : Sebelum sakit makan teratur 3x1 porsi, saat sakit pasien juga makan teratur 3x1.

3.2.4.3 Minum : Pasien mengatakan mengkonsumsi air putih

3.2.4.4 Jumlah :  $\pm 3000$  cc/hari

3.2.4.5 Pantangan Makan : Kurangi Konsumsi gula berlebih

3.2.4.6 Menu makanan/diet sekarang : Hindari makanan manis.

3.2.4.7 Berat badan sebelum dan saat sakit tetap tidak mengalami penurunan yaitu 55 kg.

3.2.4.8 Keluhan lain : Porsi makan tidak habis karena tidak suka menu RS

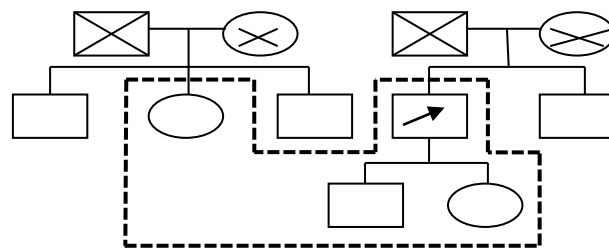
Konjungtiva anemis HB; 6,52 g/dl

RBC ; 2,232 eb/ul

Masalah Keperawatan :Resiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

### 3.3 Genogram (3 generasi)

**Tabel 3.1 Genogram 3 Generasi Pada Tn.K dengan diagnosa medis Diabetes Milletus di Ruang Melati**



Keterangan :

○ : Laki-laki

□ : Perempuan

▣ : Pasien

⊗ : Meninggal

----- : tinggal satu rumah

### 3.4 Pemeriksaan fisik

#### 3.4.1 Keadaan umum :

Keadaan umum pasien composmentis GCS, 4-5-6

#### 3.4.2 Tanda vital

3.4.2.1 Tensi : 100/70 mmHg.

3.4.2.2 Suhu : 36,7°C Lokasi pemeriksaan : Axilla

3.4.2.3 Nadi : 98x/mnt

#### 3.4.2.4 Respirasi : 22x/mnt

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.4.3 Respirasi (B1)

3.4.3.1 Bentuk dada : Normal *cest*.

3.4.3.2 Susunan tulang belakang : Normal.

3.4.3.3 Irama nafas teratur, tidak ada gangguan irama pernafasan.

3.4.3.4 Tidak ada retraksi otot bantu nafas.

3.4.3.5 Vokal fremitus : Getaran pada punggung sisi kanan dan kiri sama.

3.4.3.6 Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.4.4 Kardiovaskuler (B2)

3.4.4.1 Nyeri dada : Tidak ada nyeri dada

3.4.4.2 Irama jantung teratur.

3.4.4.3 Pulsasi kuat, posisi ICS IV midclavikula sinistra ICS V midternalis dextra.

3.4.4.4 Bunyi jantung S1,S2 tunggal.

3.4.4.5 Tidak ada bunyi jantung tambahan.

3.4.4.6 Tidak ada cianosis.

3.4.4.7 Tidak ada clubbing finger.

3.4.4.8 JVP : tidak ada pembesaran JVP

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.4.5 Persyarafan (B3)

3.4.5.1 kesadaran : composmentis.

3.4.5.2 Orientasi : pada saat pengkajian pasien tampak kooperatif.

3.4.5.3 Kejang : tidak ada kejang.

3.4.5.4 Kaku kuduk : tidak ada kaku kuduk.

3.4.5.5 Brudzinky : tidak ada.

3.4.5.6 Nyeri kepala : pasien mengatakan tidak ada nyeri kepala tetapi pusing.

3.4.5.7 Istirahat / tidur : sebelum sakit pasien mengatakan tidur siang selama 2-3 jam/hari, malam hari pasien tidur selama 6-7 jam/hari. Pada saat sakit pasien tidur siang 2-3 jam/hari, malam 8jam/hari.

3.4.5.8 Kelainan nervus cranialis : tidak ada.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3.4.6 Genetourinaria (B4)

3.4.6.1 Bentuk alat kelamin : tidak terkaji.

3.4.6.2 Libido : tidak terkaji.

3.4.6.3 Kebersihan : tidak terkaji.

3.4.6.4 Frekuensi berkemih :  $\pm 5x$ /hari

1) Frekuensi berkemih teratur

2) Jumlah kencing 2500cc/hari.

3) Bau : khas urin

4) Warna : kuning jernih.

5) Tempat yang digunakan : cateter sejak tanggal 21 Januari 2019.

3.4.6.5 alat bantu yang digunakan : menggunakan selang cateter.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3.4.7 Pencernaan (B5)

3.4.7.1 Mulut : bersih.

1) Mukosa : lembab

2) Bibir : normal.

- 3) Gigi : bersih.
- 4) Kebiasaan gosok gigi : di rumah 2x/sehari.
- 5) Tidak terdapat nyeri pada gastritis.

Masalah keperawatan ; tidak ada masalah keperawatan

3.4.7.2 tenggorokan : tidak ada kesulitan menelan.

3.4.7.3 Abdomen :

1. Peristaltik : 9x/mnt

3.4.7.4 kebiasaan BAB : saat dirumah 2x/hari, dirumah sakit 1x/hari. Konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses, tempat yang digunakan pampers.

3.4.7.5 Masalah eliminasi alvi : tidak ada masalah.

3.4.7.6 Pemakaian obat pencahar : tidak ada penggunaan obat pencahar.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.4.8 Muskuluskeletal dan integumen (B6)

3.4.8.1 kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : Bebas.

3.4.8.2 Kekuatan otot :

5		5
4		5

3.4.8.3 fraktur : tidak ada.

3.4.8.4 Dilokasi : tidak ada.

3.4.8.5 kulit bersih.

3.4.8.6 Akral hangat.

3.4.8.7 Turgor kulit <2 detik.

3.4.8.8 kelembapan : lembab.

3.4.8.9 Oedema : tidak ada oedema.

3.4.8.10 kebersihan kulit : bersih.

3.4.8.11 kemampuan melakukan ADL total : pasien terbaring di tempat tidur dengan raut tampak merintih kesakitan.

3.4.8.12 lain lain : Adanya ulkus di kaki kanan bawah area mata kaki, pasien mengatakan membutuhkan bantuan untuk berjalan.

Karakteristik ulkus : grade 4 , frekuensi 3

Jumlah : 1 ulkus

Lokasi : kaki kanan

Kulit sekitar kulit edema : berat (kaki dan tungkai)

Warna : pucat gelap

Masalah keperawatan : Hambatan mobilitas fisik, Kerusakan integritas jaringan.

3.4.9 Penginderaan (B7)

3.4.9.1 Mata : Pupil isokor, reflek cahaya sensitif mengecil saat terkena cahaya, konjungtiva anemis, sklera putih, palpebra simetris, ketajaman penglihatan normal, tidak ada alat bantu penglihatan.

3.4.9.2 Hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal.

3.4.9.3 Telinga : bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal, tidak ada alat bantu pendengaran.

3.4.9.4 Perasa : pasien mampu merasakan asam, manis, pahit, dan asin dengan baik.

3.4.9.5 Peraba : pasien mengatakan kadang kadang kaki kirinya mati rasa.

Masalah keperawatan : Resiko cedera.

3.4.10 Endokrin (B8)

3.4.10.1.1 Pembesaran kelenjar thyroid : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.

3.4.10.2 Tidak ada pembesaran kelenjar parotis.

3.4.10.3 Terdapat luka gangren, terdapat pus, bau khas gangren, lokasi pergelangan kaki sebelah kanan.

Masalah keperawatan : Kerusakan integritas jaringan

3.4.11 Data Psikososial

3.4.11.1 Gambaran diri/citra diri. Tanggapan tentang dirinya baik, pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya, pasien mengatakan tidak ada anggota tubuh yang tidak disukai, tidak ada persepsi terhadap kehilangan anggota tubuh.

3.4.11.2 identitas, pasien dikeluarga sebagai kepala keluarga, pasien mengatakan puas dengan perannya sebagai ayah, pasien puas menjadi laki-laki.

3.4.11.3 Peran, pasien puas terhadap perannya, pasien sanggup melaksanakan perannya sebagai kepala keluarga.

3.4.11.4 Ideal diri, pasien merasa puas dengan dirinya, pasien puas terhadap pekerjaannya, pasien puas dalam menjalankan perannya dalam keluarga, pasien puas terhadap pekerjaannya, pasien selalu berdoa agar keluarganya selalu harmonis, pasien ingin agar masyarakat selalu baik terdapatnya dan keluarganya, pasien juga mengatakan ingin cepat sembuh lebih cepat agar bisa kembali beraktivitas.

3.4.11.5 Harga diri, pasien mengatakan puas terhadap dirinya.

3.4.11.6 Data sosial, hubungan pasien dengan keluarga sangat baik, hubungan pasien dengan pasien yang lain baik, pasien mengatakan keluarga sangat mendukung agar pasien segera sembuh.

Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah keperawatan.

#### 3.4.12 Data Spiritual

3.4.12.1 Pasien percaya terhadap tuhan.

3.4.12.2 Pasien selalu mengandalkan tuhan untuk penyembuhannya.

3.4.12.3 Saat dirumah pasien sholat 5 waktu.

3.4.12.4 Pasien menggunakan sajadah untuk sarana beribada.

3.4.12.5 Pasien yakin untuk bisa sembuh.

3.4.12.6 Pasien menganggap sakit sebagai ujian dari tuhan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.4.12.7 Data penunjang

3.4.12.8 Laboratorium terlampir.

**Tabel. 3.2 hasil lab tanggal 22 januari 2019 pada Tn.K di ruang Melati Dengan Diagnosa Medis Diabetes Milletus.**

DARAH LENGKAP	HASIL	NILAI RUJUKAN
Leukosit (WBC)	4,624	3,70 – 10,1
Neutrofil	3,3	
Limfosit	1,0	
Monosit	0,3	
Eosinofil	0,0	
Basofil	0,0	
Neutrofil%	70,4%	39,3 – 73,7
Limfosit%	20,8%	18,0 – 48,3
Monosit%	7,4%	4,40 – 12,7
Eosinofil%	0,4%	0,600 – 7,30
Basofil%	1,0%	0,00 – 1,70
Eritrosit (RBC)	2,232 10e6/ul	4,6 – 6,2
Hemoglobin (HGB)	6,52 g/dl	13,5 – 18,00
Hematokrit (HCT)	18,47%	40 – 54
MCV	82,74 um	81,1 – 96,0
MCH	29,20 pg	27,0 – 31,2
MCHC	35,29 g/dl	31,8 – 35,4
RDW	14,23 %	11,5 – 14,5
PLT	333 10e3/ul	155 – 366
MPV	5,400 fl	6,90 – 10,6

3.4.12.9 EKG : tidak dilakukan.

3.4.12.10 X-Ray : tidak dilakukan

3.4.12.11 GDA : 350 mg/dl

3.4.12.12 Therapi pada tanggal 22 Januari 2019.

1)Infus Asering 14 TPM (1000ml) salah satu cairan infuse yang mampu membantu mencukupi gizi dan nutrisi. Asering masuk ke dalam golongan obat keras sehingga memerlukan pengawasan ketat dokter atau tenaga medis lainnya dalam menggunakan asering.

2) Injeksi Ceftriaxone 1 gr :obat yang digunakan untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri. Obat ini bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh.

3) Injeksi Santagesik 3 x 1 gr :obat yang digunakan untuk mengatasi nyeri akut atau nyeri kronik berat seperti sakit kepala, sakit gigi, tumor, nyeri pasca operasi dan nyeri pasca cidera.

4) Drip Omeprazol 8 mg/jam s/d 72 jam : obat yang digunakan dalam pengobatan penyakit refluks gastroesofagus, ulkus peptikum, dan sindrom Zollinger – Ellison. Obat ini juga digunakan untuk mencegah perdarahan saluran cerna atas pada orang yang beresiko tinggi. Obat ini diminum atau disuntikkan ke pembuluh darah.

Bangil, 22 januari 2019

Mahasiswa

Bagus Eka Windarta

### 3.5 Analisa Data

Tanggal : 22 januari 2019

Nama : Tn.K

Umur : 55 tahun

No. Rm : 00385xxx

Tabel 3.3 Analisa data pada Tn.k dengan Diagnosa Medis ulkus pedis + gastritis di Ruang Melati.

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds : pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan.</p> <p>P : adanya luka ganggren pada kaki kananbawah (area mata kaki)</p> <p>Q : nyeri terasa panas dan cekot – cekot</p> <p>R : nyeri pada luka ganggren di kaki kanan</p> <p>S : skala nyeri 6</p> <p>T : nyeri terus menerus</p> <p>Do :</p> <p>Pasien tampak menyeringai</p> <p>Ttv :</p> <p>Td:100/70m</p>	<p>Makrovaskuler</p> <p>↓</p> <p>Ekstremitas</p> <p>↓</p> <p>Ulkus</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	Nyeri akut

	<p>mHg, N:</p> <p>98x/mnt,</p> <p>RR:</p> <p>22X/mnt,</p> <p>S: 36,7°C</p>		
2.	<p>Ds : Pasien mengatakan luka pada kakinya sudah sejak 15 hari yang lalu.</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Luka gangren : (+)</li> <li>2) Pus (+)</li> <li>3) Bau khas gangren</li> <li>4) Lokasi disekitar pergelangan kaki kanan.</li> </ol>	<p>Ulkus</p> <p>↓</p> <p>Kurang perawatan</p> <p>↓</p> <p>Kurang vaskularisasi</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p>	<p>Kerusakan integritas jaringan</p>
3.	<p>Ds : Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Terdapat luka gangren di kaki kanan</li> <li>2) Kekuatan otot</li> </ol>	<p>Penumpukan eksudat</p> <p>↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>

4.	<p style="text-align: center;">       5   5        —+—        4   5     </p> <p>3) Kaki pasien yang terdapat luka terlihat tidak ada pergerakan sama sekali.</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena tidak suka menu makan RS</p> <p>DO :</p> <p>1) Keadaan umum : baik</p> <p>2) Tanda- tanda vital, tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 84x/mnt, RR :20x/mnt</p> <p>3) Porsi makan tidak habis</p> <p>4) Bising usus 12x/mnt</p>	<p>Pemenuhan nutrisi yang tidak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</p>	<p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</p>
----	---	---	--

### **3.6 Daftar Masalah Keperawatan**

3.6.1 Nyeri akut

3.6.2 Kerusakan integritas jaringan

3.6.3 Hambatan mobilitas fisik

3.6.4 ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

### **3.7 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas**

3.7.1 Nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan.

3.7.2 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ulkus DM

3.7.3 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya luka gangren pada kaki kanan

3.7.4 Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan.

### 3.8 Rencana Tindakan Keperawatan

Tanggal : 22 januari 2019

Nama Pasien : Tn.K

Dx Medis : ulkus pedis + gastritis

No RM : 00385xx

Tabel 3.4 rencana tindakan pada Tn.K dengan diagnosa medis Ulkus pedis + gastritis di ruang Melati.

No Dx	Tujuan / kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1) Skala nyeri berkurang</p> <p>2) Wajah pasien tidak menunjukkan kesakitan</p> <p>3) Pasien mampu mengontrol nyeri</p> <p>4) Pasien</p>	<p>1) Observasi skala nyeri dan ttv</p> <p>2) Berilah pengalihan seperti reposisi dan aktivitas yang menyenangkan.</p> <p>3) Ajarkan distraksi dan relaksasi.</p> <p>4) Kolaborasi pemberian analgesik.</p>	<p>1) Untuk mengetahui skala nyeri dan kondisi pasien</p> <p>2) Meningkatkan kenyamanan dengan mengalihkan perhatian pasien.</p> <p>3) Meningkatkan kontrol dari atas efek samping.</p> <p>4) Untuk mengurangi rasa nyeri.</p>

2.	<p>mengatakan nyeri berkurang.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan integritas jaringan pada pasien kembali membaik dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perfusi jaringan normal</li> <li>2) Tanda – tanda infeksi berkurang</li> <li>3) Ketebalan dan tekstur jaringan normal.</li> <li>4) Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Observasi ttv</li> <li>2) Anjurkan pasien untuk mengenakan pakaian yang longgar.</li> <li>3) Monitor nutrisi pasien.</li> <li>4) Rawat luka gangren.</li> <li>5) Kolaborasi pemberian obat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Untuk memantau kondisi pasien.</li> <li>2) Mempermudah perawat untuk merawat luka.</li> <li>3) Untuk mencegah terjadinya kekurangan nutrisi.</li> <li>4) Untuk mencegah terjadinya infeksi lebih parah.</li> <li>5) Untuk mempercepat penyembuhan.</li> </ol>
3.	Setelah dilakukan	1) Berikan / bantu	1) Bisa

	<p>tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tidak terjadi kontraktur sendi.</li> <li>2) Bertambahnya kekuatan otot.</li> <li>3) Pasien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan aktivitas.</li> </ol>	<p>pasien untuk melakukan latihan tentang gerak pasif dan aktif.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Berikan perawatan kulit dengan baik. Massage titik yang tertekan setelah rehap perubahan dibawah penjepit dengan periode waktu tertentu.</li> <li>3) Kolaborasi dengan pemberian analgetik sesuai dengan program dan manfaatnya.</li> <li>4) Rujuk pasien untuk</li> </ol>	<p>meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan rentang gerak pasif dan aktif.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Untuk berhenti keberadaan tekanan pada daerah penonjolan tulang</li> <li>3) Penggunaan analgetik yang berlebihan bisa issa perhatian dan ini mnyulitksn defisit neurologis lebih lanjut</li> <li>4) Pasien yang</li> </ol>
--	---	---	--

		<p>konsultasi psikologis kapan kelemahan motorik, sensorik, dan jamur seksi terjadi permanen.</p> <p>5) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik pasien.</p>	<p>meningkat kehilangan fungsi tubuh permanen akan terasa sedih. Semakin besar berarti kehilangan semakin dalam lama reaksi kesedihan yang dialami.</p> <p>5) Menurunkan resiko terjadinya iskemi jaringan oleh sirkulasi daerah yang jelek pada daerah yang tertekan.</p>
4.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan</p>	<p>1) Bina hubungan saling percaya.</p>	<p>1) Agar pasien lebih kooperatif saat dikaji.</p>

	<p>selama 2x 24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi dengan,</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hb normal(12.0–18.0g/dL)</li> <li>2) Konjungtiva berwarna merah muda atau tidak anemis.</li> <li>3) Keadaan umum baik</li> <li>4) Porsi makan habis.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Observasi bising usus dengan auskultasi.</li> <li>3) Libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi.</li> <li>4) Lakukan penimbangan setiap hari.</li> <li>5) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Untuk mengetahui adanya peningkatan/penurunan bising usus.</li> <li>3) Untuk mempermudah dalam pemenuhan nutrisi.</li> <li>4) Untuk mengetahui adanya penurunan dan peningkatan berat badan.</li> <li>5) Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</li> </ol>
--	--	---	--



### 3.9 Implementasi Keperawatan


Nama Pasien : Tn.K

No RM : 00385xx

Umur : 55th

Tabel 3.5 Implementasi keperawatan pada Tn.K dengan diagnosa medis ulkus pedis di Ruang Melati

No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama / Tanda tangan
1.	22 januari 2019	07.00 07.30	Mengganti cairan KN2 Memantau skala nyeri pasien , skala nyeri 6 Mengajarkan teknik relaksasi (nafas dalam)	
2.	23 januari 2019	07.00 07.30 08.00	Memberikan obat inj santagesik 3x2ml Inj. Ceftri 1gr Mengganti cairan KN2	
3.	24 januari 2019	16.00	Memantau skala nyeri pasien , skala nyeri 6 Mengajarkan teknik relaksasi (nafas dalam) Memberikan obat inj santagesik 3x2ml Inj. Ceftri 1gr	

		<p>Memonitor mpbilitas dan aktivitas skala nyeri pasien.</p> <p>P: adanya luka ganggren pada kaki kanan bawah</p> <p>Q: nyri terasa panas dan cekot-cekot</p> <p>R: nyeri pada luka ganggren di kaki kanan</p> <p>S: skala nyeri 6</p> <p>T: nyeri terus menerus</p> <p>Memonitor nutrisi pasien.</p> <p>Memberikan obat injeksi santagesik 3x2ml</p> <p>Injeksi ceftri 1gr</p>	
--	--	---	---



### 3.10 Catatan Perkembangan

Nama Pasien : Tn.K

Umur : 55 tahun

No RM : 00385xx

Tabel 3.6 catatan perkembangan pada Tn.K Dengan Diagnosa Medis ulkus pedis + gastritis di Ruang Melati.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
22 januari 2019	Nyeri akut b.d iskemik jaringan	S : pasien mengatakan nyeri berkurang.  O : Td : 100/80 mmHg, N: 98x/mnt, RR : 22x/mnt, S: 36,7°C, wajah pasien tampak menyeringai.  A: Masalah teratasi sebagian.  P : Intervensi dilanjutkan/	  
23 januari 2019.	Kerusakan integritas jaringan b.d ulkus DM	S : -  O : Pus berkurang. TD: 100/80 mmHg, N : 98x/mnt, RR : 22x/mnt, S: 36,7°C  A: Masalah teratasu sebagian.  P : intervensi dilanjutkan.	




### 3.11 Evaluasi keperawatan

Nama Pasien : Tn.K

Umur : 55 tahun

No. RM : 00385xx

Tabel 3.7 evaluasi keperawatan pada Tn.K Dengan Diagnosa Medis ulkus pedis + Gastritis di Ruang Melati.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Paraf
24 januari 2019.	Nyeri akut b.d iskemik jaringan	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang. O : skala nyeri 2, TD: 100/80mmHg, S:36,7°C, RR : 22x/mnt,N:98x/mnt. A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan pasien pulang.	 
24 januari 2019.	Kerusakan integritas jaringan b.d ulkus DM	S : pasien mengatakan luka sudah agak mengecil O : pus berkurang, TD : 100/80mmHg,S: 36,7°C, RR: 22x/mnt,N: 98x/mnt A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan pasien pulang.	

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan dijelaskan antara kesenjangan dengan teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada Tn.K dengan diagnosa medis *DM* + *GASTRITIS* diruang Melati RSUD BANGIL yang meliputi pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

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

Pada keluhan utama menurut Wijaya(2013) tinjauan pustaka penglihatan kabur, lemas, takikardi, banyak kencing, susah konsentrasi, kesemutan, penurunan kesadaran, luka yang sukar sembuh (luka diabetikum). Pada tinjauan kasus Keluhan Utama Pasien mengatakan nyeri pada luka di kaki. Menurut opini penulis pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus memiliki kesenjangan alasannya pada tinjauan kasus terdapat nyeri sedangkan pada tinjauan pustaka terdapat penglihatan kabur, lemas, takikardi, banyak kencing, susah konsentrasi, kesemutan, penurunan kesadaran, luka yang sukar sembuh (luka diabetikum).

Pada riwayat penyakit sekarang Riwayat penyakit sekarang menurut Wijaya(2013) pada tinjauan pustaka Adanya gatal pada kulit disertai luka yang tidak sembuh - sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan,

meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan. Pada tinjauan kasus Riwayat Penyakit Saat Ini Pasien mengatakan perutnya sakit disertai dengan mual muntah kurang lebih sudah 4x sehari sejak 15 hari yang lalu disertai dengan pusing, Pasien juga mengatakan kakinya sakit ada lukanya. P: Adanya luka gangren pada kaki kanan bawah (Area mata kaki), Q : Nyeri terasa panas dan cekot-cekot, R: Nyeri pada luka gangren di kaki kanan, S: Skala nyeri 6, T: Nyeri terus menerus Masalah Keperawatan : Nyeri Akut. Menurut opini penulis didapatkan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus alasannya pada tinjauan kasus terdapat nyeri kaki dengan PQRTS P: Adanya luka gangren pada kaki kanan bawah (Area mata kaki), Q : Nyeri terasa panas dan cekot-cekot, R: Nyeri pada luka gangren di kaki kanan, S: Skala nyeri 6, T: Nyeri terus menerus dan mual muntah.

Pada riwayat kesehatan dahulu menurut Wijaya(2013) pada tinjauan pustaka dapat terjadi saat kehamilan, riwayat penyakit pankreas, hipertensi, ISK berulang, kemungkinan adanya riwayat obesitas. Pada tinjauan kasus riwayat kesehatan yang lalu penyakit yang pernah di derita pasien mengatakan menderita penyakit diabetes militus sejak 5 bulan yang lalu, operasi: pasien mengatakan tidak pernah menjalani operasi sebelumnya alergi: pasien mengatakan tidak memiliki alergi. Menurut opini penulis terdapat kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka alasannya ditinjau pustaka terjadi saat kehamilan dan di tinjauan kasus pasien mengatakan menderita penyakit diabetes militus sejak 5 bulan yang lalu.

Pada tinjauan kasus riwayat kesehatan keluarga Perlu ditanyakan apakah didalam satu keluarga pernah ada yang menderita diabetes mellitus atau pernah menderita penyakit lainnya. Risiko menderita diabetes mellitus bila salah satu orang tuanya menderita diabetes mellitus adalah sebesar 15%. Jika kedua orang tua memiliki diabetes mellitus maka risiko untuk menderita diabetes mellitus adalah sekitar 75%. Risiko untuk mendapatkan diabetes mellitus dari ibu lebih besar 10 – 30% daripada ayah dengan diabetes mellitus. Hal ini dikarenakan penurunan gen sewaktu dalam kandungan ibu. (Trisnawati dan Soedijono, 2013). Pada tinjauan kasus Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit turunan. Menurut opini penulis terdapat kesenjangan alasannya pada tinjauan kasus pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit turunan.

Pada pemeriksaan B1(*Breathing*) menurut Wijaya(2013) tinjauan pustaka didapatkan data saluran pernafasan terkadang pada inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada retraksi alat bantu nafas, terkadang ada yang membutuhkan bantunafas O<sub>2</sub>. Pada palpasi didapatkan data RR:  $\geq 22$ x/menit, vokal premitus antara kanan dan kiri sama, susunan ruas tulang belakang normal. Pada auskultasi tidak ditemukan suara tambahan, suaranafas vesikuler, mungkin terjadi pernafasan cepat dan dalam, frekuensi meningkat, nafas bau aseton sehingga muncul masalah keperawatan ketidak efektifan pola nafas yang ditandai dengan membutuhkan bantunafas O<sub>2</sub>, frekuensi pernafasan meningkat, pernafasan cepat dan dalam. Pada pemeriksaan B1(*Breathing*) pada tinjauan kasus juga

muncul masalah keperawatan harga diri rendah yang ditandai dengan adanya nafas bauaseton. Pada tinjauan kasus didapatkan data bentuk dada simetris, susunan ruas tulang belakang normal, pola nafas teratur, jenis nafas reguler, tidak ada retraksi otot bantu pernafasan, perkusi thorak sonor, tidak menggunakan alat bantu nafas tambahan, vokal fremitus normal, suara nafas vesikuler. Menurut opini penulis terdapat kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus, alasannya pada tinjauan pustaka di dapatkan pada pemeriksaan saluran pernapasan terkadang ada yg membutuhkan bantuan nafas O<sub>2</sub>, sedangkan pada tinjauan kasus tidak didapatkan adanya alat bantu nafas tambahan..

Pada pemeriksaan B2 (*Blood*) menurut Wijaya (2013) tinjauan pustaka didapatkan data pada palpasi ictus cordis tidak teraba, nadi  $\geq 84$ x/menit, irama reguler, CRT dapat kembali  $\leq 2$  detik, pulsasi kuat lokasi radialis. Pada perkusi suara dullness / redup / pekak, bisa terjadi nyeri dada. Pada auskultasi bunyi jantung normal dan mungkin tidak ada suara tambahan seperti *galloprhythme* ataupun murmur. Pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada nyeri dada, irama jantung regular, pulsasi kuat, bunyi jantung s1 s2 tunggal, CRT < 2 detik, tidak ada cianosis, tidak ada clubbing finger. Menurut opini penulis didapatkan kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus, alasannya Pada Tinjauan Kasus di dapatkan adanya nyeri dada sedangkan di Tinjauan Kasus Tidak ditemukan nyeri dada karena pasien tidak mengalami komplikasi pada jantung.

Pada pemeriksaan B3 (*Brain*) menurut Wijaya (2013) ,didapatkan tinjauan pustaka kesadaran bisa baik ataupun menurun bahkan koma, klien bisa pusing, merasa kesemutan, mungkin tidak disorientasi, sering mengantuk, pola tidur pada malam hari mungkin terganggu karena sering BAK tidak ada gangguan memori. Pada pemeriksaan B3 (*Brain*) pada tinjauan kasus terdapat masalah keperawatan immobilitas fisik yang ditandai dengan koma diabetik, masalah keperawatan resiko cidera yang ditandai dengan penurunan kesadaran, dan masalah keperawatan gangguan pola tidur yang ditandai dengan pada malam hari mungkin terganggu karena sering BAK. Pada tinjauan kasus didapatkan orientasi baik, tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada brudsky, tidak nyeri kepala, istirahat / tidur : siang : Di Rumah, pasien tidur 6-8 jam/hari, di RS, pasien tidur 6-8 jam /hari, pasien tidak mempunyai gangguan tidur, tidak ada kelainan nervus cranialis. Menurut opini penulis Tidak Terdapat Kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus.

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

Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus, alasannya pada Tinjauan Pustaka bau mulut klien tidak berbau amonia, sedangkan Pada Tinjauan Kasus mulut pasien berbau amonia,

Pada pemeriksaan B5 (*Bowel*) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan pada inspeksi keadaan mulut mungkin kotor, mukosa bibir kering atau lembab, lidah mungkin kotor, kebiasaan menggosok gigi sebelum dan saat MRS, tidak ada kesulitan menelan, bisa terjadi mual, muntah, penurunan berat badan, polifagia, polidipsi. Pada palpasi adakah nyeri abdomen. Pada perkusi didapatkan bunyi thympani. Pada auskultasi terdengar peristaltik usus. Kebiasaan BAB dirumah dan saat MRS, bagaimana konsistensi, warna, bau, dan tempat yang digunakan. Pada pemeriksaan B5 (*Bowel*) pada tinjauan pustaka didapatkan masalah keperawatan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan yang ditandai dengan mual, muntah, penurunan berat badan lidah mungkin kotor. Pada tinjauan kasus didapatkan mulut bersih, mukosa lembab, bibir normal, gigi bersih, kebiasaan gosok gigi dirumah 3x/hari di RS 2x/hari, saat dirumah sakit pasien makan 3x sehari porsi setengah, karena pasien kurang suka dengan menu RS, pasien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan, berat badan sebelum dan sesudah sakit 55kg tenggorokan tidak ada kesulitan, Peristaltik 8x/menit kebiasaan BAB 1 hari selama di RS, Di rumah BAB 1 kali. Menurut opini penulis terdapat kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus, alasannya pada Tinjauan Pustaka didapatkan kebersihan mulut kotor, terjadi penurunan berat badan, sedangkan pada Tinjauan Kasus mulut

pasien bersih, dan tidak terjadi penurunan berat badan.

Pada pemeriksaan B6 (*Bone*) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan pada inspeksi kulit tampak kotor, adakah luka, kulit atau membran mukosa mungkin kering, ada oedema atau tidak, lokasi, ukuran. Pada palpasi kelembapan kulit mungkin lembab, akral hangat, turgor kulit hangat. Kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami pada penurunan. Pada perkusi adakah fraktur, dislokasi. Pada pemeriksaan B6 (*Bone*) pada tinjauan pustaka didapatkan masalah keperawatan kekurangan volume cairan yang ditandai dengan kulit kering, mata cowong, membran mukosa kering, CRT kurang dari 3 detik, dan masalah keperawatan kelebihan volume cairan yang ditandai dengan adanya oedema, Pada tinjauan kasus didapatkan kemampuan pergerakan sedit dan tungkai (ROM) bebas, kekuatan otot tangan kanan dan kiri 5, kekuatan otot kaki kanan 3 dan kiri 5, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit elastis, akral hangat, turgor lembab, tidak ada oedema, cukup bersih. Menurut opini penulis terdapat kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus, alasannya pada Tinjauan Pustaka di dapatkan adanya oedema, sedangkan pada Tinjauan Kasus klien tidak ada oedem.

Pada pemeriksaan B7 (*Penginderaan*) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan mata penglihatan mulai kabur, ketajaman penglihatan mulai menurun, pada hidung ketajaman penciuman normal, secret (-/+). Pada telinga: Bentuk normal, ketajaman pendengaran normal. Pada tinjauan kasus didapatkan pupil isokor, reflek cahaya

normal konjungtiva anemis Hb 9,7, sklera tidak ikterik, palpebra normal, strabismus tidak ada, ketajaman penglihatan normal, hidung normal, mukosa hidung lembab, sekret tidak ada, ketajaman penciuman normal, ketajaman pendengaran normal, perasa manis, pahit, asam, asin, peraba normal. Menurut opini penulis terdapat Kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus, alasannya pada Tinjauan Pustaka konjungtiva tidak anemis, sedangkan pada Tinjauan Kasus Terdapat Anemis.

Pada pemeriksaan B8 (*Endokrin*) menurut Wijaya (2013) pada tinjauan pustaka didapatkan adakah ganggren, lokasi ganggren, kedalaman, bentuk, ada pus, bau, terjadi poli dipsi, polifagi, poliuri, terkadang terjadi penurunan atau peningkatan pada berat badan, atau bahkan kehilangan bagian tubuhnya. Pada pemeriksaan B8 (*Endokrin*) pada tinjauan pustaka didapatkan masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan yang ditandai dengan adanya nekrotik pada ganggren, masalah keperawatan perubahan eliminasi urinaria yang ditandai dengan adanya poliuri dan nokturia, masalah keperawatan gangguan citra tubuh yang ditandai kehilangan bagian tubuhnya akibat luka yang sukar sembuh, masalah keperawatan harga diri rendah yang ditandai dengan bau luka pada ganggren. Pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, klien mengatakan sering minum, sering BAK, dan sering makan (poliuri, polidipsi, poliphagi), terdapat luka ganggren pada ibu jari kaki sebelah kiri, terdapat pus, bau pus khas, lebar luka  $\pm 2$ cm, kedalaman luka 0,5cm, ada pembengkakan pada daerah luka,

luka tampak kemerahan, tidak adanya nekrotik, klien mengatakan nyeri pada jari kelingking sebelah kanan, nyeri seperti ditusuk– tusuk, skala nyeri 8, nyeri timbul saat bergerak. Menurut opini penulis Tidak terdapat kesenjangan antara Tinjauan Pustaka dan Tinjauan Kasus.

## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

### **4.2.1 Diagnosa Keperawatan berdasarkan Tinjauan Pustaka**

Berdasarkan tinjauan pustaka, terdapat lima belas diagnosa keperawatan, antarlain:

4.2.1.1 Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan hiperventilasi.

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

4.2.1.3 Kekurangan volum cairan berhubungan dengan diuresis osmotik pada hiper glikemia.

4.2.1.4 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidak mampuan untuk mengabsorpsi nutrien.

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

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

4.2.1.7 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitas fisik.

4.2.1.8 Kelebihan volume cairan berhubungan dengan adanya kelebihan asupan natrium.

4.2.1.9 Perubahan eliminari urinaria berhubungan dengan poliuria dan nokturia.

4.2.1.10 Gangguan pola tidur berhubungan dengan nokturia.

4.2.1.11 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan, aktivitas terbatas, koma diabetik

4.2.1.12 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan kehilangan bagian tubuh.

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

4.2.1.14 Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

4.2.1.15 Resiko cidera berhubungan dengan penurunan kesadaran.

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan pada Studi Kasus

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

4.2.2.1 Nyeri Akut berhubungan dengan Penyumbatan pembuluh darah.

4.2.2.2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akibat penumpukan pus.

4.2.2.3 Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien.

4.2.2.4 Kerusakan Integritas jaringan berhubungan dengan agen cedera biologis.

#### 4.2.3 Prioritas Diagnosa Keperawatan pada Studi Kasus.

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

4.2.3.1 Nyeri Akut berhubungan dengan Penyumbatan pembuluh darah.

4.2.3.2 Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorpsi nutrisi.

Walaupun pada tinjauan pustaka tidak didapatkan diagnosa tentang nyeri akut berhubungan dengan Penyumbatan pembuluh darah. tetapi pada tinjauan kasus didapat diagnosa nyeri akut berhubungan dengan Penyumbatan pembuluh darah. Dengan data objektif klien mengatakan ada luka pada jari kelingking sebelah kanan tampak ada luka pada jari kelingking kaki sebelah kanan, terdapat pus, tampak bengkak pada jari kelingking yang luka, luka merah, tidak adanya nekrotik, keadaan umum lemah.

Pada tinjauan pustaka didapat diagnosa ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorpsi nutrisi. Pada tinjauan kasus didapatkan hasil yaitu ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi dengan data objektif yang mendukung yaitu klien mengatakan porsi makan setengah habis, keadaan lemah, keadaan umum lemah bising usus 12x/menit.

### 4.3 Intervensi

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

4.3.1 Intervensi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan Penyumbatan pembuluh darah.

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

teknik relaksasi dan distraksi. Kolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian *analgesic* (Injeksi Antrain 3 x2ml). Lakukan prosedur rawat luka aseptik.

#### 4.3.2 Intervensi diagnosa keperawatan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorpsi nutrisi.

Pada intervensi tinjauan pustaka dilakukan intervensi yang sama pada tinjauan kasus, alasannya karena data yang didapatkan klien mengatakan tidak nafsu makan, makan 2– 3 sendok setiap makan, klien mengatakan mual tetapi tidak muntah, keadaan umum lemah, bising usus 8x/menit, Hb 9,7g/dL. Diagnosa ini dijadikan prioritas karena yang paling dirasakan oleh klien. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil nafsu makan meningkat, Hb normal (12.0–18.0g/dL), konjungtiva berwarna merah muda atau tidak anemis, dilakukan intervensi bina hubungan saling percaya, observasi bunyi usus dengan auskultasi, libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi jika diperlukan, lakukan penimbangan setiap hari, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.

#### 4.4 Implementasi

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

#### 4.4.1 Implementasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan Penyumbatan pembuluh darah.

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Nanda,2015) sama seperti tinjauan kasus. Dilakukan Mengobservasi lokasi, frekuensi dan reaksi nyeri yang dialami oleh klien mengobservasi skala nyeri (klien mengeluh nyeri seperti ditusuk–tusuk, skala nyeri 8), mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi, berkolaborasi dengan tim medis lain dengan pemberian *analgesic* ( Injeksi Antrain3x2ml), melakukan prosedur rawat luka aseptik. Menurut opini penulis untuk mengatasi nyeri yang dialami klien dapat dilakukan farmakologis dan non farmakologis yaitu dengan cara teknik relaksasi teknik relaksasi dengan nafas dalam melalui hidung lalu dikeluarkan melalui mulut secara perlahan dan teknik distraksi dengan mengalihkan nyeri misalnya berbicara sama tetangganya, menonton tv. Dan terapi farmakologis yaitu dengan injeksi antrain untuk mengurangi rasanyeri

#### 4.4.2 Implemmentasi diagnosa keperawatan ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidak mampuan mengabsorbsi nutrien.

Pada implementasi tinjauan pustaka menurut (Nanda,2015) sama seperti kasus. Dilakukan tindakan seperti membina hubungan saling percaya, mengobservasi bising usus dengan auskultasi bising usus 8x/menit, melibatkan keluarga dalam pemberian jika diperlukan, melakukan penimbangan BB setiap hari / pengukuran lingkaran lengan (lingkaran lengan 35 cm), berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian

nutrisi yang tepat (Diet DM 2100). Dapat dilakukan sesuai rencana karena klien cukup kooperatif.

#### **4.5 Evaluasi**

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

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

Pada akhir evaluasi semua tujuan dan kriteria hasil dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara perawat dan klien serta keluarga klien dan tim kesehatan lainnya. Hasil evaluasi pada TN.S Sudah sesuai dengan harapan, masalah teratasi sebagian dan klien KRS pulang pada. Sebelum KRS, penulis memberikan beberapa informasi terkait kesehatan klien, diantaranya:

- 4.5.1 Menganjurkan klien rutin mengikuti olah raga seperti senam lansia.
- 4.5.2 Menganjurkan mengonsumsi makanan dan minuman khusus untuk penderita diabetes.
- 4.5.3 Menganjurkan terapi alternatif seperti akupuntur dan yoga.
- 4s.5.4 Menganjurkan rutin usntuk kontrol dirumah sakit terdekat dan mengikuti

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, dan evaluasi pada tanggal 22 januari 2019 di ruang Bangsal Melati RSUD BANGIL – PASURUAN.

Data diambil tanggal : 22 januari 2019

Tanggal MRS : 19 januari 2019

No. Rekam medis : 00385xxx

Diagnosa Medis : Ulkus pedis + Gastritis

#### **3.1 Identitas Klien**

Pasien atas nama Tn. K berusia 55 tahun, berjenis kelamin laki-laki, bersuku jawa, beragama islam, pekerjaan sebagai seorang petani, dan beralamatkan di Dsn. Krontorejo kec. Lumbang Kab. Pasuruan.

Untuk penanggung jawab pembiayaan selama perawatan adalah Ny. S yang merupakan istri dari pasien berusia 50 tahun, berjenis kelamin perempuan, bekerja sebagai ibu rumah tangga, dan beralamatkan di Dsn. Krontorejo Kec. Lumbang Kab. Pasuruan.

#### **3.2 Riwayat Keperawatan**

##### **3.2.1 Riwayat Penyakit Sekarang**

3.2.1.1 Keluhan Utama : Pasien mengatakan nyeri pada luka di kaki.

### 3.2.1.2 Riwayat Penyakit Saat Ini

Pasien mengatakan perutnya sakit disertai dengan mual muntah kurang lebih sudah 4x sehari sejak 15 hari yang lalu disertai dengan pusing, Pasien juga mengatakan kakinya sakit ada lukanya. P: Adanya luka gangren pada kaki kanan bawah (Area mata kaki), Q : Nyeri terasa panas dan cekot-cekot, R: Nyeri pada luka gangren di kaki kanan, S: Skala nyeri 6, T: Nyeri terus menerus.

Masalah Keperawatan : Nyeri Akut

### 3.2.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

#### 3.2.2.1 Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

##### 1) Penyakit yang pernah di derita :

Pasien mengatakan menderita penyakit diabetes militus sejak 5 bulan yang lalu

##### 2) Operasi : Pasien mengatakan tidak pernah menjalani operasi sebelumnya.

##### 3) Alergi : Pasien mengatakan tidak memiliki alergi

### 3.2.3 Riwayat Kesehatan Keluarga

#### 3.2.3.1 Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga :

Pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit turunan

#### 3.2.3.2 Lingkungan rumah dan komunitas :

Pasien mengatakan lingkungan rumahnya bersih

#### 3.2.3.3 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan :

Pasien mengatakan tidak merokok, seluruh anggota keluarganya juga tidak ada yang merokok, tetapi pasien mempunyai kebiasaan minum kopi manis setelah beraktivitas.

#### 3.2.4 Status cairan dan nutrisi

3.2.4.1 Nafsu makan : Sebelum sakit tidak ada penurunan nafsu makan 3x1 porsi makan habis, saat sakit hanya menghabiskan makan 3x1/2 porsi

3.2.4.2 Pola makan : Sebelum sakit makan teratur 3x1 porsi, saat sakit pasien juga makan teratur 3x1.

3.2.4.3 Minum : Pasien mengatakan mengkonsumsi air putih

3.2.4.4 Jumlah :  $\pm 3000$  cc/hari

3.2.4.5 Pantangan Makan : Kurangi Konsumsi gula berlebih

3.2.4.6 Menu makanan/diet sekarang : Hindari makanan manis.

3.2.4.7 Berat badan sebelum dan saat sakit tetap tidak mengalami penurunan yaitu 55 kg.

3.2.4.8 Keluhan lain : Porsi makan tidak habis karena tidak suka menu RS

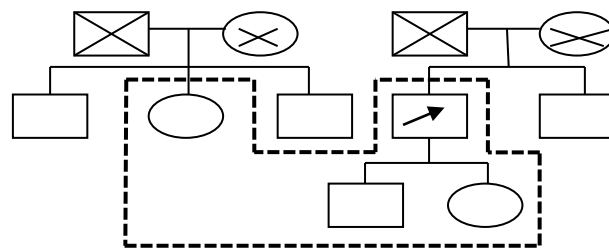
Konjungtiva anemis HB; 6,52 g/dl

RBC ; 2,232 eb/ul

Masalah Keperawatan :Resiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

### 3.3 Genogram (3 generasi)

**Tabel 3.1 Genogram 3 Generasi Pada Tn.K dengan diagnosa medis Diabetes Milletus di Ruang Melati**



Keterangan :

○ : Laki-laki

□ : Perempuan

▣ : Pasien

⊗ : Meninggal

----- : tinggal satu rumah

### 3.4 Pemeriksaan fisik

#### 3.4.1 Keadaan umum :

Keadaan umum pasien composmentis GCS, 4-5-6

#### 3.4.2 Tanda vital

3.4.2.1 Tensi : 100/70 mmHg.

3.4.2.2 Suhu : 36,7°C Lokasi pemeriksaan : Axilla

3.4.2.3 Nadi : 98x/mnt

#### 3.4.2.4 Respirasi : 22x/mnt

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.4.3 Respirasi (B1)

3.4.3.1 Bentuk dada : Normal *cest*.

3.4.3.2 Susunan tulang belakang : Normal.

3.4.3.3 Irama nafas teratur, tidak ada gangguan irama pernafasan.

3.4.3.4 Tidak ada retraksi otot bantu nafas.

3.4.3.5 Vokal fremitus : Getaran pada punggung sisi kanan dan kiri sama.

3.4.3.6 Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.4.4 Kardiovaskuler (B2)

3.4.4.1 Nyeri dada : Tidak ada nyeri dada

3.4.4.2 Irama jantung teratur.

3.4.4.3 Pulsasi kuat, posisi ICS IV midclavikula sinistra ICS V midternalis dextra.

3.4.4.4 Bunyi jantung S1,S2 tunggal.

3.4.4.5 Tidak ada bunyi jantung tambahan.

3.4.4.6 Tidak ada cianosis.

3.4.4.7 Tidak ada clubbing finger.

3.4.4.8 JVP : tidak ada pembesaran JVP

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

#### 3.4.5 Persyarafan (B3)

3.4.5.1 kesadaran : composmentis.

3.4.5.2 Orientasi : pada saat pengkajian pasien tampak kooperatif.

3.4.5.3 Kejang : tidak ada kejang.

3.4.5.4 Kaku kuduk : tidak ada kaku kuduk.

3.4.5.5 Brudzinky : tidak ada.

3.4.5.6 Nyeri kepala : pasien mengatakan tidak ada nyeri kepala tetapi pusing.

3.4.5.7 Istirahat / tidur : sebelum sakit pasien mengatakan tidur siang selama 2-3 jam/hari, malam hari pasien tidur selama 6-7 jam/hari. Pada saat sakit pasien tidur siang 2-3 jam/hari, malam 8jam/hari.

3.4.5.8 Kelainan nervus cranialis : tidak ada.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3.4.6 Genetourinaria (B4)

3.4.6.1 Bentuk alat kelamin : tidak terkaji.

3.4.6.2 Libido : tidak terkaji.

3.4.6.3 Kebersihan : tidak terkaji.

3.4.6.4 Frekuensi berkemih :  $\pm 5x$ /hari

1) Frekuensi berkemih teratur

2) Jumlah kencing 2500cc/hari.

3) Bau : khas urin

4) Warna : kuning jernih.

5) Tempat yang digunakan : cateter sejak tanggal 21 Januari 2019.

3.4.6.5 alat bantu yang digunakan : menggunakan selang cateter.

Masalah keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3.4.7 Pencernaan (B5)

3.4.7.1 Mulut : bersih.

1) Mukosa : lembab

2) Bibir : normal.

- 3) Gigi : bersih.
- 4) Kebiasaan gosok gigi : di rumah 2x/sehari.
- 5) Tidak terdapat nyeri pada gastritis.

Masalah keperawatan ; tidak ada masalah keperawatan

3.4.7.2 tenggorokan : tidak ada kesulitan menelan.

3.4.7.3 Abdomen :

1. Peristaltik : 9x/mnt

3.4.7.4 kebiasaan BAB : saat dirumah 2x/hari, dirumah sakit 1x/hari. Konsistensi padat, warna kuning, bau khas feses, tempat yang digunakan pampers.

3.4.7.5 Masalah eliminasi alvi : tidak ada masalah.

3.4.7.6 Pemakaian obat pencahar : tidak ada penggunaan obat pencahar.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.4.8 Muskuluskeletal dan integumen (B6)

3.4.8.1 kemampuan pergerakan sendi dan tungkai (ROM) : Bebas.

3.4.8.2 Kekuatan otot :

5		5
4		5

3.4.8.3 fraktur : tidak ada.

3.4.8.4 Dilokasi : tidak ada.

3.4.8.5 kulit bersih.

3.4.8.6 Akral hangat.

3.4.8.7 Turgor kulit <2 detik.

3.4.8.8 kelembapan : lembab.

3.4.8.9 Oedema : tidak ada oedema.

3.4.8.10 kebersihan kulit : bersih.

3.4.8.11 kemampuan melakukan ADL total : pasien terbaring di tempat tidur dengan raut tampak merintih kesakitan.

3.4.8.12 lain lain : Adanya ulkus di kaki kanan bawah area mata kaki, pasien mengatakan membutuhkan bantuan untuk berjalan.

Karakteristik ulkus : grade 4 , frekuensi 3

Jumlah : 1 ulkus

Lokasi : kaki kanan

Kulit sekitar kulit edema : berat (kaki dan tungkai)

Warna : pucat gelap

Masalah keperawatan : Hambatan mobilitas fisik, Kerusakan integritas jaringan.

3.4.9 Penginderaan (B7)

3.4.9.1 Mata : Pupil isokor, reflek cahaya sensitif mengecil saat terkena cahaya, konjungtiva anemis, sklera putih, palpebra simetris, ketajaman penglihatan normal, tidak ada alat bantu penglihatan.

3.4.9.2 Hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak ada sekret, ketajaman penciuman normal.

3.4.9.3 Telinga : bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, tidak ada keluhan, ketajaman pendengaran normal, tidak ada alat bantu pendengaran.

3.4.9.4 Perasa : pasien mampu merasakan asam, manis, pahit, dan asin dengan baik.

3.4.9.5 Peraba : pasien mengatakan kadang kadang kaki kirinya mati rasa.

Masalah keperawatan : Resiko cedera.

3.4.10 Endokrin (B8)

3.4.10.1.1 Pembesaran kelenjar thyroid : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.

3.4.10.2 Tidak ada pembesaran kelenjar parotis.

3.4.10.3 Terdapat luka gangren, terdapat pus, bau khas gangren, lokasi pergelangan kaki sebelah kanan.

Masalah keperawatan : Kerusakan integritas jaringan

3.4.11 Data Psikososial

3.4.11.1 Gambaran diri/citra diri. Tanggapan tentang dirinya baik, pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuhnya, pasien mengatakan tidak ada anggota tubuh yang tidak disukai, tidak ada persepsi terhadap kehilangan anggota tubuh.

3.4.11.2 identitas, pasien dikeluarga sebagai kepala keluarga, pasien mengatakan puas dengan perannya sebagai ayah, pasien puas menjadi laki-laki.

3.4.11.3 Peran, pasien puas terhadap perannya, pasien sanggup melaksanakan perannya sebagai kepala keluarga.

3.4.11.4 Ideal diri, pasien merasa puas dengan dirinya, pasien puas terhadap pekerjaannya, pasien puas dalam menjalankan perannya dalam keluarga, pasien puas terhadap pekerjaannya, pasien selalu berdoa agar keluarganya selalu harmonis, pasien ingin agar masyarakat selalu baik terdapatnya dan keluarganya, pasien juga mengatakan ingin cepat sembuh lebih cepat agar bisa kembali beraktivitas.

3.4.11.5 Harga diri, pasien mengatakan puas terhadap dirinya.

3.4.11.6 Data sosial, hubungan pasien dengan keluarga sangat baik, hubungan pasien dengan pasien yang lain baik, pasien mengatakan keluarga sangat mendukung agar pasien segera sembuh.

Masalah keperawatan : Tidak ada Masalah keperawatan.

#### 3.4.12 Data Spiritual

3.4.12.1 Pasien percaya terhadap tuhan.

3.4.12.2 Pasien selalu mengandalkan tuhan untuk penyembuhannya.

3.4.12.3 Saat dirumah pasien sholat 5 waktu.

3.4.12.4 Pasien menggunakan sajadah untuk sarana beribada.

3.4.12.5 Pasien yakin untuk bisa sembuh.

3.4.12.6 Pasien menganggap sakit sebagai ujian dari tuhan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

3.4.12.7 Data penunjang

3.4.12.8 Laboratorium terlampir.

**Tabel. 3.2 hasil lab tanggal 22 januari 2019 pada Tn.K di ruang Melati Dengan Diagnosa Medis Diabetes Milletus.**

DARAH LENGKAP	HASIL	NILAI RUJUKAN
Leukosit (WBC)	4,624	3,70 – 10,1
Neutrofil	3,3	
Limfosit	1,0	
Monosit	0,3	
Eosinofil	0,0	
Basofil	0,0	
Neutrofil%	70,4%	39,3 – 73,7
Limfosit%	20,8%	18,0 – 48,3
Monosit%	7,4%	4,40 – 12,7
Eosinofil%	0,4%	0,600 – 7,30
Basofil%	1,0%	0,00 – 1,70
Eritrosit (RBC)	2,232 10e6/ul	4,6 – 6,2
Hemoglobin (HGB)	6,52 g/dl	13,5 – 18,00
Hematokrit (HCT)	18,47%	40 – 54
MCV	82,74 um	81,1 – 96,0
MCH	29,20 pg	27,0 – 31,2
MCHC	35,29 g/dl	31,8 – 35,4
RDW	14,23 %	11,5 – 14,5
PLT	333 10e3/ul	155 – 366
MPV	5,400 fl	6,90 – 10,6

3.4.12.9 EKG : tidak dilakukan.

3.4.12.10 X-Ray : tidak dilakukan

3.4.12.11 GDA : 350 mg/dl

3.4.12.12 Therapi pada tanggal 22 Januari 2019.

1)Infus Asering 14 TPM (1000ml) salah satu cairan infuse yang mampu membantu mencukupi gizi dan nutrisi. Asering masuk ke dalam golongan obat keras sehingga memerlukan pengawasan ketat dokter atau tenaga medis lainnya dalam menggunakan asering.

2) Injeksi Ceftriaxone 1 gr :obat yang digunakan untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri. Obat ini bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh.

3) Injeksi Santagesik 3 x 1 gr :obat yang digunakan untuk mengatasi nyeri akut atau nyeri kronik berat seperti sakit kepala, sakit gigi, tumor, nyeri pasca operasi dan nyeri pasca cidera.

4) Drip Omeprazol 8 mg/jam s/d 72 jam : obat yang digunakan dalam pengobatan penyakit refluks gastroesofagus, ulkus peptikum, dan sindrom Zollinger – Ellison. Obat ini juga digunakan untuk mencegah perdarahan saluran cerna atas pada orang yang beresiko tinggi. Obat ini diminum atau disuntikkan ke pembuluh darah.

Bangil, 22 januari 2019

Mahasiswa

Bagus Eka Windarta

### 3.5 Analisa Data

Tanggal : 22 januari 2019

Nama : Tn.K

Umur : 55 tahun

No. Rm : 00385xxx

Tabel 3.3 Analisa data pada Tn.k dengan Diagnosa Medis ulkus pedis + gastritis di Ruang Melati.

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds : pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan.</p> <p>P : adanya luka ganggren pada kaki kananbawah (area mata kaki)</p> <p>Q : nyeri terasa panas dan cekot – cekot</p> <p>R : nyeri pada luka ganggren di kaki kanan</p> <p>S : skala nyeri 6</p> <p>T : nyeri terus menerus</p> <p>Do :</p> <p>Pasien tampak menyeringai</p> <p>Ttv :</p> <p>Td:100/70m</p>	<p>Makrovaskuler</p> <p>↓</p> <p>Ekstremitas</p> <p>↓</p> <p>Ulkus</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	Nyeri akut

	<p>mHg, N:</p> <p>98x/mnt,</p> <p>RR:</p> <p>22X/mnt,</p> <p>S: 36,7°C</p>		
2.	<p>Ds : Pasien mengatakan luka pada kakinya sudah sejak 15 hari yang lalu.</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Luka gangren : (+)</li> <li>2) Pus (+)</li> <li>3) Bau khas gangren</li> <li>4) Lokasi disekitar pergelangan kaki kanan.</li> </ol>	<p>Ulkus</p> <p>↓</p> <p>Kurang perawatan</p> <p>↓</p> <p>Kurang vaskularisasi</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p>	<p>Kerusakan integritas jaringan</p>
3.	<p>Ds : Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Terdapat luka gangren di kaki kanan</li> <li>2) Kekuatan otot</li> </ol>	<p>Penumpukan eksudat</p> <p>↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>

4.	<p style="text-align: center;">       5   5        —+—        4   5     </p> <p>3) Kaki pasien yang terdapat luka terlihat tidak ada pergerakan sama sekali.</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nafsu makannya berkurang karena tidak suka menu makan RS</p> <p>DO :</p> <p>1) Keadaan umum : baik</p> <p>2) Tanda- tanda vital, tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 84x/mnt, RR :20x/mnt</p> <p>3) Porsi makan tidak habis</p> <p>4) Bising usus 12x/mnt</p>	<p>Pemenuhan nutrisi yang tidak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</p>	<p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.</p>
----	---	---	--

### **3.6 Daftar Masalah Keperawatan**

3.6.1 Nyeri akut

3.6.2 Kerusakan integritas jaringan

3.6.3 Hambatan mobilitas fisik

3.6.4 ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

### **3.7 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas**

3.7.1 Nyeri akut berhubungan dengan iskemik jaringan.

3.7.2 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ulkus DM

3.7.3 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya luka gangren pada kaki kanan

3.7.4 Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan.

### 3.8 Rencana Tindakan Keperawatan

Tanggal : 22 januari 2019

Nama Pasien : Tn.K

Dx Medis : ulkus pedis + gastritis

No RM : 00385xx

Tabel 3.4 rencana tindakan pada Tn.K dengan diagnosa medis Ulkus pedis + gastritis di ruang Melati.

No Dx	Tujuan / kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1) Skala nyeri berkurang</p> <p>2) Wajah pasien tidak menunjukkan kesakitan</p> <p>3) Pasien mampu mengontrol nyeri</p> <p>4) Pasien</p>	<p>1) Observasi skala nyeri dan ttv</p> <p>2) Berilah pengalihan seperti reposisi dan aktivitas yang menyenangkan.</p> <p>3) Ajarkan distraksi dan relaksasi.</p> <p>4) Kolaborasi pemberian analgesik.</p>	<p>1) Untuk mengetahui skala nyeri dan kondisi pasien</p> <p>2) Meningkatkan kenyamanan dengan mengalihkan perhatian pasien.</p> <p>3) Meningkatkan kontrol dari atas efek samping.</p> <p>4) Untuk mengurangi rasa nyeri.</p>

2.	<p>mengatakan nyeri berkurang.</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan integritas jaringan pada pasien kembali membaik dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perfusi jaringan normal</li> <li>2) Tanda – tanda infeksi berkurang</li> <li>3) Ketebalan dan tekstur jaringan normal.</li> <li>4) Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Observasi ttv</li> <li>2) Anjurkan pasien untuk mengenakan pakaian yang longgar.</li> <li>3) Monitor nutrisi pasien.</li> <li>4) Rawat luka gangren.</li> <li>5) Kolaborasi pemberian obat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Untuk memantau kondisi pasien.</li> <li>2) Mempermudah perawat untuk merawat luka.</li> <li>3) Untuk mencegah terjadinya kekurangan nutrisi.</li> <li>4) Untuk mencegah terjadinya infeksi lebih parah.</li> <li>5) Untuk mempercepat penyembuhan.</li> </ol>
3.	Setelah dilakukan	1) Berikan / bantu	1) Bisa

	<p>tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tidak terjadi kontraktur sendi.</li> <li>2) Bertambahnya kekuatan otot.</li> <li>3) Pasien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan aktivitas.</li> </ol>	<p>pasien untuk melakukan latihan tentang gerak pasif dan aktif.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Berikan perawatan kulit dengan baik. Massage titik yang tertekan setelah rehap perubahan dibawah penjepit dengan periode waktu tertentu.</li> <li>3) Kolaborasi dengan pemberian analgetik sesuai dengan program dan manfaatnya.</li> <li>4) Rujuk pasien untuk</li> </ol>	<p>meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan rentang gerak pasif dan aktif.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Untuk berhenti keberadaan tekanan pada daerah penonjolan tulang</li> <li>3) Penggunaan analgetik yang berlebihan bisa issa perhatian dan ini mnyulitksn defisit neurologis lebih lanjut</li> <li>4) Pasien yang</li> </ol>
--	---	---	--

4.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan</p>	<p>konsultasi psikologis kapan kelemahan motorik, sensorik, dan jamur seksi terjadi permanen.</p> <p>5) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik pasien.</p> <p>1) Bina hubungan saling percaya.</p>	<p>meningkat kehilangan fungsi tubuh permanen akan terasa sedih. Semakin besar berarti kehilangan semakin dalam lama reaksi kesedihan yang dialami.</p> <p>5) Menurunkan resiko terjadinya iskemi jaringan oleh sirkulasi daerah yang jelek pada daerah yang tertekan.</p> <p>1) Agar pasien lebih kooperatif saat dikaji.</p>
----	---	--	--

	<p>selama 2x 24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi dengan,</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hb normal(12.0–18.0g/dL)</li> <li>2) Konjungtiva berwarna merah muda atau tidak anemis.</li> <li>3) Keadaan umum baik</li> <li>4) Porsi makan habis.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Observasi bising usus dengan auskultasi.</li> <li>3) Libatkan keluarga dalam pemberian nutrisi.</li> <li>4) Lakukan penimbangan setiap hari.</li> <li>5) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian nutrisi yang tepat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Untuk mengetahui adanya peningkatan/penurunan bising usus.</li> <li>3) Untuk mempermudah dalam pemenuhan nutrisi.</li> <li>4) Untuk mengetahui adanya penurunan dan peningkatan berat badan.</li> <li>5) Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</li> </ol>
--	--	---	--



### 3.9 Implementasi Keperawatan


Nama Pasien : Tn.K

No RM : 00385xx

Umur : 55th

Tabel 3.5 Implementasi keperawatan pada Tn.K dengan diagnosa medis ulkus pedis di Ruang Melati

No Dx	Tanggal	Jam	Implementasi	Nama / Tanda tangan
1.	22 januari 2019	07.00 07.30	Mengganti cairan KN2 Memantau skala nyeri pasien , skala nyeri 6 Mengajarkan teknik relaksasi (nafas dalam)	
2.	23 januari 2019	07.00 07.30 08.00	Memberikan obat inj santagesik 3x2ml Inj. Ceftri 1gr Mengganti cairan KN2	
3.	24 januari 2019	16.00	Memantau skala nyeri pasien , skala nyeri 6 Mengajarkan teknik relaksasi (nafas dalam) Memberikan obat inj santagesik 3x2ml Inj. Ceftri 1gr	

		<p>Memonitor mpbilitas dan aktivitas skala nyeri pasien.</p> <p>P: adanya luka ganggren pada kaki kanan bawah</p> <p>Q: nyri terasa panas dan cekot-cekot</p> <p>R: nyeri pada luka ganggren di kaki kanan</p> <p>S: skala nyeri 6</p> <p>T: nyeri terus menerus</p> <p>Memonitor nutrisi pasien.</p> <p>Memberikan obat injeksi santagesik 3x2ml</p> <p>Injeksi ceftri 1gr</p>	
--	--	---	---



### 3.10 Catatan Perkembangan

Nama Pasien : Tn.K

Umur : 55 tahun

No RM : 00385xx

Tabel 3.6 catatan perkembangan pada Tn.K Dengan Diagnosa Medis ulkus pedis + gastritis di Ruang Melati.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
22 januari 2019	Nyeri akut b.d iskemik jaringan	S : pasien mengatakan nyeri berkurang.  O : Td : 100/80 mmHg, N: 98x/mnt, RR : 22x/mnt, S: 36,7°C, wajah pasien tampak menyeringai.  A: Masalah teratasi sebagian.  P : Intervensi dilanjutkan/	  
23 januari 2019.	Kerusakan integritas jaringan b.d ulkus DM	S : -  O : Pus berkurang. TD: 100/80 mmHg, N : 98x/mnt, RR : 22x/mnt, S: 36,7°C  A: Masalah teratasu sebagian.  P : intervensi dilanjutkan.	




### 3.11 Evaluasi keperawatan

Nama Pasien : Tn.K

Umur : 55 tahun

No. RM : 00385xx

Tabel 3.7 evaluasi keperawatan pada Tn.K Dengan Diagnosa Medis ulkus pedis + Gastritis di Ruang Melati.

Tanggal	Diagnosa keperawatan	Evaluasi	Paraf
24 januari 2019.	Nyeri akut b.d iskemik jaringan	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang. O : skala nyeri 2, TD: 100/80mmHg, S:36,7°C, RR : 22x/mnt,N:98x/mnt. A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan pasien pulang.	 
24 januari 2019.	Kerusakan integritas jaringan b.d ulkus DM	S : pasien mengatakan luka sudah agak mengecil O : pus berkurang, TD : 100/80mmHg,S: 36,7°C, RR: 22x/mnt,N: 98x/mnt A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan pasien pulang.	

## DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association. (2013). *Classification of Diabetes Mellitus Diagnostic*. Alexandria American Diabetes Association
- Ana. (2015). 15 Cara Mencegah Diabetes Mellitus. *www. halosehat.com*  
Diakses pada tanggal 1 Agustus 2016 pada pukul 19.50 WIB.
- Anisa. (2017). *Gambar Kerangka Masalah Diabetes Mellitus*
- Anonim. (2014). Chapter II. *www.repository.usu.ac.id.* Diakses pada 20 Agustus 2016 pada pukul 20.00 WIB.
- Dedik. (2014). *Angka Penderita Diabetes dan Hipertensi di Kota Delta*. *www. Pressreade.com*. Diakses pada tanggal 1 juni 2016 pada pukul 13.00 WIB.
- Deongoes, Marilyn. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan. Alih bahasa I MadeKariasa*. Jakarta: EGC.
- Ernawati. (2013). *Penatalaksanaan Keperawatan Diabetes Mellitus Terpadu*. Jakarta: Mitra Wacana Medika.
- Fauzi, Isma. (2014). *Buku Pintar Deteksi Dini Gejala, dan Pengobatan Asam Urat, Diabetes Mellitus dan Hipertensi*. Jakarta: Araska.
- Geria, I Gusti Made dan Erna Haryati. (2014). *Hubungan Faktor Risiko Umur, jenis Kelamin, Kegemukan dan hipertensi dengan Kejadia DM 11 di wilayah Kerja Puskesmas Matram*. *www.lpsdimataram.com*. Diakses pada tanggal 29 agustus 2016 pada pukul 21.00 WIB.

- Kusniawati. (2011). *Analisis faktor yang Berkontribusi Terhadap Self care Diabetes Pada Klien DM Tipe II di Rumah Sakit Umum Tangerang*. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Ndraha,Suzanna. (2014).*Diabetes Mellitus Tipe 2 dan Tata laksana Terkini*. Jakarta: Departement Penyakit Dalam,FK Universitas Krida Wacana.
- Nurarif,Amin Huda dan Hardhi Kusuma. (2015).*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic – Noc*.Jogjakarta: Mediaction.
- Purnamasari,Endah. (2011).*Diabetes Mellitus dengan Penyulit Kronis*. [www.indonesia.digitaljournals.org.com](http://www.indonesia.digitaljournals.org.com). Diakses pada tanggal 28 Mei 2016 pada pukul 18.00 WIB.
- Sari, Diana Novita. (2015).*Hubungan Kepatuhan Diet dengan Kualitas Hidup pada Penderita Diabetes Mellitus di RSUD Dr. Perngadi Medan*. [www. Repository.usu.ac.id](http://www.Repository.usu.ac.id). Diakses pada tanggal 30 Mei 2016 pada pukul 20.05 WIB.
- Sarumpeat, S. (2015).*Faktor Risiko Yang Mempengaruhi Kasus Diabetes Mellitus (DM) Komplikasi Gangren Di Rumah Sakit Umum Cut Meutia kabupaten Aceh*.
- Utara Tahun 2014. [www.repository.usu.ac.id](http://www.repository.usu.ac.id). Diakses pada taggal 29 Mei 2016 pada pukul 17.00 WIB.
- Sibarani,Rosintan. (2011).*Tinjauan Pola Makan pada Penderita Diabetes Mellitus rawat Jalan di RSU Dr. Pirngadi Medan Tahun 2010*. [www.repository.ac.id](http://www.repository.ac.id). Diakses pada tanggal 29 Mei pukul 20.25 WIB.

Soegondo,S., Soewondo,P., Subekti,I.(2011).*Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu. FKUI Indonesia.*

Tampubolon,Ellys. (2015).*Karakteristik Penderita Tipe 2 dengan Komplikasi yang Dirawat Inap di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 20122013.* [www.repository.usu.ac.id](http://www.repository.usu.ac.id). Diakses pada tanggal 29 Mei 2016 pada pukul 16.00 WIB.

Trisnawati, Shara Kurnia dan Soedijono Setyorogo (2013). *Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus Tipe II Di Puskesmas Kecamatan Cengkareng Jakarta Barat Tahun 2012.* [www.lp3m.thamrin.ac.id](http://www.lp3m.thamrin.ac.id). Diakses pada tanggal 7 September 2016 pada pukul 20.40 WIB.

Wijaya,Andra Saferi dan Yessie Mariza Putri. (2013).*Keperawatan Medikal Bedah 2 Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep.* Jogjakarta: Nuha Medika.

***INFORMED CONSENT***

Judul: “**Asuhan Keperawatan Pada Tn.K Dengan Diagnosa Medis Ulkus Pedis + Gastritis Di Ruang Melati RSUD BANGIL**”.

Tanggal pengambilan studi kasus 06 Bulan Januari Tahun 2019

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

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

Saya. Nona/Nyonya/Tuan **Tn.K**.....

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

Tanda tangan.....Partisipan

(.....)

Tanda Tangan.....Saksi

(.....)

Tanda Tangan.....Peneliti

(.....)



**YAYASAN KERTA CENDEKIA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA**

Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232  
Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497  
Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 24/BAAK/XI/2018  
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

Sidoarjo, 29 November 2018

**Yth. Direktur RSUD Bangil  
Pasuruan**

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir, Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2018 – 2019, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa kami,

No.	Nama	NIM	Judul KTI
1.	Bagus eka Windarta	1601038	Asuhan Keperawatan Pada Tn.K Dengan Diagnosa Medis Ulkus Pedis + Gastritis Di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil

Untuk melakukan pengambilan data studi kasus sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur,

Agus Sulistyowati, S. Kep, M.Kes



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153  
Telp. (0343) 744900; 747789 Faks. (0343) 744940,747789



Pasuruan, 21 September 2018

Nomor : 445.1/2191.19/424.202/2018  
Lampiran : -  
Hal : Persetujuan Pengambilan  
Data

Kepada  
Yth. Direktur Akademi Keperawatan  
Kerta Cendekia  
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul  
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 24/KM/IX/2018 tanggal 12 September 2018 perihal Permohonan Studi Pendahuluan atas nama:

Nama : Bagus Eka Windarta  
NIM : 1601038  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.K Dengan Diagnosa Medis Ulkus Pedis + Gastritis Di Ruang Bangsal Melati RSUD Bangil

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Data Awal di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 19 – 26 September 2018.

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL  
KABUPATEN PASURUAN  
Kepala Bidang Penunjang

u.b.

Kasi Diklat

DIDIK MARIYONO, SKM.

Penata Tingkat I

NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan