**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.N DENGAN  
GANGREN DIABETIKUM DI RUANG RAWAT INAP  
BEDAH RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI  
TAHUN 2016  
OLEH :  
FUADIL ULUM  
NIM : 13103084015388  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS PADANG  
TAHUN 2016**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.N DENGAN  
GANGREN DIABETIKUM DI RUANG RAWAT INAP  
BEDAH RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI  
TAHUN 2016  
LAPORAN STUDI KASUS  
*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan  
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*OLEH :  
FUADIL ULUM  
NIM : 13103084015388  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS PADANG  
TAHUN 2016**  
**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang  
Program Studi DIII Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2016  
FUADIL ULUM  
13103084015388  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.N DENGAN GANGRE DIABETIKUM  
DI RUANG RAWAT INAP BEDAH RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2016  
V BAB + 97 halaman + 3 Gambar + 5 Tabel + 3 Lampiran**Abstrak  
*Ulkus* kaki *diabetik* sebagai komplikasi kronis *Diabetes Mellitus*, dimana sebanyak 15-25%  
penderita *Diabetes Mellitus* akan mengalami *ulkus* kaki *diabetik*, *ulkus* tersebut dapat  
berkembang menjadi kematian jaringan, yang apabila tidak ditangani dengan baik secara  
*intensive* dapat menyebabkan *gangren*, yang pada penderita *diabetes mellitus* disebut dengan  
*gangren diabetik*. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan  
Keperawatan pada pasien dengan *gangren diabetikum* diruang rawat inap bedah RSAM  
Bukitinggi Tahun 2016. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Ny.N yaitu keluarga klien  
mengatakan makan klien kurang, klien hanya makan sedikit dari porsi yang diberikan,  
keluarga klien mengatakan terdapat 2 luka di kaki klien, keluarga klien mengatakan klien  
mengeluh nyeri di kakinya, keluarga klien mengatakan anggota gerak kanan klien lemah,  
klien mengatakan klien tidak bisa berbicara karena klien pelo dan tidak bisa menggerakkan  
bibirnya, keluarga klien mengatakan klien pernah dirawat di rumah sakit yang sama pada  
tahun 2014 dengan stroke. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah pada Ny.N yaitu  
perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan, kerusakan integritas kulit, nyeri akut, hambatan  
mobilitas fisik, kerusakan komunikasi verbal. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka  
disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu  
pada tujuan dan kriteria hasil. Untuk mencegah meningkatnya *Gangren Diabetikum*disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan perawatan yang *intensive* dan  
memberikan informasi yang memadai kepada pasien mengenai *Gangren Diabetikum* itu  
sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan di perolehnya informasi yang cukup maka pencegahan  
pun dapat dilakukan dengan segera.  
**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Mellitus, Gangren Diabetikum  
Daftar Pustaka : 21 (1994-2015)**  
***High School of Health Science Perintis Padang  
Diploma III study of nursing program  
scientific papers, July 2016  
FUADIL ULUM  
13103084015388  
NURSING CARE CLIENT NY.N WITH DIABETIC GANGRENE IN THE SURGERY  
INPATIENT HOSPITAL DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI 2016  
V CHAPTER + 97 Pages + 3 Picture + 5 Tabels + 3 Attachment****Abstract  
Diabetic foot ulcers as chronic complications of Diabetes Mellitus, where as many as 15-25%  
of people with Diabetes Mellitus will experience diabetic foot ulcers, ulcers may develop into  
tissue death, which, if not handled properly that extensively can lead to gangrene, which in  
people with diabetes mellitus called with diabetic gangrene. The purpose of this report is able  
to perform nursing care in patients with diabetic gangrene in the surgery inpatient Hospital  
RSAM Bukitinggi 2016. The report found the data on Ny.N case that the client's family say  
eat less client, the client only eat a little of a given portion, family client says there are two  
wounded in the leg client, the client's family said clients complained of pain in his legs, the  
client's family said limb right clients is weak, the client telling the client could not speak  
because the client slurred speech and could not move his lips, the client's family said that  
clients had been treated at home same hospital in 2014 with a stroke. The assessment results  
obtained on Ny.N problem is lack of demand changes in nutrition, damage to skin integrity,  
acute pain, physical mobility barriers, verbal communication breakdown. Based on the above  
nursing problems then drafted a plan and implement nursing actions and evaluation refers to  
the objectives and expected outcomes. To prevent the escalation of Diabetic Gangrene  
suggested to the institution hospital to do intensive care and provide adequate information to  
patients about Diabetic Gangrene it self and its aspects. Obtain it with sufficient information  
on the prevention can be done immediately.****Keywords : Nursing Care, Diabetes Mellitus, Diabetic Gangrene  
Bibliography : 21 (1994-2015)***  
  
  
**HALAMAN PERSEMBAHAN***Sujud syukurku kupersembahkan padamu ya Allah, Tuhan yang Maha Pengasih, Maha Penyayang, Maha  
Segalanya, atas takdirmu telah engkau jadikan aku manusia yang senantiasa berpikir, berilmu, beriman dan  
bersabar dalam menjalani kehidupan ini. Engkau telah memberikanku nikmat yang sangat manis, engkau berikan  
aku kesempatan untuk bisa sampai di penghujung awal perjuanganku, semoga keberhasilan ini menjadi satu  
langkah awal bagiku untuk meraih cita-cita besarku. Ya Allah, detik demi detik di hidupku telah aku jalani dengan  
jalan takdir yang telah engkau gariskan, saat ini ku menangis bahagia meratapi takdir itu, begitu indah, begitu  
indah dan sekali lagi begitu indah. Ada kala ku menangis dan ada kala ku bahagia, bertemu dengan orang-orang  
yang memberiku sejuta pengalaman dan melukiskan warna-warni di hidupku. Segala Puji bagi Mu ya Allah.  
Hari ini telah tiba, hari yang paling bersejarah di awal perjuangan hidupku. Langkah awal ku untuk  
menggapai cita-cita yang selama ini ku impikan dan langkah awal untukku membahagiakan kedua orang tuaku  
serta keluargaku. Tiga tahun yang ku jalani dengan penuh kesabaran ini akhirnya berbuah tangis kebahagiaan  
untukku dan untuk mereka yang menyayangiku.  
K[ry[ Tulis Ilmi[h ku ini kupersem\[hk[n untuk Ay[h[nd[ {H.ALI DESMAN }“[\[k, terim[ k[sih [t[s  
didikanmu, terima kasih atas segala perjuanganmu yang telah membesarkanku, dan menyekolahkanku sampai ke  
tahap ini. Maafkan aku yang selalu membuatmu marah dengan semua sifat kekanakanku, kecewa dan kesal dengan  
setiap kegagalan yang pernah ku alami di masa dahulu. Ananda berjanji akan selalu berusaha menjadi yang terbaik  
di matamu dan berjanji akan membuatmu bangga. Sekarang anakmu sudah menjadi seorang perawat, Ananda akan  
menj[g[ d[n mer[w[tmu. Terim[ K[sih A\[k”. D[n K[ry[ Tulis Ilmi[h ini kupersem\[hk[n untuk I\und[  
{Hj.TITIEN SUMARNI} “i\u, terim[ k[sih \[ny[k \u [t[s k[sih s[y[ng y[ng ti[d[ du[ny[, engk[u l[ks[na  
penyejuk hati disaatku jatuh, engkau pelita disaatku berada dalam kegelapan. Beribu kata pun kuucapkan takkan  
mampu mengungkapkan rasa terima kasihku yang tulus dari lubuk hatiku yang paling dalam. Ibu, ibu, ibu, Ananda  
sangat menyayangimu dan abak. Terima kasih banyak bu, semoga Allah selalu melindungimu dan membalas setiap  
ke\[ik[nmu. R[\\ighfirli w[liw[lid[yy[ w[rh[mhum[ k[m[ r[\\[y[ni s[ghir[”. Sert[ kedu[ k[k[k ku ters[y[ng  
{REYZA DEFINA} d[n {ULTRI HANDAYANI} y[ng sel[lu mem\erik[n dorong[n, Do’[ dan semangat serta  
motiv[si y[ng mem\u[t ku terus \[ngkit d[ri keterpuruk[n m[s[ l[lu. “Terim[ k[sih uni untuk semu[ny[, [dikmu  
ini meny[y[ngimu”.*  
*Dan kupersembahkan kebahagiaan dan rasa terima kasih ini kepada seseorang yang sangat berjasa  
bagiku, seorang dosen yang luar biasa, seorang dosen yang menjadi sosok terfavorit bagi mahasiswanya, dan telah  
menjadi seperti kakakku dan seperti keluargaku sendiri, serta menjadi Penguji ku dalam menyelesaikan Karya Tulis  
Ilmiah Studi Kasus ini {Ns.VERA SESRIANTY,S.Kep} d[n su[miny[ {Ir.HENDRIA UTAMA} “Terim[ k[sih k[k,  
uda. Telah memberikan semangat, motivasi, bimbingan, dan bantuan dari awal perkuliahan sampai akhirnya  
[dikmu ini di wisud[” d[n kep[d[ seluruh st[ff peng[j[r DIII Keper[w[t[n y[ng \[giku sud[h seperti keluarga  
sendiri s[king dek[tny[, merek[ l[h {Ns.ENDRA AMALIA,M.Kep} K[.Prodi DIII Keper[w[t[n “i\u sud[h seperti  
or[ng tu[ s[y[, m[k[sih \[ny[k \u [t[s \im\ing[nny[ sel[m[ ini” {Ns.FALERISISKA YUNERE,M.Kep}  
Pem\im\ing Ak[demik ku y[ng s[ng[t lu[r \i[s[ “Terim[ k[sih \[ny[k p[k F[le” {B[p[k Ns.ANIL BASYA,S.Kep,  
Ibu Ns.KALPANA KARTIKA,S.Kep, Ibu YULI PERMATA SARI,M.Kep, Ibu Ns.ERNALINDA ROSYA,M.Kep} yang  
telah memberikanku ilmu yang sangat bermanfaat, yang tak ternilai harganya. Mudah-mudah ilmu yang Bapak/Ibu  
berikan bermanfaat bagiku dan bagi orang lai yang membutuhkan.  
Kemudian kepada sahabat-sahabatku dari S1 Keperawatan dengan sejuta cerita persahabatan kami  
{Iq\[l, Ruzi, Jun[, Neko, Feri, F[dli/C[p[ik, W[ndr[, Nov[} “k[li[n seperti kelu[rg[ku sel[m[ di Bukittinggi,  
terima kasih atas persahabat ini, kalian memang luar biasa, semua kenangan yang telah kita lalui akan selalu ku  
ingat, dimana saat kita lakukan hal-hal gila, dimana saat kita menangis, tertawa, berduka dan bahagia  
bersama. Dan terima kasih juga untuk kalian DIII Keperawatan angkatan XXV. Kawan.... terima kasih untuk  
segalanya, semua senyum dan tawa kalian akan mengiringi langkah ku selanjutnya. Semoga persahabatan kita  
abadi. Amin****FUADIL ULUM***  
i  
**KATA PENGANTAR**Penulis mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan  
Karunia-Nya, yang selalu dicurahkan kepada seluruh makhlukNya. Salawat serta  
salam dikirimkan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah dengan nikmat dan  
hidayahNya, penulis telah dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul  
“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.N dengan Gangren Diabetikum di Ruang  
Rawat Inap Bedah RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2016”.  
Penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan setulus-tulusnya kepada ibu  
Ns.Ida Suryati,M.Kep sebagai pembimbing, yang telah memberikan motivasi,  
nasehat dan bimbingan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis juga  
mengucapkan terima kasih kepada kakanda Ns.Vera Sesrianty,S.Kep sebagai  
penguji, yang telah banyak membantu penulis dalam berbagai hal. Selain itu penulis  
juga mengucapkan terima kasih kepada :  
1. Bapak Yendrizal Jafri,S.Kp,M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang  
2. Ibu Ns.Endra Amalia,M.Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan  
STIKes Perintis Padang  
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah  
memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah  
memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan  
4. Ibu Reni Susanti, S.Kp, M.Kep, Ns, Sp.Kep.MB selaku Kepala Ruangan Rawat  
Inap Bedah RSUD DR.Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatra Barat  
ii  
5. Bapak Ns.Falerisiska Yunere,M.Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah  
banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pedidikan.  
6. Bapak dan Ibu dosen pengajar D III Keperawatan STIKes Perintis Padang yang  
telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama penulis  
mengikuti pedidikan.  
7. Seluruh teman-teman, serta rekan-rekan mahasiswa lain yang telah banyak  
memberikan motivasi dan bantuan dalam bentuk apapun mulai saat pendidikan  
sampai terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.  
8. Terkhusus kepada kedua orang tuaku tercinta dan seluruh keluarga atas jerih  
payah, curahan kasih sayang, bantuan moril maupun material serta do’a yang  
tulus dan ikhlas demi kesuksesan Penulis.  
Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak  
kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dan kritikan yang  
bersifat membangun agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat lebih baik dan menuju  
kesempurnaan.  
Akhir kata kepada-Nya juga kita berserah diri, semoga Karya Tulis Ilmiah ini  
berguna dan bermanfaat bagi semua pihak. Amin  
Bukittinggi, Juli 2016  
Penulis  
iii  
**DAFTAR ISI  
Halaman  
HALAMAN SAMPUL  
HALAMAN JUDUL  
PERNYATAAN PERSETUJUAN  
PERNYATAAN PENGUJI  
KATA PERSEMBAHAN  
KATA PENGANTAR.................................................................................... i  
DAFTAR ISI................................................................................................... iii  
DAFTAR GAMBAR...................................................................................... v  
DAFTAR TABEL .......................................................................................... vi  
DAFTAR LAMPIRAN .................................................................................. vii  
BAB I PENDAHULUAN**1.1 Latar Belakang............................................................................ 1  
1.2 Tujuan Penulisan  
1.2.1 Tujuan Umum ................................................................. 3  
1.2.2 Tujuan Khusus ................................................................ 3  
1.3 Manfaat Penulisan  
1.3.1 Bagi Penulis .................................................................... 4  
1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan ................................................ 4  
1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit ............................................. 4  
**BAB II TINJAUAN TEORITIS**2.1 Konsep Dasar Gangren Diabetikum  
2.1.1 Pengertian........................................................................ 5  
2.1.2 Anatomi Fisiologi ........................................................... 7  
2.1.3 Etiologi............................................................................ 13  
2.1.4 Patofisiologi / WOC........................................................ 14  
2.1.5 Manifestasi Klinis ........................................................... 20  
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .................................................. 21  
2.1.7 Penatalaksanaan .............................................................. 22  
2.1.8 Komplikasi...................................................................... 27  
2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis  
2.2.1 Pengkajian....................................................................... 29  
iv  
2.2.2 Diagnosa.......................................................................... 34  
2.2.3 Intervensi......................................................................... 35  
2.2.4 Implementasi................................................................... 49  
2.2.5 Evaluasi........................................................................... 49  
**BAB III TINJAUAN KASUS**3.1 Asuhan Keperawatan  
3.1.1 Pengkajian....................................................................... 50  
3.1.2 Diagnosa Keperawatan……………………………. ...... 65  
3.1.3 Intervensi Keperawatan................................................... 66  
3.1.4 Catatan Perkembangan……………………………........ 71  
**BAB IV PEMBAHASAN**4.1. Pengkajian................................................................................... 86  
4.2. Diagnosa Keperawatan ............................................................... 88  
4.3. Intervensi Keperawatan .............................................................. 89  
4.4. Implementasi Keperawatan......................................................... 91  
4.5. Evaluasi....................................................................................... 93  
**BAB V PENUTUP**5.1. Kesimpulan ................................................................................. 95  
5.2. Saran .......................................................................................... 97  
**DAFTAR PUSTAKA  
LAMPIRAN**  
v  
**DAFTAR GAMBAR  
Gambar 2.1 Anatomi Pankreas .................................................................... 7  
Gambar 2.2 Perbedaan Fisiologis Orang Dengan Diabetes....................... 9  
Gambar 2.3 Anatomi Gangren Diabetikum ............................................... 11**  
vi  
**DAFTAR TABEL  
Tabel Intervensi Keperawatan Teori .......................................................... 35  
Tabel Data Biologis ........................................................................................ 57  
Tabel Analisa Data......................................................................................... 62  
Tabel Intervensi Kasus .................................................................................. 66  
Tabel Catatan Perkembangan ...................................................................... 71**  
vii  
**DAFTAR LAMPIRAN  
Lampiran 1 : Lembar Konsultasi  
Lampiran 2 : Lembar Daftar Hadir Ujian Pengamatan Kasus  
Lampiran 3 : Daftar Riwayat Hidup**  
1  
**BAB I  
PENDAHULUAN  
1.1 Latar Belakang***World Health Organization* (WHO) memperkirakan jumlah penduduk dunia  
yang menderita diabetes mellitus pada tahun 2030 diperkirakan akan meningkat  
paling sedikit menjadi 366 juta. Indonesia menempati urutan ke - 4 terbesar  
dalam jumlah penderita diabetes mellitus dengan prevalensi 8,6% dari total  
penduduk. Hal ini menunjukkan bahwa di Indonesia, penyakit diabetes mellitus  
merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sangat serius. Namun perhatian  
terhadap penanganan diabetes mellitus di negara berkembang masih kurang,  
terutama tentang komplikasi yang ditimbulkan akibat diabetes mellitus (Suyono,  
2006).  
Diabetes Mellitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang  
ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. (Brunner  
dan Suddarth, 2002). Definisi lain menyebutkan bahwa Diabetes Mellitus  
adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh  
karena adanya peningkatan kadar gula(glukosa) darah akibat kekurangan insulin  
baik absolut maupun relatif (Arjatmo, 2002).  
Komplikasi (menyebabkan terjadinya penyakit lain) yang paling banyak dimiliki  
penyakit Diabetes Mellitus. Hal ini dikarenakan kadar gula darah yang tinggi  
terus menerus, sehingga berakibat rusaknya pembuluh (*aterosklerosis,  
makroangiopati, retinopati diabetikum*, ulkus sehingga mengakibatkan  
2  
amputasi), saraf *(mononeuropati, polineuropati diabetikum),* dan struktur  
internal lainnya *(makroangiopati*).  
Ulkus kaki diabetik sebagai komplikasi kronis Diabetes Mellitus, dimana  
sebanyak 15-25% penderita Diabetes Mellitus akan mengalami ulkus kaki  
diabetik di dalam hidup mereka (Singh dkk., 2005). Ulkus tersebut dapat  
berkembang menjadi kematian jaringan, yang apabila tidak ditangani dengan  
baik secara intensive dapat menyebabkan gangren, yang pada penderita diabetes  
mellitus disebut dengan gangren diabetik. Gangren diabetik merupakan suatu  
komplikasi yang ditimbulkan akibat infeksi atau suatu proses peradangan luka  
pada tahap lanjut yang disebabkan karena perubahan degeneratif atau perawatan  
yang kurang intensive, yang dikaitkan dengan penyakit diabetes mellitus. Infeksi  
pada kaki diabetes dapat terjadi pada kulit, otot dan tulang yang umumnya dapat  
disebabkan oleh kerusakan dari pembuluh darah, syaraf dan menurunnya aliran  
darah kedaerah luka.  
Dari penjelasan diatas, maka penulis tertarik untuk mengetahui lebih lanjut  
bagaimana menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Gangren  
Diabetikum diruang rawat inap bedah RSAM Bukitinggi Tahun 2016.  
3  
**1.2 Tujuan Penulisan  
1.2.1 Tujuan Umum**Mampu memahami, menerapkan dan mendokumentasikan asuhan  
keperawatan dengan pasien serta mendapatkan pengalaman nyata tentang  
asuhan keperawatan medikal bedah dengan gangren diabetikum diruang  
rawat inap bedah RSAM Bukitinggi Tahun 2016.  
**1.2.2 Tujuan Khusus**1.2.2.1 Mampu menyusun konsep dasar asuhan keperawatan pada klien dengan  
Gangren Diabetikum diruang rawat inap bedah RSAM Bukitinggi Tahun  
2016.  
1.2.2.2 Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam  
menunjang asuhan keperawatan pada klien dengan Gangren Diabetikum  
diruang rawat inap bedah RSAM Bukitinggi Tahun 2016.  
1.2.2.3 Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan klien  
dengan Gangren Diabetikum diruang rawat inap bedah RSAM Bukitinggi  
Tahun 2016.  
1.2.2.4 Mampu menetukan perencanaan asuhan keperawatan pada klien dengan  
Gangren Diabetikum diruang rawat inap bedah RSAM Bukitinggi Tahun  
2016.  
1.2.2.5 Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan klien  
dengan Gangren Diabetikum diruang rawat inap bedah RSAM Bukitinggi  
Tahun 2016.  
1.2.2.6 Mampu melaksanakan evaluasi pada asuhan keperawatan klien dengan  
Gangren Diabetikum diruang rawat inap bedah RSAM Bukitinggi Tahun  
2016.  
4  
1.2.2.7 Mampu membuat dokumentasi keperawatan pada klien dengan Gangren  
Diabetikum diruang rawat inap bedah RSAM Bukittinggi Tahun 2016.  
**1.3 Manfaat Penulisan  
1.3.1 Bagi Penulis**Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis  
dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada klien  
dengan Gangren Diabetikum dan sebagai salah satu syarat menyelesaikan  
pendidikan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu  
Kesehatan Perintis Sumatera Barat.  
**1.3.2 Bagi Institusi**Sebagai bahan referensi institusi dalam memahami asuhan keperawatan klien  
dengan Gangren Diabetikum, sehingga dapat menambah pengetahuan dan  
acuan dalam memahami asuhan keperawatan klien dengan Gangren  
Diabetikum.  
**1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit**Memberikan laporan dalam bentuk dokumentasi asuhan keperawatan kepada  
tim kesehatan Rumah Sakit dalam memberikan asuhan keperawatan pada  
klien dengan Gangren Diabetikum.  
5  
**BAB II  
TINJAUAN TEORITIS  
2.1 KONSEP DASAR  
2.1.1 Pengertian**Diabetes Melitus secara luas diartikan sebagai gangguanmetabolisme kronis  
yang ditandai dengan metabolisme karbohidrat,protein, dan lemak yang  
abnormal akibat kegagalan sekresi insulin, kerjainsulin, atau keduanya  
(Esther, Daly, Elliott, 2010).  
Gangren diabetikum merupakan suatu bentuk kematian jaringan pada  
penderita diabetes mellitusoleh karena berkurangnya atau terhentinya aliran  
darah ke jaringan tersebut,dimana salah satu manifestasi khasnya adalah kaki  
diabetikum (Fitra, 2008).  
Gangren memiliki arti sebagai kematian jaringan, didalam massa yangbesar  
umumnya diikuti dengan kehilangan suplai vaskular (nutrisi)  
dandiikuti invasi bakteri dan pembusukan. Sedangkan gangren  
diabetikummemiliki arti gangren basah yang terjadi pada orang  
dengan diabetes(Dorland, 2002).  
Gangren adalah keadaan yang ditandai dengan adanya jaringan mati atau  
nekrosis, namun secara mikrobiologis adalah proses nekrosis yang  
disebabkan oleh infeksi. Ulkus adalah kehilangan jaringan kulit yang dalam  
dengan tendensi penyembuhan yang buruk ( Handerson, 2003 ).  
Gangren diabetikum adalah luka kehitaman karena sebagianjaringan mati dan  
berbau busuk (Misnadiarly, 2006).  
6  
Brand (1986) dan Ward (1987) membagi gangren kaki menjadi 2 golongan:  
a. Kaki diabetik akibat iskemi  
Disebabkan oleh penurunan aliran darah ke tungkai akibat adanya  
makroangiopati (*arterosklerosis*) dari pembuluh darah besar di tungkai  
terutama di betis  
b. Kaki diabetik akibat neuropati  
Terjadi kerusakan syaraf somatik dan otonomik, tdk ada gangguan dari  
sirkulasi. Secara klinis: dijumpai kaki yg kering, hangat, kesemutan, mati  
rasa, edema kaki dengan pulsasi pembuluh darah kaki teraba baik.  
7  
**2.1.2 Anatomi dan Fisiologi  
2.1.2.1 Anatomi Pankreas**Gambar 2.1 Anatomi Pankreas  
Pankreas merupakan sekumpulan kelenjar yang panjangnya kira-kira 15 cm,  
lebar 5 cm, mulai dari duodenum sampai ke limpa dan beratnya rata-rata 60-  
90 gram. Terbentang pada vertebrata lumbalis 1 dan 2 di belakang lambung.  
Pankreas juga merupakan kelenjar endokrin terbesar yang terdapat di dalam  
tubuh baik hewan maupun manusia. Bagian depan ( kepala ) kelenjar  
pankreas terletak pada lekukan yang dibentuk oleh duodenum dan bagian  
pilorus dari lambung. Bagian badan yang merupakan bagian utama dari organ  
ini merentang ke arah limpa dengan bagian ekornya menyentuh atau terletak  
8  
pada alat ini. Dari segi perkembangan embriologis, kelenjar pankreas  
terbentuk dari epitel yang berasal dari lapisan epitel yang membentuk usus  
(Tambayong, 2001).  
Fungsi pankreas ada 2 yaitu :  
a. Fungsi eksorin yaitu membentuk getah pankreas yang berisi enzim dan  
elektrolit.  
b. Fungsi endokrin yaitu sekelompok kecil atau pulau langerhans, yang  
bersama-sama membentuk organ endokrin yang mensekresikan insulin.  
Pulau langerhans manusia mengandung tiga jenis sel utama,yaitu :  
1) Sel-sel A ( alpha ), jumlahnya sekitar 20-40 % ; memproduksi  
glukagon yang manjadi faktor hiperglikemik, suatu hormon yang  
mempunyai “ anti insulin like activity “.  
2) Sel-sel B ( betha ), jumlahnya sekitar 60-80 % , membuat insulin.  
3) Sel-sel D (delta), jumlahnya sekitar 5-15 %, membuat somatostatin  
yang menghambat pelepasan insulin dan glukagon . (Tambayong,  
2001).  
9  
**2.1.2.2 Fisiologi**Gambar 2.2 Perbedaan Fisiologis Orang Dengan Diabetes  
Kadar glukosa dalam darah sangat dipengaruhi fungi hepar, pankreas,  
adenohipofisis dan adrenal. Glukosa yang berasal dari absorpsi makanan  
diintestin dialirkan ke hepar melalui vena porta, sebagian glukosa akan  
disimpan sebagai glikogen. Pada saat ini kadar glukosa di vena porta lebih  
tinggi daripada vena hepatica, setelah absorsi selesai gliogen hepar dipecah  
lagi menjadi glukosa, sehingga kadar glukosa di vena hepatica lebih tinggi  
dari vena porta. Jadi hepar berperan sebagai glukostat. Pada keadaan normal  
glikogen di hepar cukup untuk mempertahankan kadar glukosa dalam  
beberapa hari, tetapi bila fungsi hepar terganggu akan mudah terjadi  
hipoglikemi atau hiperglikemi. Sedangkan peran insulin dan glucagon sangat  
penting pada metabolisme karbonhidrat. Glukagon menyebabkan  
10  
glikogenolisis dengan merangsang adenilsiklase, enzim yang dibutuhkan  
untuk mengaktifkan fosforilase. Enzim fosforilase penting untuk  
gliogenolisis. Bila cadangan glikogen hepar menurun maka glukoneogenesis  
akan lebih aktif. Jumlah glukosa yang diambil dan dilepaskan oleh hati dan  
yang dipergunakan oleh jaringan perifer tergantung dari keseimbangan  
fisiologis beberapa hormon antara lain :  
a. Hormon yang dapat merendahkan kadar gula darah yaitu insulin.  
Kerja insulin yaitu merupakan hormon yang menurunkan glukosa darah  
dengan cara membantu glukosa darah masuk kedalam sel.  
1) Glukagon yang disekresi oleh sel alfa pulau lengerhans.  
2) Epinefrin yang disekresi oleh medula adrenal dan jaringan kromafin.  
3) Glukokortikoid yang disekresikan oleh korteks adrenal.  
4) Growth hormone yang disekresi oleh kelenjar hipofisis anterior.  
b. Glukogen, epineprin, glukokortikoid, dan growth hormone membentuk  
suatu mekanisme counfer-regulator yang mencegah timbulnya  
hipoglikemia akibat pengaruh insulin.  
11  
**2.1.2.3 Anatomi Gangren Diabetikum**Gambar 2.3 Anatomi Gangren Diabetikum  
Ada dua teori utama mengenai terjadinya komplikasi kronik DM akibat  
hiperglikemia, yaitu teori sorbitol dan teori glikosilasi.  
1. Teori Sorbitol  
Hiperglikemia akan menyebabkan penumpukan kadar glukosa pada sel  
dan jaringan tertentu dan dapat mentransport glukosa tanpa insulin.  
Glukosa yang berlebihan ini tidak akan termetabolisasi habis secara  
normal melalui glikolisis, tetapi sebagian dengan perantaraan enzim  
aldose reduktase akan diubah menjadi sorbitol. Sorbitol akan tertumpuk  
dalam sel / jaringan tersebut dan menyebabkan kerusakan dan perubahan  
fungsi.  
12  
2. Teori Glikosilasi  
Akibat hiperglikemia akan menyebabkan terjadinya glikosilasi pada  
semua protein, terutama yang mengandung senyawa lisin. Terjadinya  
proses glikosilasi pada protein membran basal dapat menjelaskan semua  
komplikasi baik makro maupun mikro vaskular.  
Terjadinya gangren sendiri disebabkan oleh faktor – faktor disebutkan  
dalam etiologi. Faktor utama yang berperan timbulnya gangren adalah  
angiopati, neuropati dan infeksi. Neuropati merupakan faktor penting  
untuk terjadinya gangren. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan  
terjadinya gangguan sensorik maupun motorik. Gangguan sensorik akan  
menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga  
akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya  
ulkus pada kaki gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya  
atrofi otot kaki, sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan  
ulsetrasi pada kaki pasien. Angiopati akan menyebabkan terganggunya  
aliran darah ke kaki. Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh  
darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit tungkainya  
sesudah ia berjalan pada jarak tertentu. Manifestasi gangguan pembuluh  
darah yang lain dapat berupa : ujung kaki terasa dingin, nyeri kaki di  
malam hari, denyut arteri hilang, kaki menjadi pucat bila dinaikkan.  
Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan  
asupan nutrisi, oksigen (zat asam) serta antibiotika sehingga  
menyebabkan luka sulit sembuh.  
13  
**2.1.3 Etiologi**Faktor-faktor yang berpengaruh atas terjadinya gangren diabetikum dibagi  
menjadi faktor endogen dan ekstrogen.  
a. Faktor endogen  
1) Genetik, metabolik  
2) Angiopati diabetik  
3) Neuropati diabetik  
b. Faktor ekstrogen  
1) Trauma  
2) Infeksi  
3) Obat  
Faktor utama yang berperan pada timbulnya gangren diabetikum adalah  
angiopati, neuropati dan infeksi. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan  
hilang atau menurunnya sensai nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami  
trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki,  
gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya atrofi pada otot kaki  
sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan ulsestrasi pada kaki klien.  
Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka  
penderita akan merasa sakit pada tungkainya sesudah ia berjalan pada jarak  
tertentu. Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan  
asupan nutrisi, oksigen serta antibiotika sehingga menyebabkan terjadinya  
luka yang sukar sembuh. Infeksi sering merupakan komplikasi yang  
menyertai Ulkus Diabetikum akibat berkurangnya aliran darah atau neuropati,  
sehingga faktor angiopati dan infeksi berpengaruh terhadap penyembuhan  
Ulkus Diabetikum.(Askandar 2001)  
14  
**2.1.4 Patofisiologi  
1. Diabetes Mellitus**Menurut Smeltzer dan Bare (2002), patofisiologi dari diabetesmellitus  
adalah :  
a. Diabetes tipe I  
Pada Diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan untuk  
menghasilkaninsulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan  
oleh prosesautoimun. Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi  
glukosa yang tidakterukur oleh hati. Disamping itu, glukosa yang  
berasal dari makanan tidakdapat disimpan dalam hati meskipun tetap  
berada dalam darah danmenimbulkan hiperglikemia postprandial  
(sesudah makan). Jikakonsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi,  
ginjal tidak dapat menyerapkembali semua glukosa yang tersaring  
keluar, akibatnya glukosa tersebutmuncul dalam urin (Glukosuria).  
Ketika glukosa yang berlebihdieksresikan dalam urin, ekskresi ini  
akan disertai pengeluaran cairan danelektrolit yang berlebihan.  
Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik.Sebagai akibat dari  
kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akanmengalami  
peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus(polidipsia).  
Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein danlemak  
yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat  
mengalamipeningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya  
simpanan kalori.Gejala lainnya mencakup kelelahan dan  
kelemahan.Proses ini akan terjaditanpa hambatan dan lebih lanjut  
turut menimbulkan hiperglikemia.Disamping itu akan terjadi  
15  
pemecahan lemak yang mengakibatkanpeningkatan produksi badan  
keton yang merupakan produk sampingpemecahan lemak. Badan  
keton merupakan asam yang mengganggukeseimbangan asam basa  
tubuh apabila jumlahnya berlebihan.Ketoasidosis diabetik yang  
diakibatkannya dapat menyebabkan tanda-tandadan gejala seperti  
nyeri abdominal, mual, muntah, hiperventilasi,napas berbau aseton  
dan bila tidak ditangani akan menimbulkan perubahankesadaran,  
koma bahkan kematian.  
b. Diabetes tipe II  
Pada Diabetes tipe II terdapat dua masalah yang berhubungandengan  
insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi  
insulin.Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada  
permukaansel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor  
tersebut, terjadisuatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa  
didalam sel. Resistensiinsulin pada diabetes tipe II disertai dengan  
penurunan reaksi intrasel ini.Dengan demikian insulin menjadi tidak  
efektif untuk menstimulasipengambilan glukosa oleh jaringan. Akibat  
intoleransi glukosa yangberlangsung lambat dan progresif maka  
awitan diabetes tipe II dapatberjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya  
dialami pasien, gejala tersebutsering bersifat ringan dan dapat  
mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria,polidipsia, luka yang lama  
sembuh, infeksi vagina atau pandangan yangkabur ( jika kadar  
glukosanya sangat tinggi).Penyakit Diabetes membuat gangguan/  
komplikasi melaluikerusakan pada pembuluh darah di seluruh tubuh,  
disebut angiopatidiabetik. Penyakit ini berjalan kronis dan terbagi dua  
16  
yaitu gangguan padapembuluh darah besar (makrovaskular) disebut  
makroangiopati, dan padapembuluh darah halus (mikrovaskular)  
disebut mikroangiopati. UlkusDiabetikum terdiri dari kavitas sentral  
biasanya lebih besar dibandingpintu masuknya, dikelilingi kalus keras  
dan tebal. Awalnya prosespembentukan ulkus berhubungan dengan  
hiperglikemia yang berefekterhadap saraf perifer, kolagen, keratin dan  
suplai vaskuler. Denganadanya tekanan mekanik terbentuk keratin  
keras pada daerah kaki yangmengalami beban terbesar. Neuropati  
sensoris perifer memungkinkanterjadinya trauma berulang  
mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringandibawah area kalus.  
Selanjutnya terbentuk kavitas yang membesar danakhirnya ruptur  
sampai permukaan kulit menimbulkan ulkus. Adanyaiskemia dan  
penyembuhan luka abnormal manghalangi resolusi.Mikroorganisme  
yang masuk mengadakan kolonisasi didaerah ini.Drainase yang  
inadekuat menimbulkan closed space infection. Akhirnyasebagai  
konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteria sulitdibersihkan  
dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya, (Anonim 2009).  
2. Gangren Diabetik  
Gibbons dkk., 1995 ; Singh dkk., 2005 mengatakan ada beberapa  
komponen penyebab sebagai pencetus timbulnya ulkus kaki diabetik pada  
pasien diabetes, dibagai dalam 2 faktor besar yaitu :  
a. Faktor kausatif  
1) Neuropati perifir (sensorik, motorik, autonom)  
Merupakan Faktor kausatif utama dan terpenting. Neuropati  
sensorik biasanya derajatnya cukup dalam (>50%) sebelum  
17  
mengalami kehilangan sensasi proteksi yang berakibat pada  
kerentanan terhadap trauma fisik dan termal sehingga  
meningkatkan resiko ulkus kaki. Tidak hanya sensasi nyeri dan  
tekanan yang hilang, tetapi juga propriosepsi yaitu sensasi posisi  
kaki juga menghilang. Neuropati motorik mempengaruhi semua  
otot-otot di kaki, mengakibatkan penonjolan tulang-tulang  
abnormal, arsitektur normal kaki berubah, deformitas yang khas  
seperti hammer toe dan hallux rigidus. Sedangkan neuropati  
autonom atau autosimpatektomi, ditandai dengan kulit kering,  
tidak berkeringat, dan peningkatan pengisian kapiler sekunder  
akibat pintasan *arteriovenous* di kulit , hal ini mencetuskan  
timbulnya fisura, kerak kulit , semuanya menjadikan kaki rentan  
terhadap trauma yang minimal  
2) Tekanan plantar kaki yang tinggi  
Merupakan faktor kausatif kedua terpenting. Keadaan ini  
berkaitan dengan dua hal yaitu keterbatasan mobilitas sendi (  
ankle, subtalar, and first metatarsophalangeal joints ) dan  
deformitas kaki. Pada pasien dengan neuropati perifir, 28%  
dengan tekanan plantar yang tinggi, dalam 2,5 tahun kemudian  
timbul ulkus di kaki dibanding dengan pasien tanpa tekanan  
plantar tinggi.  
3) Trauma  
Terutama trauma yang berulang, 21% trauma akibat gesekan dari  
alas kaki, 11% karena cedera kaki (kebanyakan karena jatuh), 4%  
18  
selulitis akibat komplikasi tinea pedis, dan 4% karena kesalahan  
memotong kuku jari kaki  
b. Faktor kontributif  
1) Aterosklerosis  
Aterosklerosis karena penyakit vaskuler perifir terutama mengenai  
pembuluh darah femoropoplitea dan pembuluh darah kecil  
dibawah lutut, merupakan faktor kontributif terpenting. Risiko  
ulkus, dua kali lebih tinggi pada pasien diabetes dibanding dengan  
pasien nondiabetes.  
2) Diabetes  
Diabetes menyebabkan gangguan penyembuhan luka secara  
intrinsik, termasuk diantaranya gangguan collagen cross-linking,  
gangguan fungsi matrik metalloproteinase, dan gangguan  
imunologi. Disamping itu penderita diabetes memiliki angka  
onikomikosis dan infeksi tinea yang lebih tinggi, sehingga kulit  
mudah mengelupas dan mengalami infeksi. Pada Diabetes  
Mellitus, ditandai dengan hiperglikemia berkelanjutan serta  
peningkatan mediator-mediator inflamasi, memicu respon  
inflamasi, menyebabkan inflamasi kronis, namun keadaan ini  
dianggap sebagai inflamasi derajat rendah, karena hiperglikemia  
sendiri menimbulkan ganggguan mekanisme pertahanan seluler.  
Inflamasi dan neovaskularisasi penting dalam penyembuhan luka,  
tetapi harus sekuensial, self-limited, dan dikendalikan secara ketat  
oleh interaksi sel-molekul. (Tellechea dkk, 2010)  
19  
**WOC**DM Tipe I DM TipeII  
Jumlah reseptor insulin  
Jumlah insulin yang ada sedikit  
Defisiensi insulin (absolute dan relatif)  
Gangguan metabolisme karbohidrat, protein, lemak  
Ambilan glukosa Katabolisme Protein Hipofisis  
Hiperglikemi Asam amino Kehilangan nitrogen Asam lemak bebas  
Glukosa darah Glikogenesis Gliserol Ketoagenesis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Penebalan membran  dasar vaskuler | Ketoanemia | Ketonuria |
| Glukosa sel | Glukosaria |  |
| Ketoasidosis |  |  |
| Disfungsi endotel  mikrovaskuler | Nutrisi sel | Diaresis osmotik |
| Pernpasan kusmauli |  |  |
| Sel lapar | Poliuria polidipsi |  |
| Mikroangiopati | dan nafas bau aseton |  |

Hipotensi  
Neuropati Retinopati Nefropati Shock  
Neuropati otonom Katarak GFR Oksigen ke otak  
Kehilangan cairan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Keringat | GGK | Kematian |
| Kulit kering | Neuropati sensoris  Neuropati motorik  Kesemutan | Disfungsi endotel |
| Kelemahan makrovaskular |  |  |
| &atropi otot |  |  |
| Aterosklerosis |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nyeri | Hilang rasa | Kolap sendi | Kekakuan gerak sendi |
| Oklusi | Trauma | Titik tumpu baru |  |
| Deformitas sendi |  |  |  |

Makroangiopati  
Ulkus  
Peny.Pembuluh  
Gangren darah kapiler  
Koping tidak efektif Ulkus  
Gangren  
Cemas  
HCL  
Selera makan  
Nyeri akut  
Cemas  
Gangguan  
mobilitas fisik  
Kerusakan  
integritas kulit  
Perfusi jaringan  
tidak efektif  
Ketidak seimbangan nutrisi  
kurang dari kebutuhan  
Resiko  
infkesi  
Kurang  
pengetahuan  
20  
**2.1.5 Manifestasi Klinis**Ulkus Diabetikum akibat mikroangiopatik disebut juga ulkus panas walaupun  
nekrosis, daerah akral itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan  
dan biasanya teraba pulsasi arteri dibagian distal . Proses mikroangipati  
menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli  
memberikan gejala klinis 5 P yaitu :  
a. Pain (nyeri).  
b. Paleness (kepucatan).  
c. Paresthesia (kesemutan).  
d. Pulselessness (denyut nadi hilang)  
e. Paralysis (lumpuh).  
Bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis menurut pola dari  
fontaine :  
a. Stadium I : asimptomatis atau gejala tidak khas (kesemutan).  
b. Stadium II : terjadi klaudikasio intermiten  
c. Stadium III : timbul nyeri saat istitrahat.  
d. Stadium IV : terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus).  
Smeltzer dan Bare (2002)  
21  
**2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik**Menurut Arora (2007), pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi 4 hal  
yaitu :  
1. Postprandial  
Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka diatas 130  
mg/dl mengindikasikan diabetes.  
2. Hemoglobin glikosilat: Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilai  
kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi  
6,1% menunjukkan diabetes.  
3. Tes toleransi glukosa oral  
Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 gr  
gula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang  
normal dua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.  
4. Tes glukosa darah dengan finger stick, yaitu jari ditusuk dengan sebuah  
jarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan  
kedalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini digunakan hanya  
untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan dirumah  
22  
**2.1.7 Penatalaksanaan**1. Medis  
Menurut Soegondo (2006), penatalaksanaan Medis pada pasien dengan  
Diabetes Mellitus meliput :  
a. Obat hiperglikemik oral (OHO).  
Berdasarkan cara kerjanya OHO dibagi menjadi 4 golongan :  
1) Pemicu sekresi insulin.  
2) Penambah sensitivitas terhadap insulin.  
3) Penghambat glukoneogenesis.  
4) Penghambat glukosidase alfa.  
b. Insulin  
Insulin diperlukan pada keadaan :  
1) Penurunan berat badan yang cepat.  
2) Hiperglikemia berat yang disertai ketoasidosis.  
3) Ketoasidosis diabetik.  
4) Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat.  
c. Terapi Kombinasi  
Pemberian OHO maupun insulin selalu dimulai dengan dosis rendah,  
untuk kemudian dinaikkan secara bertahap sesuai dengan respon  
kadar glukosa darah.  
d. Tindakan Bedah  
Berdasarkan berat ringannya penyakit menurut Wagner maka  
tindakan pengobatan atau pembedahan dapat ditentukan sebagai  
berikut :  
23  
1) Derajat 0 : perawatan lokal secara khusus tidak ada.  
2) Derajat I - V : pengelolaan medik dan bedah minor.  
2. Keperawatanan  
Usaha perawatan dan pengobatan yang ditujukan terhadap ulkus antara  
lain dengan antibiotika atau kemoterapi. Perawatan luka dengan  
mengompreskan ulkus dengan larutan klorida atau larutan antiseptic  
ringan. Misalnya rivanol dan larutan kalium permanganate 1 : 500 mg dan  
penutupan ulkus dengan kassa steril. Alat-alat ortopedi yang secara  
mekanik yang dapat merata tekanan tubuh terhadap kaki yang luka  
amputasi mungkin diperlukan untuk kasus Diabetes Mellitus.  
Menurut Smeltzer dan Bare (2001), tujuan utama penatalaksanaan terapi  
pada Diabetes Mellitus adalah menormalkan aktifitas insulin dan kadar  
glukosa darah, sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah untuk  
menghindari terjadinya komplikasi. Ada beberapa komponen dalam  
penatalaksanaan Ulkus Diabetik:  
a. Diet  
Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar untuk  
memberikan semua unsur makanan esensial, memenuhi kebutuhan  
energi, mencegah kadar glukosa darah yang tinggi dan menurunkan  
kadar lemak.  
b. Latihan  
Dengan latihan ini misalnya dengan berolahraga yang teratur akan  
menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan  
glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian kadar insulin.  
24  
c. Pemantauan  
Dengan melakukan pemantaunan kadar glukosa darah secara mandiri  
diharapkan pada penderita diabetes dapat mengatur terapinya secara  
optimal.  
d. Terapi (jika diperlukan)  
Penyuntikan insulin sering dilakukan dua kali per hari untuk  
mengendalikan kenaikan kadar glukosa darah sesudah makan dan  
pada malam hari.  
e. Pendidikan  
Tujuan dari pendidikan ini adalah supaya pasien dapat mempelajari  
keterampilan dalam melakukan penatalaksanaan diabetes yang  
mandiri dan mampu menghindari komplikasi dari diabetes itu sendiri.  
f. Kontrol nutrisi dan metabolik  
Faktor nutrisi merupakan salah satu faktor yang berperan dalam  
penyembuhan luka. Adanya anemia dan hipoalbuminemia akan  
berpengaruh dalam proses penyembuhan. Perlu memonitor Hb diatas  
12 gram/dl dan pertahankan albumin diatas 3,5 gram/dl. Diet pada  
penderita Diabetes Mellitus dengan selulitis atau gangren diperlukan  
protein tinggi yaitu dengan komposisi protein 20%, lemak 20% dan  
karbohidrat 60%. Infeksi atau inflamasi dapat mengakibatkan  
fluktuasi kadar gula darah yang besar. Pembedahan dan pemberian  
antibiotika pada abses atau infeksi dapat membantu mengontrol gula  
darah. Sebaliknya penderita dengan hiperglikemia yang tinggi,  
kemampuan melawan infeksi turun sehingga kontrol gula darah yang  
baik harus diupayakan sebagai perawatan pasien secara total.  
25  
g. Stres Mekanik  
Perlu meminimalkan beban berat (weight bearing) pada ulkus.  
Modifikasi weight bearing meliputi bedrest, memakai crutch, kursi  
roda, sepatu yang tertutup dan sepatu khusus. Semua pasien yang  
istirahat ditempat tidur, tumit dan mata kaki harus dilindungi serta  
kedua tungkai harus diinspeksi tiap hari. Hal ini diperlukan karena  
kaki pasien sudah tidak peka lagi terhadap rasa nyeri, sehingga akan  
terjadi trauma berulang ditempat yang sama menyebabkan bakteri  
masuk pada tempat luka.  
h. Perawatan luka  
1. Bila luka bersih dan berwarna kemerahan gunakan cairan NaCl  
0,9%  
2. Bila luka infeksi, gunakan cairan NaCl 0,9% dan antiseptik iodne  
10%  
3. Bila warna luka kehitaman : ada jar. Nekrotik, gunakan NaCl  
0,9%. Jaringan nekrotik dibuang dengan cara digunting sedikit  
demi sedikit samapi terlihat jaringan granulasi.  
4. Bila luka sudah berwarna merah, hindari jangan sampai berdarah  
5. Bila ada gas gangren, lakukan masase ke arah luka  
6. Bila terdapat sinus lubang, lakukan irigasi dengan menggunakan  
NaCl 0,9% dengan sudut kemiringan 45 derajat sampai bersih.  
Irigasi sampai kedalaman luka karena pd sinus terdapat banyak  
kuman  
26  
Lakukan penutupan luka :  
1. Bila luka bersih, tutup luka dengan 2 lapis kain kasa yang telah  
dibasahi dengan NaCl 0,9% dan diperas sehingga kasa menjadi  
lembab. Pasang kasa lembab sesuai kedalaman luka (hindari  
mengenai jaringan sehat di pinggir luka), lalu tutup dengan kain  
kasa kering dan jangan terlalu ketat.  
2. Bila luka infeksi, tutup luka dengan 2 lapis kasa lembab dengan  
NaCl 0,9% dan betadin 10%, lalu tutup dengan kasa kering.  
27  
**2.1.8 Komplikasi**Beberapa komplikasi dari Diabetes Mellitus (Mansjoer dkk, 2000) adalah :  
1. Komplikasi Akut  
a. Hipoglikemia dan hiperglikemia  
b. Penyakit makrovaskuler : mengenai pembuluh darah besar, penyakit  
jantung koroner (cerebrovaskuler, penyakit pembuluh darah kapiler).  
c. Penyakit mikrovaskuler, mengenai pembuluh darah kecil, retinopati,  
nefropati.  
d. Neuropati saraf sensorik (berpengaruh pada ekstrimitas), saraf otonom  
berpengaruh pada gastro intestinal, kardiovaskuler (Suddarth and  
Brunner, 2002).  
2. Komplikasi kronik  
Umumnya terjadi 10 sampai 15 tahun setelah awitan.  
a. Makrovaskular (penyakit pembuluh darah besar), mengenai sirkulasi  
koroner, vaskular perifer dan vaskular selebral.  
b. Mikrovaskular (penyakit pembuluh darah kecil), mengenai mata  
(retinopati) dan ginjal (nefropati). Kontrol kadar glukosa darah untuk  
memperlambat atau menunda awitan baik komplikasi mikrovaskular  
maupun makrovaskular.  
c. Penyakit neuropati, mengenai saraf sensorik-motorik dan autonomi  
serta menunjang masalah seperti impotensi dan ulkus pada kaki.  
Wagner ( 1983 ) membagi komplikasi gangren kaki diabetik menjadi 5  
tingkatan, yaitu :  
Derajat I : Ulkus superfisial terbatas pada kulit.  
28  
Derajat II : Ulkus dalam menembus tendon dan tulang.  
Derajat III : Abses dalam, dengan atau tanpa osteomielitis.  
Derajat IV : Gangren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa  
selulitis.  
Derajat V : Gangren seluruh kaki atau sebagian tungkai.  
29  
**2.2 ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS**Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien gangren kaki diabetik  
hendaknya dilakukan secara komperhensif dengan menggunakan proses  
keperawatan.  
Proses keperawatan adalah suatu metode sistematik untuk mengkaji respon  
manusia terhadap masalah-masalah dan membuat rencana keperawatan yang  
bertujuan untuk mengatasi masalah – masalah tersebut. Masalah-masalah  
kesehatan dapat berhubungan dengan klien keluarga juga orang terdekat atau  
masyarakat. Proses keperawatan mendokumentasikan kontribusi perawat  
dalam mengurangi / mengatasi masalah-masalah kesehatan.  
Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan, yaitu : pengkajian, diagnosa  
keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.  
**2.2.1 Pengkajian**Pengkajian merupakan langkah utama dan dasar utama dari proses  
keperawatan yang mempunyai dua kegiatan pokok, yaitu :  
1. Pengumpulan data  
Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam  
menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita ,  
mengidentifikasikan, kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapt  
diperoleh melalui anamnese, pemeriksaan fisik, pemerikasaan  
laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.  
30  
2. Anamnese  
a. Identitas penderita  
Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan,  
alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal  
masuk rumah sakit dan diagnosa medis.  
b. Keluhan Utama  
Adanya rasa kesemutan pada kaki / tungkai bawah, rasa raba yang  
menurun, adanya luka yang tidak sembuh – sembuh dan berbau,  
adanya nyeri pada luka.  
c. Riwayat kesehatan sekarang  
Berisi tentang kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta  
upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.  
d. Riwayat kesehatan dahulu  
Adanya riwayat penyakit Diabetes Mellitus atau penyakit – penyakit  
lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit  
pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun  
arterosklerosis, tindakan medis yang pernah di dapat maupun obatobatan yang biasa digunakan oleh penderita.  
e. Riwayat kesehatan keluarga  
Dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga  
yang juga menderita Diabetes Mellitus atau penyakit keturunan yang  
dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misal hipertensi,  
jantung.  
31  
f. Riwayat psikososial  
Meliputi informasi mengenai prilaku, perasaan dan emosi yang  
dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan  
keluarga terhadap penyakit penderita.  
g. Pemeriksaan fisik  
1) Status kesehatan umum  
Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan,  
berat badan dan tanda – tanda vital.  
2) Kepala dan leher  
Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada  
leher, telinga kadang-kadang berdenging, adakah gangguan  
pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental,  
gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah  
penglihatan kabur / ganda, diplopia, lensa mata keruh.  
3) Sistem integumen  
Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas  
luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan  
gangren, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan  
kuku.  
4) Sistem pernafasan  
Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Pada penderita  
Diabetes Mellitus mudah terjadi infeksi.  
5) Sistem kardiovaskuler  
Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang,  
takikardi/bradikardi, hipertensi/ hipotensi, aritmia, kardiomegalis.  
32  
6) Sistem gastrointestinal  
Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi,  
dehidrase, perubahan berat badan, peningkatan lingkar abdomen,  
obesitas.  
7) Sistem urinary  
Poliuri, retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit  
saat berkemih.  
8) Sistem muskuloskeletal  
Penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahn tinggi badan,  
cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren di ekstrimitas.  
9) Sistem neurologis  
Terjadi penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi,  
mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi.  
h. Pemeriksaan laboratorium  
Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah :  
1) Postprandial  
Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka diatas  
130 mg/dl mengindikasikan diabetes.  
2) Hemoglobin glikosilat: Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk  
menilai kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C  
yang melebihi 6,1% menunjukkan diabetes.  
3) Tes toleransi glukosa oral  
Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75  
gr gula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah  
33  
yang normal dua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari  
140 mg/dl.  
4) Tes glukosa darah dengan finger stick, yaitu jari ditusuk dengan  
sebuah jarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang  
dimasukkan kedalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan  
ini digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat  
dilakukan dirumah  
5) Kultur pus  
Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik  
yang sesuai dengan jenis kuman.  
i. Analisa Data  
Data yang sudah terkumpul selanjutnya dikelompokan dan dilakukan  
analisa serta sintesa data. Dalam mengelompokan data dibedakan atas  
data subyektif dan data obyektif dan berpedoman pada teori Abraham  
Maslow yang terdiri dari :  
1) Kebutuhan dasar atau fisiologis  
2) Kebutuhan rasa aman  
3) Kebutuhan cinta dan kasih sayang  
4) Kebutuhan harga diri  
5) Kebutuhan aktualisasi diri  
Data yang telah dikelompokkan di analisa sehingga dapat diambil  
kesimpulan tentang masalah keperawatan dan kemungkinan  
penyebab, yang dapat dirumuskan dalam bentuk diagnosa  
keperawatan meliputi aktual, potensial, dan kemungkinan.  
34  
**2.2.2 Diagnosa**Diagnosa keperawatan Gangren Diabetikum secara teori menurut NANDA :  
1. Perfusi jaringan tidak efektif  
2. Kerusakan integritas kulit  
3. Nyeri akut  
4. Hambatan mobilitas fisik  
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  
6. Resiko infeksi  
7. Kurangnya pengetahuan  
8. Cemas  
35  
**2.2.3 Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa keperawatan** | **NOC** | **NIC** |
| 1. | Perfusi jaringan tidak efektif Batasan karakteristik : Renal •Perubahan tekanan darah di luar batas parameter •Hematuria •Oliguri/anuria •Elevasi/penuruna •BUN/rasio kreatinin Gastro Intestinal •Secara usus hipoaktif atau tidak ada •Nausea •Distensi abdomen •Nyeri abdomen atau tidak terasa lunak (tenderness) Peripheral •Edema •Tanda Homan positif •Perubahan karakteristik kulit (rambut, kuku, air/kelembaban) •Denyut nadi lemah atau tidak ada | **NOC :** - Circulation status **Kriteria Hasil :** - Denyut nadi perifer teraba kuat dan reguler - Warna kulit sekitar luka tidak pucat/sianosis - Kulit sekitar luka teraba hangat. - Oedema tidak terjadi dan luka tidak bertambah parah. - Sensorik dan motorik membaik | **NIC : Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)** - Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul - Monitor adanya paretese - Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lsi atau laserasi - Gunakan sarun tangan untuk proteksi - Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung - Kolaborasi pemberian analgetik - Monitor adanya tromboplebitis - Diskusikan menganai penyebab perubahan sensasi |

36

|  |
| --- |
| •Diskolorisasi kulit •Perubahan suhu kulit •Perubahan sensasi •Kebiru-biruan •Perubahan tekanan darah di ekstremitas •Bruit •Terlambat sembuh •Pulsasi arterial berkurang •Warna kulit pucat pada elevasi, warna tidak kembali pada penurunan kaki Cerebral •Abnormalitas bicara •Kelemahan ekstremitas atau paralis •Perubahan status mental •Perubahan pada respon motorik •Perubahan reaksi pupil •Kesulitan untuk menelan •Perubahan kebiasaan Kardiopulmonar •Perubahan frekuensi respirasi di luar batas parameter |

37

|  |
| --- |
| •Penggunaan otot pernafasan tambahan •Balikkan kapiler > 3 detik (Capillary refill) •Abnormal gas darah arteri •Perasaan ”Impending Doom” (Takdir terancam) •Bronkospasme •Dyspnea •Aritmia •Hidung kemerahan •Retraksi dada •Nyeri dada |

38

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2 | Kerusakan integritas kulit Batasan karakteristik : •Gangguan pada bagian tubuh •Kerusakan lapisa kulit (dermis) •Gangguan permukaan kulit (epidermis) | **NOC** - Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes Kriteria Hasil : - Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) - Tidak ada luka/lesi pada kulit - Perfusi jaringan baik - Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang - Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami | **NIC Pressure Management** - Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar - Hindari kerutan padaa tempat tidur - Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering - Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali - Monitor kulit akan adanya kemerahan - Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan - Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien - Monitor status nutrisi pasien - Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat **Wound care** - Kaji karakteristik luka serta adanya eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau. (lokasi, luas dan kedalaman luka) - Lakukan perawatan luka/kulit secara rutin. - Bersihkan dan balut luka menggunakan prinsip sterilitas atau tindakan aseptic. - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotika dan insulin (Ceftriaxsone 1x1 gr, Humullin 12 unit dan albumin 1 x 100 cc ) |

39

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 | Nyeri akut Batasan karakteristik : •Laporan secara verbal atau non verbal •Fakta dari observasi •Posisi antalgic untuk menghindari nyeri •Gerakan melindungi •Tingkah laku berhati hati •Muka topeng •Gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai) •Terfokus pada diri sendiri •Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) •Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain dan/atau aktivitas, aktivitas berulang ulang) | **NOC :** - Pain Level, - Pain control, - Comfort level **Kriteria Hasil :** - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Tanda vital dalam rentang normal | **NIC Pain Management** - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan - Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - Kurangi faktor presipitasi nyeri - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi - Ajarkan tentang teknik non farmakologi - Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri - Tingkatkan istirahat - Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil - Monitor penerimaan pasien tentang manajemen |

40

|  |  |
| --- | --- |
| •Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil) •Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku) •Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah) •Perubahan dalam nafsu makan dan minum | nyeri Analgesic Administration - Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat - Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi - Cek riwayat alergi - Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu - Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri - Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal - Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur - Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali - Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat - Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping) |

41

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4 | Hambatan mobilitas fisik Batasan karakteristik : - Postur tubuh yang tidak stabil selama melakukan kegiatan rutin harian - Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik kasar - Keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus - Tidak ada koordinasi atau pergerakan yang tersentak-sentak - Keterbatasan ROM - Kesulitan berbalik (belok) - Perubahan gaya berjalan (Misal : penurunan kecepatan berjalan, kesulitan memulai jalan, langkah sempit, kaki diseret, goyangan yang berlebihan pada posisi lateral) | **NOC :** - Joint Movement : Active - Mobility Level - Self care : ADLs - Transfer performance **Kriteria Hasil :** - Klien meningkat dalam aktivitas fisik - Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas - Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah - Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker) | **NIC :** Exercise therapy : ambulation - Monitoring vital sign sebelm/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan - Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan - Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera - Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi - Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan - Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps. Berikan alat Bantu jika klien memerlukan. - Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan |

42

|  |
| --- |
| - Penurunan waktu reaksi - Bergerak menyebabkan nafas menjadi pendek - Usaha yang kuat untuk perubahan gerak (peningkatan perhatian untuk aktivitas lain, mengontrol perilaku, fokus dalam anggapan ketidakmampuan aktivitas) - Pergerakan yang lambat - Bergerak menyebabkan tremor |

43

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Batasan karakteristik : - Berat badan 20 % atau lebih di bawah ideal - Dilaporkan adanya intake makanan yang kurang dari RDA (Recomended Daily Allowance) - Membran mukosa dan konjungtiva pucat - Kelemahan otot yang digunakan untuk menelan/mengunyah - Luka, inflamasi pada rongga mulut - Mudah merasa kenyang, sesaat setelah mengunyah makanan - Dilaporkan atau fakta adanya kekurangan makanan - Dilaporkan adanya perubahan sensasi rasa - Perasaan ketidakmampuan untuk mengunyah makanan - Miskonsepsi | **NOC :** - Nutritional Status : food and Fluid Intake - Weight control **Kriteria Hasil :** - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan - Beratbadan ideal sesuai dengan tinggi badan - Mampumengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti | **NIC : Nutrition Management** - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Berikan substansi gula - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) - Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan **Nutrition Monitoring** - BB pasien dalam batas normal - Monitor adanya penurunan berat badan - Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan - Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan - Monitor lingkungan selama makan - Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan - Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi |

44

|  |  |
| --- | --- |
| - Kehilangan BB dengan makanan cukup - Keengganan untuk makan - Kram pada abdomen - Tonus otot jelek - Nyeri abdominal dengan atau tanpa patologi - Kurang berminat terhadap makanan - Pembuluh darah kapiler mulai rapuh - Diare dan atau steatorrhea - Kehilangan rambut yang cukup banyak (rontok) - Suara usus hiperaktif - Kurangnya informasi, misinformasi | - Monitor turgor kulit - Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah - Monitor mual dan muntah - Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht - Monitor makanan kesukaan - Monitor pertumbuhan dan perkembangan - Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva - Monitor kalori dan intake nuntrisi - Catat adanya edema, hiperemik, hipertonik papila lidah dan cavitas oral. - Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet |

45

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 | Resiko Infeksi Faktor-faktor resiko : - Prosedur Infasif - Ketidakcukupan pengetahuan untuk menghindari paparan patogen - Trauma - Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan - Ruptur membran amnion - Agen farmasi (imunosupresan) - Malnutrisi - Peningkatan paparan lingkungan patogen - Imonusupresi - Ketidakadekuatan imum buatan - Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi) - Tidak adekuat pertahanan tubuh primer (kulit tidak utuh, trauma jaringan, | **NOC :** - Immune Status - Risk control **Kriteria Hasil :** - Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi - Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi - Jumlah leukosit dalam batas normal - Menunjukkan perilaku hidup sehat | **NIC : Infection Control (Kontrol infeksi)** - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Pertahankan teknik isolasi - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien - Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan - Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawtan - Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat - Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum - Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing - Tingkatkan intake nutrisi - Berikan terapi antibiotik bila perlu **Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)** - Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal - Monitor hitung granulosit, WBC - Monitor kerentanan terhadap infeksi - Batasi pengunjung - Saring pengunjung terhadap penyakit menular - Partahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko - Pertahankan teknik isolasi k/p - Berikan perawatan kuliat pada area epidema |

46

|  |  |
| --- | --- |
| penurunan kerja silia, cairan tubuh statis, perubahan sekresi pH, perubahan peristaltik) - Penyakit kronik | - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase - Inspeksi kondisi luka / insisi bedah - Dorong masukkan nutrisi yang cukup - Dorong masukan cairan - Dorong istirahat - Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep - Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara menghindari infeksi - Laporkan kecurigaan infeksi - Laporkan kultur positif |

47

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | Kurang pengetahuan Batasan karakteristik : - memverbalisasikan adanya masalah, ketidakakuratan mengikuti instruksi, perilaku tidak sesuai. | **NOC :** - Kowlwdge : disease process - Kowledge : health Behavior **Kriteria Hasil :** - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya. | **NIC Teaching : disease Process** - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik - Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat - Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat - Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna cara yang tepat - Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat - Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat - Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit - Diskusikan pilihan terapi atau penanganan - Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan - Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat - Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat - Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat |

48

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8 | Cemas Ditandai dengan - Gelisah - Insomnia - Resah - Ketakutan - Sedih - Fokus pada diri - Kekhawatiran - Cemas | **NOC :** - Anxiety control - Coping - Impulse control **Kriteria Hasil :** - Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas - Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontol cemas - Vital sign dalam batas normal - Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan | **NIC : Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)** - Gunakan pendekatan yang menenangkan - Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien - Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur - Pahami prespektif pasien terhdap situasi stres - Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut - Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis - Dorong keluarga untuk menemani anak - Lakukan back / neck rub - Dengarkan dengan penuh perhatian - Identifikasi tingkat kecemasan - Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan - Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi - Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi - Barikan obat untuk mengurangi kecemasan |

49  
**2.2.4 Implementasi**Setelah rencana tindakan di susun maka untuk selanjutnya adalah pengolahan  
data dan kemudian pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana  
yang telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan implementasi maka perawat  
dapat melakukan observasi atau dapat mendiskusikan dengan klien atau  
keluarga tentang tindakan yang akan kita lakukan.  
**2.2.5 Evaluasi**Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi  
dilakukan dengan pendekatan SOAP ( data subjektif, data objektif, analisa  
dan planning ). Dalam evaluasi ini dapat ditentukan sejauh mana keberhasilan  
rencana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi.  
50  
**BAB III  
TINJAUAN KASUS  
3.1 Asuhan Keperawatan  
3.1.1 Pengkajian  
I. Identitas Klien**Nama/intial : Ny. N No.MR : 355338  
Umur : 80 th Ruang Rawat : Zal Bedah  
Jenis Kelamin : Perempuan Tgl Masuk : 22-06-2016  
Status : Kawin Tgl Pengkajian : 23-06-2016  
Agama : Islam  
Pekerjaan : IRT  
Pendidikan : SD  
Alamat : Bulaan Kamba Banuhampu  
**Penanggung Jawab**Nama : Tn. M  
Umur : 45 th  
Hub Keluarga : Anak  
Pekerjaan : Swasta  
51  
**II. Alasan Masuk**Klien masuk IGD RSAM Bukittinggi pada tanggal 22 Juni 2016 jam  
09.14 WIB dengan keluhan jari manis kaki kanan membusuk dan  
berwarna kehitaman dan klien tidak nafsu makan.  
**III. Riwayat Kesehatan  
a. Riwayat Kesehatan Sekarang**Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 Juni 2016 jam 09.30 WIB  
keluarga klien mengatakan makan klien kurang, klien hanya makan  
sedikit dari porsi yang diberikan, keluarga klien mengatakan klien  
susah menelan, keluarga klien mengatakan klien tidak nafsu makan.  
Keluarga klien mengatakan terdapat 2 luka di kaki klien dan klien  
mengeluh nyeri di kakinya, skala nyeri 6. Keluarga klien mengatakan  
anggota gerak kanan klien lemah, klien tidak mampu beraktivitas dan  
aktivitas klien dibantu keluarga. Keluarga klien mengatakan klien  
tidak bisa bicara karena klien pelo dan tidak bisa menggerakkan  
bibirnya. Klien menggunakan bahasa isyarat untuk berkomunikasi  
dengan perawat dan keluarganya  
**b. Riwayat Kesehatan Dahulu**Keluarga klien mengatakan klien pernah dirawat di rumah sakit yang  
sama pada tahun 2014 dengan stroke, klien memiliki riwayat  
hipertensi, namun keluarga tidak mengetahui klien memilki riwayat  
DM.  
52  
**c. Riwayat Kesehatan Keluarga**Keluarga klien mengatakan di keluarga tidak ada yang menderita  
penyakit yang sama dengan klien, maupun penyakit menular lainnya.  
**Genogram :**Ket :  
/ : Meninggal  
: Laki Laki  
: Perempuan  
: Tinggal serumah  
: Klien  
**IV. Pemeriksaan Fisik**Kesadaran: Composmentis  
GCS : E4 M4 Vpelo  
**Tanda Vital**Suhu : 36,5 CO Pernapasan : 16x/m  
Nadi : 70x/m TD : 130/80 mmHg

|  |
| --- |
| **P** |

**P**  
53  
**Head to Toe  
1. Kepala**- **Rambut**Konsistensi rambut tebal dan lurus, tekstur rambut baik, rambut bersih  
tidak ada ketombe, tidak ada lesi.  
- **Mata**Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sclera tidak ikhterik,  
diameter pupil isokor 2 mm, fungsi penglihatan baik, tidak  
menggunakan alat bantu penglihatan.  
- **Hidung**Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip, tidak ada seckret, tidak ada  
peradangan pada hidung, tidak ada cuping hidung.  
- **Mulut dan Gigi**Mukosa bibir kering, tidak terdapat sariawan, tidak memakai gigi  
palsu, tidak ada perdarahan, bicara pelo.  
**2. Leher**Simetris kiri dan kanan, tidak tampak pembembesaran vena jugularis dan  
kelenjar tyroid.  
**3. Thorak**- **Paru-paru**I : Simetris kiri dan kanan, pergerakan dinding dada sama, tidak  
memakai alat bantu pernapasan.  
P : tidak ada nyeri tekan, vocal vremitus dalam intensitas  
getaran yang sama antara paru kanan dan paru kiri  
54  
P : Sonor  
A : Suara nafas vesikuler  
- **Jantung**I : Simetris kiri dan kanan, ictus cordis tidak tampak  
P : Ictus cordis teraba di ICS 5 mid klavikula sinistra  
P : Redup  
A : BJ1 BJ2 Normal, tidak ada bunyi tambahan  
**4. Abdomen**I : Simetris kiri dan kanan, bentuk perut cekung  
A : Bising usus normal 5x/m  
P : Tidak ada nyeri tekan, dan tidak teraba massa.  
P : Tympani  
5. **Punggung**Simetris, tidak ada pembengkakan pada punggung dantidak ada bekas  
luka pada punggung.  
**6. Ekstremitas  
Atas**Lemah sebelah kiri dan pada bagian tangan kanan klien terpasang infus  
RL 20 tts/m  
**Bawah**Terdapat 2 luka di kaki kanan klien, luka di mata kaki :P : ±5cm L : ±5cm  
dan luka di punggung kaki D : 1cm dan Luka pada jari manis kaki klien  
sudah membusuk/kematian jaringan, skala nyeri 6. Nyeri dirasakan saat  
menggerakkan kakinya.  
55  
**Kekuatan Otot**

|  |  |
| --- | --- |
| 3333 | 2222 |
| 3333 | 2222 |

Kekuatan otot klien berkurang karena faktor umur dan klien pernah  
mengalami stroke pada tahun 2014.  
**7. Genitalia**Klien tidak terpasang kateter, dan tidak ada kelainan pada genetalia  
**8. Integumen**Warna kulit sawo matang, turgor kulit jelek, kapilary refil 3 detik, tidak  
terdapat adanya lesi.  
**9. Reflek**Bisep : +/-  
Trisep : +/-  
Patela : +/-  
**10. Nervus**a. N I (Nerfus olfaktorius)  
Tidak ada terdapat kelainan pada penciuman klien, klien masih  
bisa membedakan antara bau kopi dan teh, ataupun lainnya.  
b. N II (Nerfus Opticus)  
Klien mampu melihat tulisan namun klien susah mengungkapkan  
dengan kata-kata , saat tes lapang pandang sulit untuk dilakukan  
karena klien susah diajak karena mengalami keterbatasan gerak.  
56  
c. N III, IV,VI (Nerfus Okulomotorius, toklear, Abdusen)  
Klien tidak ada oedema kelopak mata , pergerakan bola mata  
aktif (mampu melihat keatas,miring kiri dan kanan atas dan  
bawah , serta reaksi pupil terhadap cahaya ada.  
d. N,V(Trigeminus)  
Klien ada respon saat ada nya sentuhan , contoh: dapat merasakan  
gigitan nyamuk d bagian wajah.  
e. N.VII (Fasialis)  
Untuk motorik klien dapat dilihat dengan menaikkan kedua alis  
secara bersamaan, serta simetris kiri dan kanan  
f. N.VIII ( Vestibulotoklear/Auditorius)  
Anggota gerak kanan klien lemah, serta keterbatasan gerak.  
g. N.IX.X(Glasofaringeus dan fagus)  
Klien pelo, klien terlihat susah untuk berbicara dan susah untuk  
menelan  
h. N.XI(Acsesorius)  
Klien bisa menoleh kekanan dan kekiri.  
i. N.XII(Hipoglosus)  
Klien mampu menggerakkan lidah dan kekuatan otot baik.  
57  
**V. DATA BIOLOGIS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **AKTIVITAS** | **SEHAT** | **SAKIT** |
| **1** | **Makanan dan Minuman/Nutrisi Makan** - Menu - Porsi - Makanan Kesukaan - Pantangan **Minum** - Jumlah - Minuman Kesukaan - Pantangan **Eleminasi BAB** - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi - Kesulitan **BAK** - Frekuensi - Warna - Bau - Konsistensi | Nasi 1 Porsi Nasi Tidak ada 4-6L/hari Air putih Tidak ada 1x/hari Kuning kecoklatan Khas Padat Tidak ada 3-5x/hari Kuning Khas Cair | Makanan cair ½ Porsi Nasi Diluar diit RS 3-5L/hari Air putih Tidak ada 1x/hari Kuning kecoklatan Khas Cair Tidak ada 4-5x/hari Kuning Khas Cair |

58

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| - Kesulitan **Istirahat dan Tidur** - Waktu tidur - Lama tidur - Hal yang mempermudah tidur - Kesulitan tidur **Personal Hygiene** - Mandi - Cuci rambut - Gosok gigi - Potong kuku | Tidak ada Jam 22.00 – 04.00 6 jam Tidak ada Tidak ada 2x/hari 2x/hari 2x/hari 1x/minggu | Tidak ada Jam 10.00-13.00 Jam 14.00-20.00 Jam 21.00-05.00 15 jam Tidak ada Tidak ada Di lap keluarga Belum ada karena klien baru masuk 1 hari |

**VI. Riwayat Alergi**Keluarga klien mengatakan klien tidak ada memiliki alergi terhadap obatobatan maupun makanan  
**VII. Data Psykologis**Keluarga klien mengatakan selama klien sakit klien sama sekali  
tidak mengeluh tentang penyakitnya, keluarga klien yakin ALLAH  
SWT akan menyembuhkan penyakitnya  
**VIII. Data Sosial Ekonomi**Keluarga klien mengatakan klien tinggal bersama anaknya dan keluarga  
berpenghasilan menengah.  
59  
**IX. Data Spiritual**Selama sakit klien tidak pernah shalat dikarenakan fisik lemah tetapi  
klien yakin penyakit yang dideritanya akan sembuh.  
**X. Data Penunjang**Hasil Laboratorium  
22/06-2016  
Nilai Normal  
Gula darah puasa : 56 mg/dl 100mg/dl  
Kalium : 3,0 g {Meq/dl} 3,5 - 5,5 g {Meq/dl}  
Hgb : 8,5 {g/dl} pria : 13,0 - 16,0 wanita : 12,0 - 14,0  
Rbc : 2,91 {10^6/uL} pria : 4,5 - 5,5 wanita : 4,0 - 5,0  
Hct : 25,6 {%} pria : 40,0 - 48,0 wanita : 37,0 - 43,0  
Wbc : 10,47 {10^3/uL} 5,0 – 10,0 {10^3/uL}  
EO% : 0,1 % 1 – 3 %  
MUT% : 83,2% 50 – 70 %  
LYMPH% : 12,7% 20 – 40 %  
**XI. Data Pengobatan  
Oral**- Neurodex 2x500mg  
**Injeksi**- Lefoperazone 2x1 amp / IV  
- Ranitidin 2x1 amp / IV  
**Infus**- RL 20 tts/menit  
60  
**XII. Data Fokus  
a. Data Subjektif**- Keluarga klien mengatakan makan klien kurang  
- Klien hanya makan sedikit dari porsi yang diberikan  
- Keluarga klien mengatakan klien susah menelan  
- Keluarga klien mengatakan terdapat 2 luka di kaki klien  
- Keluarga klien mengatakan klien mengeluh nyeri di kakinya  
- Keluarga klien mengatakan anggota gerak kanan klien lemah  
- Keluarga klien mengatakan klien tidak mampu beraktivitas  
- Keluarga klien mengatakan aktivitas klien dibantu keluarga.  
- Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa bicara karena klien pelo  
dan tidak bisa menggerakkan bibirnya.  
- Keluarga klien mengatakan klien pernah dirawat di rumah sakit yang  
sama pada tahun 2014 dengan stroke  
61  
**b. Data Objektif**- Makanan yang disajikan tampak tidak habis ½ porsi  
- Mukosa bibir klien kering  
- Klien tampak lemah dan lesu  
- Terdapat 2 luka di kaki kanan klien, luka di mata kaki :P : ±5cm L :  
±5cm masih merasakan nyeri bila disentuh, luka di punggung kaki D :  
1cm dan Luka pada jari manis kaki klien sudah membusuk/kematian  
jaringan, nyeri dirasakan saat menggerakkan kakinya.  
- Skala nyeri 6.  
- Klien tampak meringis  
- ADL tampak dibantu keluarga  
- Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur  
- Bibir klien tampak mencong  
- Klien menggunakan bahasa isyarat untuk berkomunikasi dengan  
perawat dan keluarganya  
- Klien terlihat susah untuk berbicara, bicara pelo  
62  
**ANALISA DATA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **DATA** | **MASALAH** | **ETIOLOGI** |
| 1. | DS : - Keluarga klien mengatakan makan klien kurang - Klien hanya makan sedikit dari porsi yang diberikan - Keluarga klien mengatakan klien susah menelan DO : - Makanan yang disajikan tampak tidak habis ½ porsi - Mukosa bibir klien kering - Klien tampak lemah dan lesu | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | intake yang tidak adekuat |
| 2. | DS : - Keluarga klien mengatakan terdapat 2 luka di kaki klien - Keluarga klien mengatakan klien mengeluh nyeri di kakinya DO : - Terdapat 2 luka di kaki kanan klien, luka di mata kaki :P : ±5cm L : ±5cm masih merasakan nyeri bila disentuh, | Kerusakan integritas kulit | luka gangren diabetikum |

63

|  |
| --- |
| luka di punggung kaki D : 1cm dan Luka pada jari manis kaki klien sudah membusuk/kematian jaringan, nyeri dirasakan saat menggerakkan kakinya. - Skala nyeri 6. - Klien tampak meringis |
| 3. | DS : - Keluarga klien mengatakan klien mengeluh nyeri di kakinya - Keluarga klien mengatakan terdapat 2 luka di kaki klien DO : - Klien tampak meringis - Terdapat 2 luka di kakik klien - Skala nyeri 6. | Nyeri | luka gangren diabetikum |
| 4.. | DS : - Keluarga klien mengatakan anggota gerak kanan klien lemah - Keluarga klien mengatakan klien tidak mampu beraktivitas - Keluarga klien mengatakan | Hambatan mobilitas fisik | penurunan kekuatan otot |

64

|  |
| --- |
| aktivitas klien dibantu keluarga. DO : - ADL tampak dibantu keluarga - Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur |
| 5. | DS : - Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara karena klien pelo dan tidak bisa menggerakkan bibirnya - Keluarga klien mengatakan klien pernah dirawat di rumah sakit yang sama pada tahun 2014 dengan stroke DO : - Bibir klien tampak mencong - Klien tampak susah untuk berbicara, bicara pelo - Klien tampak menggunakan bahasa isyarat | Kerusakan komunikasi verbal | kerusakan motoris dari otot otot bicara |

65  
**3.1.2 Diagnosa Keperawatan**Daftar Prioritas Diagnosa Keperawatan  
1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  
2. Kerusakan integritas kulit  
3. Nyeri akut  
4. Hambatan mobilitas fisik  
5. Kerusakan komunikasi verbal  
66  
**3.1.3 Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari/Tanggal** | **Diagnosa Keperawatan** | **NOC** | **NIC** |
| **1.** | **Kamis / 23 Juni 2016** | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh DS : - Keluarga klien mengatakan makan klien kurang - Klien hanya makan sedikit dari porsi yang diberikan - Keluarga klien mengatakan klien susah menelan DO : - Makanan yang disajikan tampak tidak habis ½ porsi - Mukosa bibir klien kering Klien tampak lemah dan lesu | **NOC :** - Nutritional Status : food and Fluid Intake - Weight control **Kriteria Hasil :** - Mampumengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak ada tanda tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti | **NIC : Nutrition Management** - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C - Berikan makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan |

67

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Kamis / 23 Juni 2016** | Kerusakan integritas kulit DS : - Keluarga klien mengatakan terdapat 2 luka di kaki klien - Keluarga klien mengatakan klien mengeluh nyeri di kakinya DO : - Terdapat 2 luka di kaki kanan klien, luka di mata kaki :P : ±5cm L : ±5cm masih merasakan nyeri bila disentuh, luka di punggung kaki D : 1cm dan Luka pada jari manis kaki klien sudah membusuk/kematian jaringan, nyeri dirasakan saat menggerakkan kakinya. - Skala nyeri 6. - Klien tampak meringis | **NOC** - Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes Kriteria Hasil : - Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) - Tidak ada luka/lesi pada kulit - Perfusi jaringan baik - Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang - Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami | **Wound care** - Kaji karakteristik luka serta adanya eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau. (lokasi, luas dan kedalaman luka) - Lakukan perawatan luka/kulit secara rutin. - Bersihkan dan balut luka menggunakan prinsip sterilitas atau tindakan aseptic. - Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotika dan insulin . |

68

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | **Kamis / 23 Juni 2016** | Nyeri akut DS : - Keluarga klien mengatakan klien mengeluh nyeri di kakinya - Keluarga klien mengatakan terdapat 2 luka di kaki klien DO : - Klien tampak meringis - Terdapat 2 luka di kakik klien - Skala nyeri 6. | **NOC :** - Pain Level, - Pain control, - Comfort level **Kriteria Hasil :** - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Tanda vital dalam rentang normal | **NIC Pain Management** - Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi - Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan - Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) - Ajarkan tentang teknik non farmakologi - Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri - Tingkatkan istirahat - Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil |

69

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **Kamis / 23 Juni 2016** | Hambatan mobilitas fisik DS : - Keluarga klien mengatakan anggota gerak kanan klien lemah - Keluarga klien mengatakan klien tidak mampu beraktivitas - Keluarga klien mengatakan aktivitas klien dibantu keluarga. DO : - ADL tampak dibantu keluarga - Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur | **NOC :** - Joint Movement : Active - Mobility Level - Self care : ADLs - Transfer performance **Kriteria Hasil :** - Klien meningkat dalam aktivitas fisik - Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas - Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah - Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker) | **NIC :** Exercise therapy : ambulation - Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan - Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps. Berikan alat Bantu jika klien memerlukan. - Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan |

70

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.** | **Kamis / 23 Juni 2016** | Kerusakan komunikasi verbal DS : - Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara karena klien pelo dan tidak bisa menggerakkan bibirnya - Keluarga klien mengatakan klien pernah dirawat di rumah sakit yang sama pada tahun 2014 dengan stroke DO : - Bibir klien tampak mencong - Klien tampak susah untuk berbicara, bicara pelo - Klien tampak menggunakan bahasa isyarat | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam, kemampuan komunitas verbal meningkat,dengan kriteria: Kemampuan komunikasi: - Penggunaan isyarat - Nonverbal - Penggunaan bahasa tulisan, gambar - Peningkatan bahasa lisan Komunikasi : kemampuan penerimaan. - Kemampuan interprestasi meningkat | **Mendengar aktif :** 1. Kaji kemampuan berkomunikasi 2. Jelaskan tujuan interaksi 3. Perhatikan tanda nonverbal klien 4. Klarifikasi pesan bertanya dan feedback. 5. Hindari barrier/ halangan komunikasi **Peningkatan komunikasi: Defisit bicara** - Libatkan keluarga utk memahami pesan klien - Sediakan petunjuk sederhana - Perhatikan bicara klien dg cermat - Gunakan kata sederhana dan pendek - Berdiri di depan klien saat bicara, gunakan isyarat tangan. - Beri reinforcement positif - Dorong keluarga utk selalu mengajak komunikasi denga klien |

71  
**3.1.4 Catatan Perkembangan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari / Tanggal** | **Dx** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| **1.** | Kamis / 23/6/2016 | 1 | 11.30 11.35 11.45 12.00 | - Mengobservasi adanya alergi makanan - Menganjurkan klien untuk meningkatkan makan sayuran dan buah-buahan - Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi klien - Mengobservasi kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | 12.00 12.30 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki alergi makanan - Keluarga klien mengatakan klien jarang mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan O : - Klien tidak memiliki alergi makanan - Makanan klien habis ¼ dari porsi yang diberikan - Mukosa bibir klien terlihat kering A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Anjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan - Kaji kemampuan klien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan |  |

72

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | Kamis / 23/6/2016 | 2 | 11.00 11.05 11.15 12.30 | - Mengobservasi luka klien - Melakukan perawatan luka - Membersihkan dan membalut luka klien - Melanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp / IV dan Ranitidin 2x1 amp / IV dan insulin | 11.30 11.35 | **S :** - Keluarga klien mengatakan luka klien sudah terlihat bersih - Keluarga klien mengatakan luka klien bau O : - Luka terlihat bersih - Klien tampak meringis - Masih ada sedikit pus di tepi luka - Jaringan nekrotik masih belum bisa dibuang - Lefoperazone 2x1 amp/iv, ranitidin 2x1 amp/iv sudah diinjeksikan - Insulin sudah diinjeksikan A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Observasi luka - Lakukan perawatan luka - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan Ranitidin 2x1 amp/IV dan insulin. |

73

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | Kamis / 23/6/2016 | 3 | 10.00 10.10 10.15 10.20 | - Mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan klien - Mengajarkan teknik relakasasi non farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien - Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri - Melanjutkan terapy klien dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan Ranitidin 2x1 amp/iv | 10.30 10.35 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien mengeluh nyeri di kakinya - Keluarga klien mengatakan klien tampak rileks setelah diajarkan teknik nafas dalam O : - Klien tampak meringis - Klien tampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam - Skala nyeri 5 - A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Kaji tingkat nyeri - Evaluasi teknik pengalihan nyeri yang diajarkan - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan ranitidin 2x1/iv |

74

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | Kamis / 23/6/2016 | 4 | 13.30 13.35 13.46 | - Mengatur posisi tidur klien setiap 2 jam - Menganjurkan keluarga untuk berpartisipasi untuk kegiatan mandi dan kebersihan diri, berpakaian, makan dan toileting klien - Mengobservasi kemampuan perawatan diri klien dalam memenuhi kebutuhan sehari hari | 14.00 14.05 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien masih belum mampu beraktivitas - Keluarga klien mengatakan klien nyaman dengan posisi telentang - Keluarga klien mengatakan tadi pagi sudah mengelap tubuh klien, dan membantu klien makan. O : - Klien tampak istirahat - Aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga - Posisi klien telentang - Klien belum mampu beraktivitas sendiri A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Atur posisi tidur klien setiap 2 jam - Observasi kebersihan diri klien, makan dan toileting klien - Observasi kemampuan perawatan diri klien |

75

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.** | Kamis / 23/6/2016 | 5 | 09.46 09.53 10.00 10.04 10.10 | 6. Mengobservasi kemampuan komunikasi klien - Memperhatikan bicara klien dengan cermat - Menggunakan kata sederhana dan pendek saat berbicara dengan klien - Memberi reinforcement positif - Mendorong keluarga untuk selalu mengajak komunikasi dengan klien | 10.15 10.20 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien susah untuk berbicara - Keluarga klien mengatakan klien berbicara dengan bahasa isyarat O : - Bibir klien tampak mencong - Klien hanya menggunakan bahasa isyarat A :Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Kaji kemampuan komunikasi klien - Gunakan kata sederhana dan pendek saat berbicara dengan klien - Berikan reinforcement positif - Dorong keluarga untuk selalu mengajak komunikasi dengan klien |

76

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari / Tanggal** | **Dx** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| **1.** | Jum’at / 24/6/2016 | 1 | 09.00 09.05 | - Menganjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan - Mengobservasi kemampuan klien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | 09.30 09.45 | **S :** - Keluarga klien mengatakan makan klien masih sedikit - Keluarga klien mengatakan klien hanya minum susu dan pisang O : - Makanan klien habis ¼ dari porsi yang diberikan - Mukosa bibir klien terlihat kering A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Anjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan - Kaji kemampuan klien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan |  |

77

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | Juma’at / 24/6/2016 | 2 | 10.20 10.30 12.30 | - Mengobservasi keadaan luka - Melakukan perawatan luka - Melanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan Ranitidin 2x1 amp/IV dan insulin. | 11.00 11.30 | **S :** - Keluarga klien mengatakan luka klien sudah terlihat bersih - Keluarga klien mengatakan luka sudah tertutup verban - Keluarga klien mengatakan luka masih berbau O : - Luka terlihat bersih - Klien tampak meringis - Masih ada sedikit pus di tepi luka - Jaringan nekrotik masih belum bisa dibuang - Insulin sudah diinjeksikan A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Observasi luka - Lakukan perawatan luka - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan Ranitidin 2x1 amp/IV dan insulin. |

78

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | Jum’at / 24/6/2016 | 3 | 10.00 10.05 10.10 | - Mengobservasi tingkat nyeri - Mengevaluasi teknik pengalihan nyeri yang diajarkan/teknik nafas dalam - Melanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan ranitidin 2x1/iv | 10.30 10.45 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien masih mengeluh nyeri di kakinya - Keluarga klien mengatakan klien berusaha melakukan relaksasi/teknik nafas dalam seperti yang diajarkan O : - Klien terlihat meringis - Skala nyeri 5 - Klien tampak mencoba rileksasi nafas dalam - Terapy telah diinjeksikan A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Kaji tingkat nyeri - Evaluasi teknik pengalihan nyeri yang diajarkan - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan ranitidin 2x1/iv |

79

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | Jum’at / 24/6/2016 | 4 | 13.30 13.35 13.40 | - Mengatur posisi tidur klien setiap 2 jam - Mengobservasi kebersihan diri klien, makan dan toileting klien - Mengobservasi kemampuan perawatan diri klien | 14.00 14.20 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien masih belum mampu beraktivitas - Keluarga klien mengatakan klien masih belum kuat O : - Klien tampak istirahat - Klien dibantu miring kiri dan kanan setiap 2 jam - Aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Atur posisi tidur klien setiap 2 jam - Observasi kebersihan diri klien, makan dan toileting klien - Observasi kemampuan perawatan diri klien |

80

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.** | Jum’at / 24/6/2016 | 5 | 09.00 09.09 09.13 09.15 | - Mengobservasi kemampuan komunikasi klien - Menggunakan kata sederhana dan pendek saat berbicara dengan klien - Memberikan reinforcement positif - Mendorong keluarga untuk selalu mengajak komunikasi dengan klien | 09.55 10.00 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien masih susah untuk berbicara - Keluarga klien mengatakan klien menggunakan bahasa isyarat jika ingin sesuatu O : - Bibir klien tampak mencong - Klien hanya menggunakan bahasa isyarat - Keluarga tampak selalu berkomunikasi dengan klien A :Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Kaji kemampuan komunikasi klien - Gunakan kata sederhana dan pendek saat berbicara dengan klien - Berikan reinforcement positif - Dorong keluarga untuk selalu mengajak komunikasi dengan klien |

81

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Hari / Tanggal** | **Dx** | **Jam** | **Implementasi** | **Jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| **1.** | Sabtu / 25/6/2016 | 1 | 08.00 08.15 | - Menganjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan - Mengkaji kemampuan klien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | 08.25 08.45 | **S :** - Keluarga klien mengatakan makan klien sudah sedikit lebih banyak dari pada sebelumnya - Keluarga klien mengatakan klien makan pisang dan susu O : - Makanan klien habis ½ dari porsi yang diberikan - Mukosa bibir klien terlihat kering A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi : - Anjurkan klien meningkatkan konsumsi sayuran dan buah-buahan - Kaji kemampuan klien mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan |  |

82

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | Sabtu / 25/6/2016 | 2 | 10.00 10.20 12.30 | - Observasi keadaan luka - Melakukan perawatan luka - Melanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan Ranitidin 2x1 amp/IV dan insulin. | 10.30 10.35 | **S :** - Keluarga klien mengatakan luka klien sudah terlihat bersih - Keluarga klien mengatakan klien masih mengeluh nyeri di lukanya O : - Luka terlihat bersih - Klien tampak meringis - Masih ada sedikit pus di tepi luka - Jaringan nekrotik masih belum bisa dibuang - Terapy sudah diinjeksikan A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Observasi luka - Lakukan perawatan luka - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan Ranitidin 2x1 amp/IV dan insulin. |

83

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | Sabtu / 25/6/2016 | 3 | 10.00 10.30 10.45 | - Mengobservasi tingkat nyeri - Mengevaluasi teknik pengalihan nyeri yang diajarkan/teknik nafas dalam - Melanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan ranitidin 2x1/iv | 10.30 10.50 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien masih mengeluh nyeri di kakinya - Keluarga klien mengatakan klien berusaha melakukan rileksasi seperti yang diajarkan O : - Klien terlihat meringis - Skala nyeri 4 - Klien tampak mencoba rileksasi A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Kaji tingkat nyeri - Evaluasi teknik pengalihan nyeri yang diajarkan - Lanjutkan terapy dengan dokter untuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan ranitidin 2x1/iv |

84

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | Sabtu / 25/6/2016 | 4 | 13.00 13.20 13.30 | - Mengatur posisi tidur klien setiap 2 jam - Mengobservasi kebersihan diri klien, makan dan toileting klien - Mengobservasi kemampuan perawatan diri klien | 13.30 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien masih belum mampu beraktivitas - Keluarga klien mengatakan klien masih belum kuat O : - Klien tampak istirahat - Klien dibantu miring kiri dan kanan setiap 2 jam - Aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga A : Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Atur posisi tidur klien setiap 2 jam - Observasi kebersihan diri klien, makan dan toileting klien - Observasi kemampuan perawatan diri klien |

85

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.** | Sabtu / 25/6/2016 | 5 | 09.00 09.13 09.15 09.30 | - Mengobservasi kemampuan komunikasi klien - Menggunakan kata sederhana dan pendek saat berbicara dengan klien - Memberikan reinforcement positif - Mendorong keluarga untuk selalu mengajak komunikasi dengan klien | 09.55 | **S :** - Keluarga klien mengatakan klien masih susah untuk berbicara - Keluarga klien mengatakan klien menggunakan bahasa isyarat jika ingin sesuatu O : - Bibir klien tampak mencong - Klien hanya menggunakan bahasa isyarat - Keluarga tampak selalu berkomunikasi dengan klien A :Masalah belum teratasi P : Intervensi : - Kaji kemampuan komunikasi klien - Gunakan kata sederhana dan pendek saat berbicara dengan klien - Berikan reinforcement positif - Dorong keluarga untuk selalu mengajak komunikasi dengan klien |

86  
**BAB IV  
PEMBAHASAN**Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Ny,N Dengan Gangren  
Diabetikum Diruangan Rawat Zal Bedah RSAM Bukittinggi pada tanggal 23 -  
25Juni 2016. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan  
kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan  
mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan Gangren  
Diabetikum sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan  
keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan  
diuraikan sesuai dengan prosedur keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa,  
intervensi, implementasi, dan evaluasi.  
**4.1. Pengkajian  
4.1.1. Identitas klien**Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis mengalami kesulitan  
untuk mendapatkan data dari klien sendiri, karena klien tidak mampu  
berbicara disebabkan klien pelo namun penulis mendapatkan data dari  
keluarga klien, catatan medis, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya.  
**4.1.2. Keluhan utama**Pada keluhan utamadalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada  
terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian.  
Menurut teori adanya rasa kesemutan pada kaki / tungkai bawah, rasa raba  
yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh – sembuh dan berbau, adanya  
nyeri pada luka. Pada Tinjauan Kasus didapatkan data Klien masuk IGD  
87  
RSAM Bukittinggi pada tanggal 22 Juni 2016 jam 09.14 WIB dengan  
keluhan jari manis kaki kanan membusuk dan berwarna kehitaman dan klien  
tidak nafsu makan.  
**4.1.3. Riwayat kesehatan dahulu**Pada tinjauan kasus saat dilakukan pengkajian keluarga klien mengatakan  
sebelumnya tidak mengetahui bahwa klien mempunyai riwayat DM, keluarga  
hanya mengetahui klien mempunyai riwayat hipertensi. Klien pernah dirawat  
di rumah sakit yang sama pada tahun 2014 dengan Stroke.  
**4.1.4. Riwayat kesehatan keluarga**Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga biasanya  
terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita Diabetes Mellitus  
namun tidak ditemukan data di keluarga yang menderita penyakit Diabetes  
Mellitus seperti klien.  
**4.1.5. Pemeriksaan Fisik**Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada Ny.N penulis banyak mengalami  
hambatan dikarenakan klien tidak mampu berbicara, Penulis mendapatkan  
data dari keluarga klien dan buku status. Beberapa pemeriksaan fisik yang  
Penulis temukan yaitu terdapat 2 luka di kaki kanan klien, luka di mata kaki  
:P : ±5cm L : ±5cm dan luka di punggung kaki D : 1cm dan Luka pada jari  
manis kaki klien sudah membusuk/kematian jaringan, skala nyeri 6. Nyeri  
dirasakan saat menggerakkan kakinya.  
88  
**4.2. Diagnosa Keperawatan**Diagnosa keperawatan Gangren Diabetikum secara teori menurut NANDA :  
1. Perfusi jaringan tidak efektif  
2. Kerusakan integritas kulit  
3. Nyeri akut  
4. Hambatan mobilitas fisik  
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  
6. Resiko infeksi  
7. Kurangnya pengetahuan  
8. Cemas  
Sedangkan pada tinjauan kasus hanya ditemukan 5 diagnosa keperawatan,  
diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus adalah :  
1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  
2. Kerusakan integritas kulit  
3. Nyeri akut  
4. Hambatan mobilitas fisik  
5. Kerusakan komunikasi verbal  
Dari 5 diagnosa diatas, ada 1 diagnosa yang tidak terdapat dalam teori yaitu  
Kerusakan komunikasi verbal, namun diagnosa ini ditegakkan karena penulis  
menemukan data yang menunjang tegaknya diagnosa tersebut yaitu :  
1. Saat dilakukan pengkajian keluarga klien mengatakan klien tidak bisa  
berbicara karena klien pelo dan tidak bisa menggerakkan bibirnya  
2. Keluarga klien mengatakan klien pernah dirawat di rumah sakit yang  
sama pada tahun 2014 dengan stroke  
89  
**4.3. Intervensi Keperawatan**Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan  
prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori  
dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan  
kasus disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan klien saat pengkajian  
dilakukan.  
a. Untuk diagnosa pertama  
Yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, rencana  
tindakan yang dilakukan adalah Kaji adanya alergi makanan. Kolaborasi  
dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang  
dibutuhkan pasien. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe.  
Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C. Berikan  
makanan yang terpilih ( sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). Berikan  
informasi tentang kebutuhan nutrisi. Kaji kemampuan pasien untuk  
mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan. Untuk intervensi pada kasus  
beberapa intervensi teori tidak penulis masukkan karena klien berumur 80  
tahun, penulis memilih dan menyesuaikan dengan kondisi klien  
b. Untuk diagnosa kedua  
Yaitu Kerusakan integritas kulit, rencana tindakan yang dilakukan  
adalah .Kaji karakteristik luka serta adanya eksudat, termasuk  
kekentalan, warna dan bau. (lokasi, luas dan kedalaman luka). Lakukan  
perawatan luka/kulit secara rutin. Bersihkan dan balut luka  
menggunakan prinsip sterilitas atau tindakan aseptic. Kolaborasi dengan  
dokter untuk pemberian antibiotika dan insulin. Untuk intervensi pada  
kasus beberapa intervensi teori tidak penulis masukkan karena klien  
90  
berumur 80 tahun, penulis memilih dan menyesuaikan dengan kondisi  
klien  
c. Untuk diagnosa ketiga  
Yaitu Nyeri akut, rencana tindakan yang dilakukan adalah Lakukan  
pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik,  
durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Observasi reaksi  
nonverbal dari ketidaknyamanan. Gunakan teknik komunikasi terapeutik  
untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. Kontrol lingkungan yang  
dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan  
kebisingan. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non  
farmakologi dan inter personal). Ajarkan tentang teknik non farmakologi.  
Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. Evaluasi keefektifan kontrol  
nyeri. Tingkatkan istirahat. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan  
dan tindakan nyeri tidak berhasil. Untuk intervensi pada kasus beberapa  
intervensi teori tidak penulis masukkan karena klien berumur 80 tahun,  
penulis memilih dan menyesuaikan dengan kondisi klien  
d. Untuk diagnosa keempat  
Yaitu Hambatan mobilitas fisik, rencana tindakan yang dilakukan adalah  
Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. Latih pasien dalam pemenuhan  
kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan. Dampingi dan Bantu  
pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs klien. Berikan  
alat Bantu jika klien memerlukan. Ajarkan pasien bagaimana merubah  
posisi dan berikan bantuan jika diperlukan. Untuk intervensi pada kasus  
beberapa intervensi teori tidak penulis masukkan karena klien berumur 80  
tahun, penulis memilih dan menyesuaikan dengan kondisi klien  
91  
e. Untuk diagnosa kelima  
Yaitu Kerusakan komunikasi verbal, rencana tindakan yang dilakukan  
adalah Kaji kemampuan berkomunikasi. Jelaskan tujuan interaksi.  
Perhatikan tanda nonverbal klien. Klarifikasi pesan bertanya dan  
feedback. Hindari barrier/ halangan komunikasi. Libatkan keluarga utk  
memahami pesan klien. Sediakan petunjuk sederhana. Perhatikan bicara  
klien dg cermat. Gunakan kata sederhana dan pendek. Berdiri di depan  
klien saat bicara, gunakan isyarat tangan. Beri reinforcement positif.  
Dorong keluarga utk selalu mengajak komunikasi denga klien. Untuk  
intervensi pada kasus beberapa intervensi teori tidak penulis masukkan  
karena klien berumur 80 tahun, penulis memilih dan menyesuaikan  
dengan kondisi klien  
**4.4. Implementasi Keperawatan**Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan  
rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih  
dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan  
yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga  
seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang  
dihadapi klien.  
a. Untuk diagnosa pertama  
Yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan, tindakan yang  
penulis lakukan adalah Mengobservasi adanya alergi makanan.  
Menganjurkan klien untuk meningkatkan makan sayuran dan buahbuahan. Memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi klien.  
92  
Mengobservasi kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang  
dibutuhkan.  
b. Untuk diagnosa kedua  
Yaitu Kerusakan integritas kulit, tindakan yang penulis lakukan adalah  
Mengobservasi luka klien. Melakukan perawatan luka. Membersihkan  
dan membalut luka klien. Melanjutkan terapy dengan dokter untuk  
pemberian Lefoperazone 2x1 amp / IV dan Ranitidin 2x1 amp / IV dan  
insulin  
c. Untuk diagnosa ketiga  
Yaitu Nyeri akut, tindakan yang penulis lakukan adalah Mengobservasi  
tingkat nyeri yang dirasakan klien. Mengajarkan teknik relakasasi non  
farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien. Mengevaluasi tindakan  
pengalihan nyeri. Melanjutkan terapy klien dengan dokter untuk  
pemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv dan Ranitidin 2x1 amp/iv  
d. Untuk diagnosa keempat  
Yaitu Hambatan mobilitas fisik, tindakan yang penulis lakukan adalah  
Mengatur posisi tidur klien setiap 2 jam. Menganjurkan keluarga untuk  
berpartisipasi untuk kegiatan mandi dan kebersihan diri, berpakaian,  
makan dan toileting klien. Mengobservasi kemampuan perawatan diri  
klien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari  
e. Untuk diagnosa kelima  
Yaitu Kerusakan komunikasi verbal, tindakan yang penulis lakukan  
adalah Mengobservasi kemampuan komunikasi klien. Memperhatikan  
bicara klien dengan cermat. Menggunakan kata sederhana dan pendek  
93  
saat berbicara dengan klien. Memberi reinforcement positif. Mendorong  
keluarga untuk selalu mengajak komunikasi dengan klien  
Dalam melakukan rencana tindakan keperawatan penulis tidak menemukan  
kesulitan yang berarti hal ini disebabkan karena :  
a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam  
perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada  
tindakan keperawatan.  
b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa  
percaya sehingga memudahkan dalam melakukan tindakan  
keperawatan pada klien.  
c. Adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan  
sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan  
asuhan keperawatan  
**4.5. Evaluasi**Dari 5 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang  
penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan  
keperawatan belum mencapai perkembangan yang diharapkan, dikarenakan  
waktu yang singkat oleh karena itu diharapkan kepada perawat dan tenaga  
medis lainnya untuk melanjutkan intervensi yang telah penulis  
rencanakan.Dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil  
yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien,  
perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.  
94  
Untuk diagnosa pertama yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari  
kebutuh tubuh, hasil yang penulis dapatkan adalah Keluarga klien  
mengatakan makan klien sudah sedikit lebih banyak dari pada sebelumnya  
Keluarga klien mengatakan klien makan pisang dan susu. Makanan klien  
tampak habis ½ dari porsi yang diberikan.  
Untuk diagnosa kedua yaitu kerusakan integritas kulit, hasil yang penulis  
dapatkan adalah Keluarga klien mengatakan luka klien sudah terlihat bersih.  
Luka terlihat bersih. Insulin diinjeksikan.  
Untuk diagnosa ketiga yaitu nyeri akut, hasil yang penulis dapatkan adalah  
Keluarga klien mengatakan klien masih mengeluh nyeri di kakinya. Klien  
terlihat meringis. Skala nyeri 4. Klien tampak mencoba rileksasi.  
Untuk diagnosa keempat yaitu hambatan mobilitas fisik, hasil yang penulis  
dapatkan adalah Keluarga klien mengatakan klien masih belum mampu  
beraktivitas. Klien tampak istirahat. Aktivitas klien masih dibantu oleh  
keluarga.  
Untuk diagnosa kelima yaitu kerusakan komunikasi verbal, hasil yang penulis  
dapatkan adalah Keluarga klien mengatakan klien susah untuk berbicara.  
Mulut klien tampak mencong. Klien hanya menggunakan bahasa isyarat.  
95  
**BAB V  
PENUTUP  
5.1. Kesimpulan**Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Ny.N Dengan Gangren  
Diabetikum Di Ruang Zal Bedah RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi  
2016 dapat disimpulkan :  
**a. Pengkajian**Saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data yang sesuai dengan  
penyakit pasien yaitu Gangren Diabetikum, dan nantinya data tersebut  
akan menjadi dasar bagi penulis untuk menegakkan diagnosa dalam  
melakukan tindakan keperawatan.  
**b. Diagnosa**Berdasarkan data yang di dapat, ditemukan 5 diagnosa pada kasus Ny.N  
yaitu :  
1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan  
2. Kerusakan integritas kulit  
3. Nyeri akut  
4. Hambatan mobilitas fisik  
5. Kerusakan komunikasi verbal  
**c. Intervensi**Intervensi yang dilakukan mengacu kepada diagnosa yang ditegakkan dan  
dibuat sesuai teoritis pada Buku Rencana Asuhan Keperawatan,  
Intervensi dapat berupa tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi.  
96  
Untuk intervensi pada kasus beberapa intervensi teori tidak penulis  
masukkan karena klien berumur 80 tahun, penulis memilih dan  
menyesuaikan dengan kondisi klien  
**d. Implementasi**Implementasi yang dilakukan di ruangan lebih di fokuskan pada  
pendidikan kesehatan dan kolaborasi dengan keluarga untuk merawat  
pasien, sedangkan untuk implementasi yang lain secara continue  
dilakukan oleh perawat ruangan karena keterbatasan waktu bagi penulis  
memantau dan melakukan implementasi pada klien.  
**e. Evaluasi**Evaluasi dapat berupa respon verbal, respon non verbal, dan hasil  
pemeriksaan. Dari 5 diagnosa yang penulis tegakkan, belum ada masalah  
yang teratasi dikarenakan keterbatasan waktu dan kemampuan penulis  
untuk melakukan asuhan keperawatan.  
97  
**5.2. Saran  
5.2.1. Bagi Mahasiswa**Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas  
wawasan mengenai Gangren Diabetikum karena dengan adanya pengetahuan  
dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam  
masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat  
mengenai Gangren Diabetikum, dan fakor –faktor pencetusnya serta  
bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.  
**5.2.2. Bagi Rumah Sakit**Untuk mencegah meningkatnya Gangren Diabetikum sebaiknya pasien di  
beri informasi yang memadai mengenai Gangren Diabetikum itu sendiri dan  
aspek-aspeknya. Dengan di perolehnya informasi yang cukup maka  
pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera. Adapun untuk pasien yang  
telah mengalami atau menderita Gangren Diabetikum, maka harus segera di  
lakukan perawatan yang intensif.  
**5.2.3. Bagi Masyarakat**Masyarakat diharapkan mampu mengenali tanda dan gejala penyakit Gangren  
Diabetikum, sehingga komplikasi dari penyakit tersebut dapat segera di atasi,  
dan bagi masyarakat diharapkan mampu mengendalikan pola hidup yang  
tidak baik sehingga bisa terhindar dari penyakit Gangren Diabetikum.  
Diharapkan juga bagi keluarga bersikap lebih terbuka dalam memberikan  
informasi yang akan sangat berguna untuk melakukan rencana tindakan yang  
tepat nantinya.  
**DAFTAR PUSTAKA**Agri, Nurul. (2012). *GDL*. Pada http://digilib.unimus.ac.id diakses pada tanggal 28 Juni 2016  
*Arif*, *Mansjoer*, *dkk*. (2000) . *Kapita Selekta Kedokteran. Edisi ke-3. FKUI*. Jakarta: Medica  
Arjatmo.(2002). Penyakit Diabetes Mellitus. Dikutip Dari  
http://mahida01.blogspot.com/2005/03/Diabetes-mellitus.  
Arora, M., Koley, S., Gupta, S.,& Shandu, J.S., (2007). *A Study on Lipid Profile And Body  
Fat in Patients with Diabetes Melitus*. Anthropologist, 9(4): 295-298.  
*Bare* BG, *Smeltzer* SC. (*2001)*. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC  
*Dorland*, Newman. (*2002)*. *Kamus Kedokteran Dorland. Edisi 29*. Jakarta: EGC  
Gibbons , G.W., Marcaccio, E.J., Habershaw , G.M. 1995. *Management Of Diabetic Foot*. In  
: Callow, A.D., Ernst, C.B., editors.Vascular surgery : theory and practice.  
Connecticut : Appleton and Lange.  
Handerson, Ardle. (2002). *Biomekanik Dan Gerakan Organ Tubuh*. IOC: Canada  
Hartatik, Sri. (2014). *Laporan Pendahuluan Diabetes Mellitus.* Pada  
http://lpkeperawatan.blogspot.co.id diakses pada tanggal 28 Juni 2016  
Johnson, M, et all. (2002*). Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition*. Mosby:  
IOWA Intervention Project  
Kurniadi, Rizki. (2012). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus*. Pada  
http://asuhankeperawatanonline.blogspot.co.id dikases pada tanggal 28 Juni 2016  
Lestari. (2015). Ketidak Seimbangan Nutrisi: Kurang dari Kebutuhan Tubuh. Pada  
http://askepkita.com diakses pada tanggal 28 Juni 2016  
Mc Closky, C. J, et all. (2002). *Nursing Interventions Classification (NIC) Second Edition*.  
Mosby: IOWA Intervention Project  
*Misnadiarly*. (*2006)*. *Diabetes Mellitus: Ulcer, Infeksi, Ganggren.* Jakarta: Populer Obor  
Noer, Sjaifoellah. (2004). *Ilmu Penyakit Endokrin dan Metabolik Buku Ajar Ilmu Penyakit  
Dalam Jilid 1*. Jakarta: FKUI  
Pitoett, Putri. (2015). *Askep Ulkus DM RSUD Kudus1*. Pada http://document.tips diakses  
pada tanggal 28 Juni 2016  
*Soegondo,* S, dkk. (2006). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*. Jakarta: FKUI  
Suyono S. Diabetes Melitus di Indonesia. Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam. IV ed. Jakarta:  
Pusat penerbitan Ilmu Penyakit dalam FK UI; 2006.  
*Tambayong*, Jan. (*2001)*. *Anatomi dan Fisiologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC  
Tjokroprawiro, *Askandar*. (*2001)*. *Diabetes Melitus, Klasifikasi, Diagnosa dan Terapi*.  
Gramedia Pustaka Utama: Jakarta  
Umami, Vidhia. (2007). *At a Glance Ilmu Bedah Edisi Ketiga*. Jakarta: Erlangga  
  
  
  
103  
  
  
**DAFTAR RIWAYAT HIDUP  
I. Identitas Penulis  
Nama : Fuadil Ulum  
Tempat / Tanggal Lahir : Bonjol, 21 April 1992  
Alamat : Kp. Jambak, Bonjol, Pasaman  
II. Nama Orang Tua  
Ayah : H. Ali Desman  
Ibu : Hj. Titien Sumarni  
III. Pendidikan**❖**TK : 1997 - 1998**❖**SDN 01 Ateh Gaduang Bonjol : 1998 - 2004**❖**MST Parabek Bukittinggi : 2004 - 2007**❖**MAN 1 Lubuk Sikaping : 2007 - 2010**❖**STIKes Perintis Sumatera Barat : 2013 - 2016**