**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 |
| Pernpasankusmauli |  |  |
| 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 efektifBatasan karakteristik :Renal•Perubahan tekanandarah di luar batasparameter•Hematuria•Oliguri/anuria•Elevasi/penuruna•BUN/rasio kreatininGastro Intestinal•Secara usus hipoaktifatau tidak ada•Nausea•Distensi abdomen•Nyeri abdomen atautidak terasa lunak(tenderness)Peripheral•Edema•Tanda Homan positif•Perubahankarakteristik kulit(rambut, kuku,air/kelembaban)•Denyut nadi lemahatau 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 tidakbertambah parah.- Sensorik dan motorik membaik | **NIC :Peripheral Sensation Management (Manajemensensasi perifer)**- Monitor adanya daerah tertentu yang hanya pekaterhadap panas/dingin/tajam/tumpul- Monitor adanya paretese- Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulitjika 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 perubahansensasi |

36

|  |
| --- |
| •Diskolorisasi kulit•Perubahan suhu kulit•Perubahan sensasi•Kebiru-biruan•Perubahan tekanandarah di ekstremitas•Bruit•Terlambat sembuh•Pulsasi arterialberkurang•Warna kulit pucatpada elevasi, warnatidak kembali padapenurunan kakiCerebral•Abnormalitas bicara•Kelemahanekstremitas atauparalis•Perubahan statusmental•Perubahan padarespon motorik•Perubahan reaksi pupil•Kesulitan untukmenelan•Perubahan kebiasaanKardiopulmonar•Perubahan frekuensirespirasi di luar batasparameter |

37

|  |
| --- |
| •Penggunaan ototpernafasan tambahan•Balikkan kapiler > 3detik (Capillary refill)•Abnormal gas daraharteri•Perasaan ”ImpendingDoom” (Takdirterancam)•Bronkospasme•Dyspnea•Aritmia•Hidung kemerahan•Retraksi dada•Nyeri dada |

38

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2  | Kerusakan integritas kulitBatasan karakteristik :•Gangguan pada bagiantubuh•Kerusakan lapisa kulit(dermis)•Gangguan permukaankulit (epidermis) | **NOC**- Tissue Integrity : Skin and MucousMembranesKriteria Hasil :- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan(sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi,pigmentasi)- Tidak ada luka/lesi pada kulit- Perfusi jaringan baik- Menunjukkan pemahaman dalam prosesperbaikan kulit dan mencegah terjadinyasedera berulang- Mampu melindungi kulit danmempertahankan kelembaban kulit danperawatan alami | **NICPressure Management**- Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaianyang longgar- Hindari kerutan padaa tempat tidur- Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dankering- Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap duajam sekali- Monitor kulit akan adanya kemerahan- Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada derahyang tertekan- Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien- Monitor status nutrisi pasien- Memandikan pasien dengan sabun dan airhangat**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 menggunakanprinsip sterilitas atau tindakan aseptic.- Kolaborasi dengan dokter untuk pemberianantibiotika dan insulin (Ceftriaxsone 1x1 gr,Humullin 12 unit dan albumin 1 x 100 cc ) |

39

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3  | Nyeri akutBatasan karakteristik :•Laporan secara verbalatau non verbal•Fakta dari observasi•Posisi antalgic untukmenghindari nyeri•Gerakan melindungi•Tingkah laku berhatihati•Muka topeng•Gangguan tidur (matasayu, tampak capek,sulit atau gerakankacau, menyeringai)•Terfokus pada dirisendiri•Fokus menyempit(penurunan persepsiwaktu, kerusakanproses berpikir,penurunan interaksidengan orang danlingkungan)•Tingkah laku distraksi,contoh : jalan-jalan,menemui orang laindan/atau aktivitas,aktivitas berulangulang) | **NOC :**- Pain Level,- Pain control,- Comfort level**Kriteria Hasil :**- Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebabnyeri, mampu menggunakan tehniknonfarmakologi untuk mengurangi nyeri,mencari bantuan)- Melaporkan bahwa nyeri berkurang denganmenggunakan manajemen nyeri- Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas,frekuensi dan tanda nyeri)- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeriberkurang- Tanda vital dalam rentang normal | **NICPain Management**- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensiftermasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas dan faktor presipitasi- Observasi reaksi nonverbal dariketidaknyamanan- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untukmengetahui pengalaman nyeri pasien- Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri- Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau- Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan laintentang ketidakefektifan kontrol nyeri masalampau- Bantu pasien dan keluarga untuk mencari danmenemukan dukungan- Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhinyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dankebisingan- Kurangi faktor presipitasi nyeri- Pilih dan lakukan penanganan nyeri(farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)- Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukanintervensi- Ajarkan tentang teknik non farmakologi- Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri- Tingkatkan istirahat- Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhandan tindakan nyeri tidak berhasil- Monitor penerimaan pasien tentang manajemen |

40

|  |  |
| --- | --- |
| •Respon autonom(seperti diaphoresis,perubahan tekanandarah, perubahannafas, nadi dan dilatasipupil)•Perubahan autonomicdalam tonus otot(mungkin dalamrentang dari lemah kekaku)•Tingkah laku ekspresif(contoh : gelisah,merintih, menangis,waspada, iritabel,nafaspanjang/berkeluhkesah)•Perubahan dalamnafsu makan danminum | nyeriAnalgesic Administration- Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, danderajat nyeri sebelum pemberian obat- Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis,dan frekuensi- Cek riwayat alergi- Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasidari analgesik ketika pemberian lebih dari satu- Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe danberatnya nyeri- Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dandosis optimal- Pilih rute pemberian secara IV, IM untukpengobatan nyeri secara teratur- Monitor vital sign sebelum dan sesudahpemberian analgesik pertama kali- Berikan analgesik tepat waktu terutama saatnyeri hebat- Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala(efek samping) |

41

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4  | Hambatan mobilitas fisikBatasan karakteristik :- Postur tubuh yangtidak stabil selamamelakukan kegiatanrutin harian- Keterbatasankemampuan untukmelakukanketerampilan motorikkasar- Keterbatasankemampuan untukmelakukanketerampilan motorikhalus- Tidak ada koordinasiatau pergerakan yangtersentak-sentak- Keterbatasan ROM- Kesulitan berbalik(belok)- Perubahan gayaberjalan (Misal :penurunan kecepatanberjalan, kesulitanmemulai jalan,langkah sempit, kakidiseret, goyanganyang berlebihan padaposisi 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 dalammeningkatkan kekuatan dan kemampuanberpindah- Memperagakan penggunaan alat Bantuuntuk mobilisasi (walker) | **NIC :**Exercise therapy : ambulation- Monitoring vital sign sebelm/sesudah latihandan lihat respon pasien saat latihan- Konsultasikan dengan terapi fisik tentangrencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan- Bantu klien untuk menggunakan tongkat saatberjalan dan cegah terhadap cedera- Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan laintentang teknik ambulasi- Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi- Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLssecara mandiri sesuai kemampuan- Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi danbantu penuhi kebutuhan ADLs ps.Berikan alat Bantu jika klien memerlukan.- Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi danberikan bantuan jika diperlukan |

42

|  |
| --- |
| - Penurunan waktureaksi- Bergerakmenyebabkan nafasmenjadi pendek- Usaha yang kuat untukperubahan gerak(peningkatan perhatianuntuk aktivitas lain,mengontrol perilaku,fokus dalam anggapanketidakmampuanaktivitas)- Pergerakan yanglambat- Bergerakmenyebabkan tremor |

43

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5  | Ketidakseimbangan nutrisikurang dari kebutuhan tubuhBatasan karakteristik :- Berat badan 20 % ataulebih di bawah ideal- Dilaporkan adanyaintake makanan yangkurang dari RDA(Recomended DailyAllowance)- Membran mukosa dankonjungtiva pucat- Kelemahan otot yangdigunakan untukmenelan/mengunyah- Luka, inflamasi padarongga mulut- Mudah merasakenyang, sesaatsetelah mengunyahmakanan- Dilaporkan atau faktaadanya kekuranganmakanan- Dilaporkan adanyaperubahan sensasi rasa- Perasaanketidakmampuanuntuk mengunyahmakanan- Miskonsepsi | **NOC :**- Nutritional Status : food and Fluid Intake- Weight control**Kriteria Hasil :**- Adanya peningkatan berat badan sesuaidengan tujuan- Beratbadan ideal sesuai dengan tinggi badan- Mampumengidentifikasi kebutuhan nutrisi- Tidak ada tanda tanda malnutrisi- Menunjukkan peningkatan fungsipengecapan dari menelan- Tidak terjadi penurunan berat badan yangberarti | **NIC :Nutrition Management**- Kaji adanya alergi makanan- Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukanjumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkanpasien.- Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe- Anjurkan pasien untuk meningkatkan proteindan vitamin C- Berikan substansi gula- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggiserat untuk mencegah konstipasi- Berikan makanan yang terpilih ( sudahdikonsultasikan dengan ahli gizi)- Ajarkan pasien bagaimana membuat catatanmakanan harian.- Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori- Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi- Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkannutrisi yang dibutuhkan**Nutrition Monitoring**- BB pasien dalam batas normal- Monitor adanya penurunan berat badan- Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasadilakukan- Monitor interaksi anak atau orangtua selamamakan- Monitor lingkungan selama makan- Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidakselama jam makan- Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi |

44

|  |  |
| --- | --- |
| - Kehilangan BBdengan makanancukup- Keengganan untukmakan- Kram pada abdomen- Tonus otot jelek- Nyeri abdominaldengan atau tanpapatologi- Kurang berminatterhadap makanan- Pembuluh darahkapiler mulai rapuh- Diare dan atausteatorrhea- Kehilangan rambutyang cukup banyak(rontok)- Suara usus hiperaktif- Kurangnya informasi,misinformasi | - Monitor turgor kulit- Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudahpatah- Monitor mual dan muntah- Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dankadar Ht- Monitor makanan kesukaan- Monitor pertumbuhan dan perkembangan- Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringanjaringan konjungtiva- Monitor kalori dan intake nuntrisi- Catat adanya edema, hiperemik, hipertonikpapila lidah dan cavitas oral.- Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet |

45

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6  | Resiko InfeksiFaktor-faktor resiko :- Prosedur Infasif- Ketidakcukupanpengetahuan untukmenghindari paparanpatogen- Trauma- Kerusakan jaringandan peningkatanpaparan lingkungan- Ruptur membranamnion- Agen farmasi(imunosupresan)- Malnutrisi- Peningkatan paparanlingkungan patogen- Imonusupresi- Ketidakadekuatanimum buatan- Tidak adekuatpertahanan sekunder(penurunan Hb,Leukopenia,penekanan responinflamasi)- Tidak adekuatpertahanan tubuhprimer (kulit tidakutuh, trauma jaringan, | **NOC :**- Immune Status- Risk control**Kriteria Hasil :**- Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi- Menunjukkan kemampuan untuk mencegahtimbulnya 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 mencucitangan saat berkunjung dan setelah berkunjungmeninggalkan pasien- Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan- Cuci tangan setiap sebelum dan sesudahtindakan kperawtan- Gunakan baju, sarung tangan sebagai alatpelindung- Pertahankan lingkungan aseptik selamapemasangan alat- Ganti letak IV perifer dan line central dandressing sesuai dengan petunjuk umum- Gunakan kateter intermiten untuk menurunkaninfeksi kandung kencing- Tingkatkan intake nutrisi- Berikan terapi antibiotik bila perlu**Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)**- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik danlokal- Monitor hitung granulosit, WBC- Monitor kerentanan terhadap infeksi- Batasi pengunjung- Saring pengunjung terhadap penyakit menular- Partahankan teknik aspesis pada pasien yangberesiko- 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 terhadapkemerahan, panas, drainase- Inspeksi kondisi luka / insisi bedah- Dorong masukkan nutrisi yang cukup- Dorong masukan cairan- Dorong istirahat- Instruksikan pasien untuk minum antibiotiksesuai resep- Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejalainfeksi- Ajarkan cara menghindari infeksi- Laporkan kecurigaan infeksi- Laporkan kultur positif |

47

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7  | Kurang pengetahuanBatasan karakteristik :- memverbalisasikanadanya masalah,ketidakakuratanmengikuti instruksi,perilaku tidak sesuai. | **NOC :**- Kowlwdge : disease process- Kowledge : health Behavior**Kriteria Hasil :**- Pasien dan keluarga menyatakan pemahamantentang penyakit, kondisi, prognosis danprogram pengobatan- Pasien dan keluarga mampu melaksanakanprosedur yang dijelaskan secara benar- Pasien dan keluarga mampu menjelaskankembali apa yang dijelaskan perawat/timkesehatan lainnya. | **NICTeaching : disease Process**- Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuanpasien tentang proses penyakit yang spesifik- Jelaskan patofisiologi dari penyakit danbagaimana hal ini berhubungan dengan anatomidan fisiologi, dengan cara yang tepat.- Gambarkan tanda dan gejala yang biasa munculpada penyakit, dengan cara yang tepat- Gambarkan proses penyakit, dengan cara yangtepat- Identifikasi kemungkinan penyebab, dengna carayang tepat- Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi,dengan cara yang tepat- Sediakan bagi keluarga atau SO informasitentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat- Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkindiperlukan untuk mencegah komplikasi di masayang akan datang dan atau proses pengontrolanpenyakit- Diskusikan pilihan terapi atau penanganan- Dukung pasien untuk mengeksplorasi ataumendapatkan second opinion dengan cara yangtepat atau diindikasikan- Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan,dengan cara yang tepat- Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitaslokal, dengan cara yang tepat- Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejalauntuk melaporkan pada pemberi perawatankesehatan, dengan cara yang tepat |

48

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 8  | CemasDitandai dengan- Gelisah- Insomnia- Resah- Ketakutan- Sedih- Fokus pada diri- Kekhawatiran- Cemas | **NOC :**- Anxiety control- Coping- Impulse control**Kriteria Hasil :**- Klien mampu mengidentifikasi danmengungkapkan gejala cemas- Mengidentifikasi, mengungkapkan danmenunjukkan tehnik untuk mengontolcemas- Vital sign dalam batas normal- Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuhdan tingkat aktivitas menunjukkanberkurangnya kecemasan | **NIC :Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)**- Gunakan pendekatan yang menenangkan- Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelakupasien- Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakanselama prosedur- Pahami prespektif pasien terhdap situasi stres- Temani pasien untuk memberikan keamanan danmengurangi 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 yangmenimbulkan kecemasan- Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan,ketakutan, persepsi- Instruksikan pasien menggunakan teknikrelaksasi- 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/NutrisiMakan**- Menu- Porsi- Makanan Kesukaan- Pantangan**Minum**- Jumlah- Minuman Kesukaan- Pantangan**EleminasiBAB**- Frekuensi- Warna- Bau- Konsistensi- Kesulitan**BAK**- Frekuensi- Warna- Bau- Konsistensi | Nasi1 PorsiNasiTidak ada4-6L/hariAir putihTidak ada1x/hariKuning kecoklatanKhasPadatTidak ada3-5x/hariKuningKhasCair | Makanan cair½ PorsiNasiDiluar diit RS3-5L/hariAir putihTidak ada1x/hariKuning kecoklatanKhasCairTidak ada4-5x/hariKuningKhasCair |

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 adaJam 22.00 – 04.006 jamTidak adaTidak ada2x/hari2x/hari2x/hari1x/minggu | Tidak adaJam 10.00-13.00Jam 14.00-20.00Jam 21.00-05.0015 jamTidak adaTidak adaDi lap keluargaBelum ada karenaklien baru masuk 1hari |

**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 mengatakanmakan klien kurang- Klien hanya makan sedikit dariporsi yang diberikan- Keluarga klien mengatakanklien susah menelanDO :- Makanan yang disajikan tampaktidak habis ½ porsi- Mukosa bibir klien kering- Klien tampak lemah dan lesu | Ketidakseimbangannutrisi kurang darikebutuhan tubuh | intakeyang tidakadekuat |
| 2.  | DS :- Keluarga klien mengatakanterdapat 2 luka di kaki klien- Keluarga klien mengatakanklien mengeluh nyeri di kakinyaDO :- Terdapat 2 luka di kaki kananklien, luka di mata kaki :P :±5cm L : ±5cm masihmerasakan nyeri bila disentuh, | Kerusakan integritaskulit | luka gangrendiabetikum |

63

|  |
| --- |
| luka di punggung kaki D : 1cmdan Luka pada jari manis kakiklien sudahmembusuk/kematian jaringan,nyeri dirasakan saatmenggerakkan kakinya.- Skala nyeri 6.- Klien tampak meringis |
| 3.  | DS :- Keluarga klien mengatakanklien mengeluh nyeri di kakinya- Keluarga klien mengatakanterdapat 2 luka di kaki klienDO :- Klien tampak meringis- Terdapat 2 luka di kakik klien- Skala nyeri 6. | Nyeri  | luka gangrendiabetikum |
| 4..  | DS :- Keluarga klien mengatakananggota gerak kanan klienlemah- Keluarga klien mengatakanklien tidak mampu beraktivitas- Keluarga klien mengatakan | Hambatan mobilitasfisik | penurunankekuatan otot |

64

|  |
| --- |
| aktivitas klien dibantu keluarga.DO :- ADL tampak dibantu keluarga- Klien tampak terbaring lemah ditempat tidur |
| 5.  | DS :- Keluarga klien mengatakanklien tidak bisa berbicara karenaklien pelo dan tidak bisamenggerakkan bibirnya- Keluarga klien mengatakanklien pernah dirawat di rumahsakit yang sama pada tahun2014 dengan strokeDO :- Bibir klien tampak mencong- Klien tampak susah untukberbicara, bicara pelo- Klien tampak menggunakanbahasa isyarat | Kerusakankomunikasi verbal | kerusakanmotoris dari otototot 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 nutrisikurang dari kebutuhan tubuhDS :- Keluarga klien mengatakanmakan klien kurang- Klien hanya makan sedikitdari porsi yang diberikan- Keluarga klien mengatakanklien susah menelanDO :- Makanan yang disajikantampak tidak habis ½ porsi- Mukosa bibir klien keringKlien tampak lemah dan lesu | **NOC :**- Nutritional Status : food and FluidIntake- Weight control**Kriteria Hasil :**- Mampumengidentifikasi kebutuhannutrisi- Tidak ada tanda tanda malnutrisi- Menunjukkan peningkatan fungsipengecapan dari menelan- Tidak terjadi penurunan beratbadan yang berarti | **NIC :Nutrition Management**- Kaji adanya alergi makanan- Kolaborasi dengan ahli gizi untukmenentukan jumlah kalori dan nutrisiyang dibutuhkan pasien.- Anjurkan pasien untuk meningkatkanintake Fe- Anjurkan pasien untuk meningkatkanprotein dan vitamin C- Berikan makanan yang terpilih ( sudahdikonsultasikan dengan ahli gizi)- Berikan informasi tentang kebutuhannutrisi- Kaji kemampuan pasien untukmendapatkan nutrisi yang dibutuhkan |

67

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.**  | **Kamis /23 Juni 2016** | Kerusakan integritas kulitDS :- Keluarga klien mengatakanterdapat 2 luka di kakiklien- Keluarga klien mengatakanklien mengeluh nyeri dikakinyaDO :- Terdapat 2 luka di kakikanan klien, luka di matakaki :P : ±5cm L : ±5cmmasih merasakan nyeri biladisentuh, luka di punggungkaki D : 1cm dan Lukapada jari manis kaki kliensudah membusuk/kematianjaringan, nyeri dirasakansaat menggerakkankakinya.- Skala nyeri 6.- Klien tampak meringis | **NOC**- Tissue Integrity : Skin and MucousMembranesKriteria Hasil :- Integritas kulit yang baik bisadipertahankan (sensasi, elastisitas,temperatur, hidrasi, pigmentasi)- Tidak ada luka/lesi pada kulit- Perfusi jaringan baik- Menunjukkan pemahaman dalamproses perbaikan kulit danmencegah terjadinya sederaberulang- Mampu melindungi kulit danmempertahankan kelembaban kulitdan perawatan alami | **Wound care**- Kaji karakteristik luka serta adanyaeksudat, termasuk kekentalan, warnadan bau. (lokasi, luas dan kedalamanluka)- Lakukan perawatan luka/kulit secararutin.- Bersihkan dan balut lukamenggunakan prinsip sterilitas atautindakan aseptic.- Kolaborasi dengan dokter untukpemberian antibiotika dan insulin . |

68

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.**  | **Kamis /23 Juni 2016** | Nyeri akutDS :- Keluarga klien mengatakanklien mengeluh nyeri dikakinya- Keluarga klien mengatakanterdapat 2 luka di kakiklienDO :- Klien tampak meringis- Terdapat 2 luka di kakikklien- Skala nyeri 6. | **NOC :**- Pain Level,- Pain control,- Comfort level**Kriteria Hasil :**- Mampu mengontrol nyeri (tahupenyebab nyeri, mampumenggunakan tehniknonfarmakologi untuk menguranginyeri, mencari bantuan)- Melaporkan bahwa nyeri berkurangdengan menggunakan manajemennyeri- Mampu mengenali nyeri (skala,intensitas, frekuensi dan tandanyeri)- Menyatakan rasa nyaman setelahnyeri berkurang- Tanda vital dalam rentang normal | **NICPain Management**- Lakukan pengkajian nyeri secarakomprehensif termasuk lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitasdan faktor presipitasi- Observasi reaksi nonverbal dariketidaknyamanan- Gunakan teknik komunikasi terapeutikuntuk mengetahui pengalaman nyeripasien- Kontrol lingkungan yang dapatmempengaruhi nyeri seperti suhuruangan, pencahayaan dan kebisingan- Pilih dan lakukan penanganan nyeri(farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)- Ajarkan tentang teknik non farmakologi- Berikan analgetik untuk menguranginyeri- Evaluasi keefektifan kontrol nyeri- Tingkatkan istirahat- Kolaborasikan dengan dokter jika adakeluhan dan tindakan nyeri tidakberhasil |

69

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.**  | **Kamis /23 Juni 2016** | Hambatan mobilitas fisikDS :- Keluarga klien mengatakananggota gerak kanan klienlemah- Keluarga klien mengatakanklien tidak mampuberaktivitas- Keluarga klien mengatakanaktivitas klien dibantukeluarga.DO :- ADL tampak dibantukeluarga- Klien tampak terbaringlemah di tempat tidur | **NOC :**- Joint Movement : Active- Mobility Level- Self care : ADLs- Transfer performance**Kriteria Hasil :**- Klien meningkat dalam aktivitasfisik- Mengerti tujuan dari peningkatanmobilitas- Memverbalisasikan perasaan dalammeningkatkan kekuatan dankemampuan berpindah- Memperagakan penggunaan alatBantu untuk mobilisasi (walker) | **NIC :**Exercise therapy : ambulation- Kaji kemampuan pasien dalammobilisasi- Latih pasien dalam pemenuhankebutuhan ADLs secara mandiri sesuaikemampuan- Dampingi dan Bantu pasien saatmobilisasi dan bantu penuhi kebutuhanADLs ps.Berikan alat Bantu jika klienmemerlukan.- Ajarkan pasien bagaimana merubahposisi dan berikan bantuan jikadiperlukan |

70

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.**  | **Kamis /23 Juni 2016** | Kerusakan komunikasi verbalDS :- Keluarga klien mengatakanklien tidak bisa berbicarakarena klien pelo dan tidakbisa menggerakkanbibirnya- Keluarga klien mengatakanklien pernah dirawat dirumah sakit yang samapada tahun 2014 denganstrokeDO :- Bibir klien tampakmencong- Klien tampak susah untukberbicara, bicara pelo- Klien tampakmenggunakan bahasaisyarat | Setelah dilakukan asuhan keperawatanselama 3x 24 jam, kemampuan komunitasverbal meningkat,dengan kriteria:Kemampuan komunikasi:- Penggunaan isyarat- Nonverbal- Penggunaan bahasa tulisan, gambar- Peningkatan bahasa lisanKomunikasi : kemampuan penerimaan.- Kemampuan interprestasimeningkat | **Mendengar aktif :**1. Kaji kemampuan berkomunikasi2. Jelaskan tujuan interaksi3. Perhatikan tanda nonverbal klien4. Klarifikasi pesan bertanya danfeedback.5. Hindari barrier/ halangankomunikasi**Peningkatan komunikasi: Defisit bicara**- Libatkan keluarga utk memahamipesan klien- Sediakan petunjuk sederhana- Perhatikan bicara klien dg cermat- Gunakan kata sederhana danpendek- Berdiri di depan klien saat bicara,gunakan isyarat tangan.- Beri reinforcement positif- Dorong keluarga utk selalumengajak komunikasi denga klien |

71
**3.1.4 Catatan Perkembangan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **Hari /Tanggal**  | **Dx**  | **Jam**  | **Implementasi**  | **Jam**  | **Evaluasi**  | **Paraf** |
| **1.**  | Kamis /23/6/2016 | 1  | 11.3011.3511.4512.00 | - Mengobservasi adanya alergi makanan- Menganjurkan klien untuk meningkatkanmakan sayuran dan buah-buahan- Memberikan informasi tentang kebutuhannutrisi klien- Mengobservasi kemampuan klien untukmendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | 12.0012.30 | **S :**- Keluarga klien mengatakan klientidak memiliki alergi makanan- Keluarga klien mengatakan klienjarang mengkonsumsi sayuran danbuah-buahanO :- Klien tidak memiliki alergi makanan- Makanan klien habis ¼ dari porsiyang diberikan- Mukosa bibir klien terlihat keringA : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Anjurkan klien meningkatkankonsumsi sayuran dan buah-buahan- Kaji kemampuan klien mendapatkannutrisi yang dibutuhkan |  |

72

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.**  | Kamis /23/6/2016 | 2  | 11.0011.0511.1512.30 | - Mengobservasi luka klien- Melakukan perawatan luka- Membersihkan dan membalut luka klien- Melanjutkan terapy dengan dokter untukpemberian Lefoperazone 2x1 amp / IV danRanitidin 2x1 amp / IV dan insulin | 11.3011.35 | **S :**- Keluarga klien mengatakan lukaklien sudah terlihat bersih- Keluarga klien mengatakan lukaklien bauO :- Luka terlihat bersih- Klien tampak meringis- Masih ada sedikit pus di tepi luka- Jaringan nekrotik masih belum bisadibuang- Lefoperazone 2x1 amp/iv, ranitidin2x1 amp/iv sudah diinjeksikan- Insulin sudah diinjeksikanA : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Observasi luka- Lakukan perawatan luka- Lanjutkan terapy dengan dokteruntuk pemberian Lefoperazone 2x1amp/iv dan Ranitidin 2x1 amp/IVdan insulin. |

73

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.**  | Kamis /23/6/2016 | 3  | 10.0010.1010.1510.20 | - Mengobservasi tingkat nyeri yangdirasakan klien- Mengajarkan teknik relakasasi nonfarmakologis / teknik nafas dalam kepadaklien- Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri- Melanjutkan terapy klien dengan dokteruntuk pemberian Lefoperazone 2x1 amp/ivdan Ranitidin 2x1 amp/iv | 10.3010.35 | **S :**- Keluarga klien mengatakan klienmengeluh nyeri di kakinya- Keluarga klien mengatakan klientampak rileks setelah diajarkanteknik nafas dalamO :- Klien tampak meringis- Klien tampak melakukan teknikrelaksasi nafas dalam- Skala nyeri 5-A : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Kaji tingkat nyeri- Evaluasi teknik pengalihan nyeriyang diajarkan- Lanjutkan terapy dengan dokteruntuk pemberian Lefoperazone 2x1amp/iv dan ranitidin 2x1/iv |

74

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.**  | Kamis /23/6/2016 | 4  | 13.3013.3513.46 | - Mengatur posisi tidur klien setiap 2 jam- Menganjurkan keluarga untukberpartisipasi untuk kegiatan mandi dankebersihan diri, berpakaian, makan dantoileting klien- Mengobservasi kemampuan perawatan diriklien dalam memenuhi kebutuhan seharihari | 14.0014.05 | **S :**- Keluarga klien mengatakan klienmasih belum mampu beraktivitas- Keluarga klien mengatakan kliennyaman dengan posisi telentang- Keluarga klien mengatakan tadi pagisudah mengelap tubuh klien, danmembantu klien makan.O :- Klien tampak istirahat- Aktivitas klien masih dibantu olehkeluarga- Posisi klien telentang- Klien belum mampu beraktivitassendiriA : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Atur posisi tidur klien setiap 2 jam- Observasi kebersihan diri klien,makan dan toileting klien- Observasi kemampuan perawatandiri klien |

75

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.**  | Kamis /23/6/2016 | 5  | 09.4609.5310.0010.0410.10 | 6. Mengobservasi kemampuan komunikasiklien- Memperhatikan bicara klien dengancermat- Menggunakan kata sederhana dan pendeksaat berbicara dengan klien- Memberi reinforcement positif- Mendorong keluarga untuk selalumengajak komunikasi dengan klien | 10.1510.20 | **S :**- Keluarga klien mengatakan kliensusah untuk berbicara- Keluarga klien mengatakan klienberbicara dengan bahasa isyaratO :- Bibir klien tampak mencong- Klien hanya menggunakan bahasaisyaratA :Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Kaji kemampuan komunikasi klien- Gunakan kata sederhana dan pendeksaat berbicara dengan klien- Berikan reinforcement positif- Dorong keluarga untuk selalumengajak komunikasi dengan klien |

76

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **Hari /Tanggal**  | **Dx**  | **Jam**  | **Implementasi**  | **Jam**  | **Evaluasi**  | **Paraf** |
| **1.**  | Jum’at /24/6/2016 | 1  | 09.0009.05 | - Menganjurkan klien meningkatkankonsumsi sayuran dan buah-buahan- Mengobservasi kemampuan klienmendapatkan nutrisi yang dibutuhkan | 09.3009.45 | **S :**- Keluarga klien mengatakan makanklien masih sedikit- Keluarga klien mengatakan klienhanya minum susu dan pisangO :- Makanan klien habis ¼ dari porsiyang diberikan- Mukosa bibir klien terlihat keringA : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Anjurkan klien meningkatkankonsumsi sayuran dan buah-buahan- Kaji kemampuan klien mendapatkannutrisi yang dibutuhkan |  |

77

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.**  | Juma’at /24/6/2016 | 2  | 10.2010.3012.30 | - Mengobservasi keadaan luka- Melakukan perawatan luka- Melanjutkan terapy dengan dokter untukpemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv danRanitidin 2x1 amp/IV dan insulin. | 11.0011.30 | **S :**- Keluarga klien mengatakan lukaklien sudah terlihat bersih- Keluarga klien mengatakan lukasudah tertutup verban- Keluarga klien mengatakan lukamasih berbauO :- Luka terlihat bersih- Klien tampak meringis- Masih ada sedikit pus di tepi luka- Jaringan nekrotik masih belum bisadibuang- Insulin sudah diinjeksikanA : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Observasi luka- Lakukan perawatan luka- Lanjutkan terapy dengan dokteruntuk pemberian Lefoperazone 2x1amp/iv dan Ranitidin 2x1 amp/IVdan insulin. |

78

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.**  | Jum’at /24/6/2016 | 3  | 10.0010.0510.10 | - Mengobservasi tingkat nyeri- Mengevaluasi teknik pengalihan nyeriyang diajarkan/teknik nafas dalam- Melanjutkan terapy dengan dokter untukpemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv danranitidin 2x1/iv | 10.3010.45 | **S :**- Keluarga klien mengatakan klienmasih mengeluh nyeri di kakinya- Keluarga klien mengatakan klienberusaha melakukan relaksasi/tekniknafas dalam seperti yang diajarkanO :- Klien terlihat meringis- Skala nyeri 5- Klien tampak mencoba rileksasinafas dalam- Terapy telah diinjeksikanA : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Kaji tingkat nyeri- Evaluasi teknik pengalihan nyeriyang diajarkan- Lanjutkan terapy dengan dokteruntuk pemberian Lefoperazone 2x1amp/iv dan ranitidin 2x1/iv |

79

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.**  | Jum’at /24/6/2016 | 4  | 13.3013.3513.40 | - Mengatur posisi tidur klien setiap 2 jam- Mengobservasi kebersihan diri klien,makan dan toileting klien- Mengobservasi kemampuan perawatan diriklien | 14.0014.20 | **S :**- Keluarga klien mengatakan klienmasih belum mampu beraktivitas- Keluarga klien mengatakan klienmasih belum kuatO :- Klien tampak istirahat- Klien dibantu miring kiri dan kanansetiap 2 jam- Aktivitas klien masih dibantu olehkeluargaA : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Atur posisi tidur klien setiap 2 jam- Observasi kebersihan diri klien,makan dan toileting klien- Observasi kemampuan perawatandiri klien |

80

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.**  | Jum’at /24/6/2016 | 5  | 09.0009.0909.1309.15 | - Mengobservasi kemampuan komunikasiklien- Menggunakan kata sederhana dan pendeksaat berbicara dengan klien- Memberikan reinforcement positif- Mendorong keluarga untuk selalumengajak komunikasi dengan klien | 09.5510.00 | **S :**- Keluarga klien mengatakan klienmasih susah untuk berbicara- Keluarga klien mengatakan klienmenggunakan bahasa isyarat jikaingin sesuatuO :- Bibir klien tampak mencong- Klien hanya menggunakan bahasaisyarat- Keluarga tampak selaluberkomunikasi dengan klienA :Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Kaji kemampuan komunikasi klien- Gunakan kata sederhana dan pendeksaat berbicara dengan klien- Berikan reinforcement positif- Dorong keluarga untuk selalumengajak komunikasi dengan klien |

81

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**  | **Hari /Tanggal**  | **Dx**  | **Jam**  | **Implementasi**  | **Jam**  | **Evaluasi**  | **Paraf** |
| **1.**  | Sabtu /25/6/2016 | 1  | 08.0008.15 | - Menganjurkan klien meningkatkankonsumsi sayuran dan buah-buahan- Mengkaji kemampuan klien mendapatkannutrisi yang dibutuhkan | 08.2508.45 | **S :**- Keluarga klien mengatakan makanklien sudah sedikit lebih banyak daripada sebelumnya- Keluarga klien mengatakan klienmakan pisang dan susuO :- Makanan klien habis ½ dari porsiyang diberikan- Mukosa bibir klien terlihat keringA : Masalah teratasi sebagianP : Intervensi :- Anjurkan klien meningkatkankonsumsi sayuran dan buah-buahan- Kaji kemampuan klien mendapatkannutrisi yang dibutuhkan |  |

82

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.**  | Sabtu /25/6/2016 | 2  | 10.0010.2012.30 | - Observasi keadaan luka- Melakukan perawatan luka- Melanjutkan terapy dengan dokter untukpemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv danRanitidin 2x1 amp/IV dan insulin. | 10.3010.35 | **S :**- Keluarga klien mengatakan lukaklien sudah terlihat bersih- Keluarga klien mengatakan klienmasih mengeluh nyeri di lukanyaO :- Luka terlihat bersih- Klien tampak meringis- Masih ada sedikit pus di tepi luka- Jaringan nekrotik masih belum bisadibuang- Terapy sudah diinjeksikanA : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Observasi luka- Lakukan perawatan luka- Lanjutkan terapy dengan dokteruntuk pemberian Lefoperazone 2x1amp/iv dan Ranitidin 2x1 amp/IVdan insulin. |

83

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.**  | Sabtu /25/6/2016 | 3  | 10.0010.3010.45 | - Mengobservasi tingkat nyeri- Mengevaluasi teknik pengalihan nyeriyang diajarkan/teknik nafas dalam- Melanjutkan terapy dengan dokter untukpemberian Lefoperazone 2x1 amp/iv danranitidin 2x1/iv | 10.3010.50 | **S :**- Keluarga klien mengatakan klienmasih mengeluh nyeri di kakinya- Keluarga klien mengatakan klienberusaha melakukan rileksasi sepertiyang diajarkanO :- Klien terlihat meringis- Skala nyeri 4- Klien tampak mencoba rileksasiA : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Kaji tingkat nyeri- Evaluasi teknik pengalihan nyeriyang diajarkan- Lanjutkan terapy dengan dokteruntuk pemberian Lefoperazone 2x1amp/iv dan ranitidin 2x1/iv |

84

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.**  | Sabtu /25/6/2016 | 4  | 13.0013.2013.30 | - Mengatur posisi tidur klien setiap 2 jam- Mengobservasi kebersihan diri klien,makan dan toileting klien- Mengobservasi kemampuan perawatan diriklien | 13.30 | **S :**- Keluarga klien mengatakan klienmasih belum mampu beraktivitas- Keluarga klien mengatakan klienmasih belum kuatO :- Klien tampak istirahat- Klien dibantu miring kiri dan kanansetiap 2 jam- Aktivitas klien masih dibantu olehkeluargaA : Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Atur posisi tidur klien setiap 2 jam- Observasi kebersihan diri klien,makan dan toileting klien- Observasi kemampuan perawatandiri klien |

85

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5.**  | Sabtu /25/6/2016 | 5  | 09.0009.1309.1509.30 | - Mengobservasi kemampuan komunikasiklien- Menggunakan kata sederhana dan pendeksaat berbicara dengan klien- Memberikan reinforcement positif- Mendorong keluarga untuk selalumengajak komunikasi dengan klien | 09.55 | **S :**- Keluarga klien mengatakan klienmasih susah untuk berbicara- Keluarga klien mengatakan klienmenggunakan bahasa isyarat jikaingin sesuatuO :- Bibir klien tampak mencong- Klien hanya menggunakan bahasaisyarat- Keluarga tampak selaluberkomunikasi dengan klienA :Masalah belum teratasiP : Intervensi :- Kaji kemampuan komunikasi klien- Gunakan kata sederhana dan pendeksaat berbicara dengan klien- Berikan reinforcement positif- Dorong keluarga untuk selalumengajak 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**