



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ULKUS
DIABETIKUM DI IRNA NON BEDAH
RSUP DR.M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

AMELIA CALISTA

NIM : 213110086

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 2024



KEMENKES POLTEKKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ULKUS
DIABETIKUM DI IRNA NON BEDAH
RSUP DR.M.DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kementerian
Kesehatan Padang Sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan*

AMELIA CALISTA

NIM : 213110086

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG

JURUSAN KEPERAWATAN

TAHUN 2024

PERNYATAAN PERNYATAAN

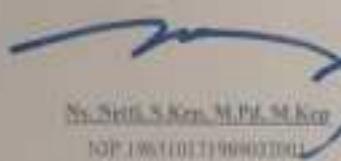
Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Ulkus Diabetikum di IRNA Nese Badah RSUP Dr.M.Djamil Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk dipublikasikan dihadapan Tim Dewan Pengaji Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Kampus Poltekkes Padang

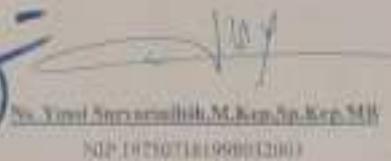
Padang, 6 Juni 2024

Menyetujui,

Pembimbing I

Pembimbing II


Ns. Netti, S.Kep, N.Pd, M.Kep
NIP.196110171909032001


Ns. Yessi Suryaningsih, M.Kep, Sp.Kep, MH
NIP.197307181909032001

Menyetujui

Kampus Prodi D-III Keperawatan Padang

Politeknik Kesehatan Padang


Ns. Yessi Fitriyani, M.Kep

NIP.197501211909032005

Kemendes Poltekkes Padang

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh:

Nama	: Ananda Cahya
NIM	: 211110080
Program Studi	: D-III Keperawatan Padang
Judul KTI	: Analisis Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 (DM2) Non Insulin KSI U Di M. Dyanol Padang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai pernyataan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Kampus Poltekkes Padang.

DEWAN PENGEJI

Ketua	: Ns. Nova Yanti, M. Kep. Sp. Kep. MH
Penguji	: Ns. Sila Dewi Anggreni, M. Kep. Sp. KMH
Penguji	: Ns. Netti, S. Kep. M. Pd. M. Kep
Penguji	: Ns. Yessi Suryaniluh, M. Kep. Sp. KMH

Ditandatangani di : Kampus Poltekkes Padang

Tanggal : 14 Juni 2024

Mengesahkan,

Ka. Prodi D-III Keperawatan Padang

Ns. Yessi Endriyanti, M. Kep

NIP. 197501211999032005

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, kerana atas berkat rahmat dan karunia-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan Judul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Ulkus Diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang". Peneliti menyadari bahwa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangatlah berarti bagi peneliti. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada Ibu Ns. Netti,S.Kep.M.Kep selaku pembimbing I dan Ibu Ns. Yossi Suryarinilsih,M.Kep,Sp.Kep.MB selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Karya tulis ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan. Peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Renidayanti, S.Kep, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Poltekkes Kemenkes RI Padang.
2. Bapak Dr.Dovy Djanas,Sp.OG (K) selaku direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang yang telah banyak membantu dalam usaha yang saya perlukan.
3. Bapak Tasman, S.Kep, M.Kep, Sp.Kom selaku Ka. Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
5. Ibu Dr. Hj. Metri Lidya, S.Kep, M.Biomed selaku Pembimbing Akademik.
6. Bapak dan Ibu Dosen Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang yang telah memberikan bekal ilmu untuk penelitian ini.

Akhir kata, peneliti berharap ALLAH SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Padang, Mei 2024

Peneliti

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama Lengkap	Amelia Cahita
NIM	213110086
Tempat/Tanggal Lahir	Padang/17 September 2003
Tahun Masuk	2021
Nama PA	Mrsi Lidya S.Rp, M.Humad
Nama Pembimbing Utama	Ns. Nani, S.Kep.M.Pd, M.Kep
Nama Pembimbing Pendamping	Ns. Yana Suryandiah Sp.Kep.MB

Mengatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Tulis Ilmiah saya, yang berjudul **Analisis Keperawatan Pada Pasien LBias Diabetikum di IRNA Nou Beulah RNUP Dr.MDJamil Padang**

Apabila di kemudian hari terungkap ditemukan adanya pelanggaran (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 05 Agustus 2024

Yang Menyatakan



Amelia Cahita

NIM 213110086

Kemenkes Poltekkes Padang

**MINISTRY OF HEALTH POLTEKKES PADANG
D-III NURSING STUDY PROGRAM**

Scientific Writing, June 2024

Amelia Calista

“Nursing Care For Diabetic Ulcer Patients At Irna Non Surgical Dr. M.Djamil Padang “

Contens : xii + 68 pages + 11 attachments

ABSTRACT

Globally, the prevalence of diabetic ulcers reaches 6.3%, while in Indonesia it reaches 12%. About 15% of diabetes patients experience foot ulcers, which disrupt body image and have psychological impacts such as anxiety. Dr.M.Djamil Hospital Padang recorded an increase in Diabetic Ulcer patients from 2021-2022, amounting to 634 people. The aim of this research is to describe nursing care for diabetic ulcer patients at IRNA Non Surgical Hospital Dr M.Djamil Padang in 2024.

The type of research was descriptive with a case study design carried out in the Non-Surgical IRNA room at Dr.M.Djamil Hospital, Padang. The research period starts from August 2023 to June 2024. The population is 2 people and 1 sample is determined using a purposive sampling technique. The data collection methods used were interviews, measurement, observation and documentation.

The results of the research showed that there were 2 wounds on the instep of the left foot with dimensions of 4.5x5 cm with a depth of 0.5 cm and 2x4 with a depth of 0.2 cm, the skin area around the wound on the instep of the left foot appeared black and a festering wound on the sole of the left foot with size 6x7 cm with a depth of 1 cm, the acral feels cold, CRT > 3 seconds. The patient said his body felt weak, GDS: 79 mg/dL, the patient also said he was worried about the wound getting worse. Nursing diagnoses that arise are instability of blood glucose levels related to hypoglycemia, impaired skin integrity related to peripheral neuropathy, ineffective peripheral perfusion related to decreased arterial and/or venous flow, risk of infection and chronic disease (diabetes mellitus) and anxiety related to threats to self-concept. The interventions carried out are hypoglycemia management, wound care, circulation care, infection prevention, and anxiety reduction. The results of the nursing evaluation showed that the five nursing problems had been resolved.

It was recommended to nurses at RSUP Dr.M.Djamil Padang that it is important to control patient blood sugar and maintain sterile technique when treating wounds.

Keywords: Diabetic Ulcer, Nursing Care

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
Karya Tulis Ilmiah, Juni 2024
Amelia Calista

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ULKUS DIABETIKUM DI
IRNA NON NEDAH RSUP DR.M. DJAMIL PADANG

Isi : xii+ 68 halaman+ 3 Tabel + 11 Lampiran

ABSTRAK

Secara global prevalensi ulkus diabetikum mencapai 6,3%, sedangkan di Indonesia mencapai 12%. Sekitar 15 % pasien diabetes mengalami tukak kaki, yang mengganggu citra tubuh dan berdampak pada psikologis seperti kecemasan. RSUP Dr.M.Djamil Padang mencatat adanya peningkatan pasien Ulkus Diabetikum dari tahun 2021-2022 sebanyak 634 orang. Tujuan penelitian ini adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024.

Jenis penelitian adalah deskriptif dengan desain studi kasus dilakukan di ruangan IRNA Non Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Agustus 2023 hingga Juni 2024. Populasi berjumlah 2 orang dan ditetapkan 1 sampel dengan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Metode pengumpulan data yang dilakukan adalah wawancara, pengukuran, observasi, dan dokumentasi.

Hasil penelitian didapatkan terdapat 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm, area kulit sekitar luka pada punggung kaki kiri tampak menghitam serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, akril teraba dingin, CRT > 3 detik. Pasien mengatakan badan terasa lemah, GDS : 79 mg/dL, pasien juga mengatakan khawatir dengan luka semakin parah. Diagnosis keperawatan yang muncul ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hipoglikemia, gangguan integritas kulit b.d neuropati perifer, perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran arteri dan/atau vena, risiko infeksi d.d penyakit kronis (diabetes melitus) dan ansietas b.d ancaman terhadap konsep diri. Intervensi yang dilakukan yaitu manajemen hipoglikemia, perawatan luka, perawatan sirkulasi, pencegahan infeksi, serta reduksi ansietas. Hasil dari evaluasi keperawatan didapatkan ke lima masalah keperawatan sudah teratasi.

Disarankan kepada perawat di RSUP Dr.M.Djamil Padang pentingnya untuk mengontrol gula darah pasien serta mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.

Kata Kunci : Ulkus Diabetikum, Asuhan Keperawatan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	xii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teoritis Ulkus Diabetikum.....	9
1. Definisi Ulkus Diabetikum.....	9
2. Etiologi Ulkus Diabetikum.....	9
3. Faktor Risiko Ulkus Diabetikum.....	11
4. Klasifikasi Ulkus Diabetikum.....	12
5. Manifestasi klinis Ulkus Diabetikum.....	13
6. Patofisiologi Ulkus Diabeikum.....	13
7. Komplikasi Ulkus Diabetikum.....	15
8. WOC Ulkus Diabetikum.....	18
9. Penatalaksanaan Ulkus Diabetikum.....	20
10. Konsep Perawatan Luka Modern.....	21
B. Konsep Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum.....	23
1. Pengkajian.....	23
2. Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul.....	26
3. Intervensi Keperawatan.....	27
4. Implementasi Keperawatan.....	38
5. Evaluasi Keperawatan.....	38

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian.....	39
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	39
C. Populasi dan Sampel.....	39
D. Alat atau Instrumen Penelitian.....	40
E. Cara Pengumpulan Data.....	41
F. Jenis-Jenis Data.....	42
G. Analisis Data.....	42

BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Lokasi Penelitian.....	43
B. Deskripsi Kasus.....	43
1. Pengkajian Keperawatan.....	43
2. Diagnosa Keperawatan.....	45

3. Intervensi Keperawatan.....	46
4. Implementasi Keperawatan.....	48
5. Evaluasi Keperawatan.....	50
C.Pembahasan Kasus	51
1. Pengkajian.....	51
2. Diagnosa Keperawatan.....	55
3. Intervensi Keperawatan.....	58
4. Implementasi Keperawatan.....	63
5. Evaluasi Keperawatan	65
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	67
B. Saran	68
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Sistem Klasifikasi Derajat Luka berdasarkan Wagner	12
Tabel 2.2 Sistem Klasifikasi Ulkus Diabetikum berdasarakan Universitas Texas...	12
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan Ulkus Diabetikum.....	25

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Genchart Kegiatan Karya Tulis Ilmiah
Lampiran 2	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1
Lampiran 3	Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2
Lampiran 4	Surat Izin Survey Pengambilan Data dari Kemenkes Poltekkes Padang
Lampiran 5	Surat Izin Survey Pengambilan Data dari RSUP Dr.M.Djamil Padang
Lampiran 6	Surat Penelitian dari Kemenkes Poltekkes Padang
Lampiran 7	Surat Penelitian dari RSUP Dr.M.Djamil Padang
Lampiran 8	Surat Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)
Lampiran 9	Daftar Hadir Penelitian
Lampiran 10	Surat Selesai Penelitian dari RSUP Dr.M.Djamil Padang
Lampiran 11	Laporan Asuhan Keperawatan

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Amelia Calista

Tempat/Tanggal lahir : Padang/17 September 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Status Kawin : Belum Menikah

Alamat : Perum. Padang sarai permai blok Q7 RT 01 RW
11 Kelurahan Padang Sarai, Kecamatan Koto
Tengah

Nama Orang Tua

Ayah : Junaedi Syarkawi

Ibu : Sriwardani

Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun
1	Tk Mekar Sari	2009
2	SD Negeri 05 Air Tawar Barat	2009-2015
3	SMP Negeri 7 Padang	2015-2018
4	SMA Negeri 7 Padang	2018-2021
5	Prodi D-III Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan, Kemenkes Poltekkes Padang	2021-2024

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu penyakit tidak menular, yang disebabkan sekresi insulin mengalami defisiensi yang ditandai dengan kadar gula darah tinggi. (Maryati & Firranda Nurmalisyah, 2020). Diabetes Melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (Perkeni, 2021).

Diabetes Melitus ada 4 jenis, salah satunya DM tipe-2 yang merupakan serangkaian disfungsi ditandai dengan hiperglikemia dan akibat kombinasi resistensi terhadap aksi insulin, sekresi insulin yang tidak adekuat, dan sekresi glucagon yang berlebihan atau tidak tepat (Hans Tranda, 2017). DM tipe 2 berjumlah 90-95% dari penderita DM di seluruh dunia (Widiastuti, 2020).

Berdasarkan data International Diabetes Federation (IDF) prevalensi DM global pada tahun 2019 hingga tahun 2020 tercatat sebanyak 463 juta orang (IDF, 2020) dalam (Hikmah et al., 2021). Pada tahun 2021, International Diabetes Federation (IDF) mencatat 537 juta orang dewasa (umur 20 - 79 tahun) atau 1 dari 10 orang hidup dengan diabetes di seluruh dunia. Diabetes juga menyebabkan 6,7 juta kematian atau 1 tiap 5 detik (IDF,2021).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) pada tahun 2019 menunjukkan bahwa prevalensi Diabetes Melitus di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun 2013 sebesar 6,9% menjadi 8,5% pada tahun 2019. Tingkat prevalensi terendah tercatat di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) sebesar 0,8%, sementara tingkat prevalensi tertinggi terdapat di Provinsi DKI Jakarta dengan angka sebesar 3,4% (Saputri, 2020).

Angka kejadian DM di Sumatera Barat berada di urutan 22 dari 35 Provinsi dengan prevalensi pasien DM 1,2% dan mengalami peningkatan 2,2% tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Kejadian DM di Kota Padang pada tahun 2019 sebanyak 17,017 orang. (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2020).

Komplikasi yang terjadi akibat penyakit DM tipe 2 dapat berupa gangguan pada pembuluh darah baik makrovaskular yaitu terjadinya penyumbatan pembuluh darah besar seperti jantung dan otak, maupun mikrovaskular yaitu terjadinya pembuluh darah kecil. Salah satu komplikasi mikrovaskular yang ditimbulkan ialah retinopati diabetik. Retinopati diabetik ditandai oleh adanya keadaan hiperglikemia pembuluh darah pada retina dengan kerusakan lapisan endotel, matinya lapisan perisit yaitu sel kontraktile mikrovaskular dan penebalan membran basal dari pembuluh darah sehingga memicu terjadinya oklusi kapiler dan iskemi pembuluh darah. Sehingga menyebabkan perubahan histopatologis kapiler pada retina sehingga kapiler retina tertutup. Prevalensi pasien DM dengan komplikasi retinopati diabetik sekitar 34,6% (93 Juta orang) dan 10,2% (28 Juta orang) diantaranya termasuk ke dalam kondisi yang mengancam penglihatan (Raflin BR Sinaga et al., 2023).

Selain itu, gangguan pada mikrovaskular lainnya meliputi gangguan ginjal, serta gangguan pada sistem saraf atau neuropati (Perkeni, 2021). Tingginya kadar glukosa darah membuat ginjal menyaring terlalu banyak darah. Glukosa darah tinggi dapat merusak pembuluh darah di ginjal. Sekitar 20-40% penyandang diabetes akan mengalami nefropati diabetik. DM merupakan salah satu penyebab utama terjadinya gagal ginjal terminal. Sekitar 1 dari 4 orang dewasa dengan diabetes memiliki penyakit ginjal (Aditya, Astri 2018). Selain itu, Neuropati diabetik merupakan sindroma penyakit yang mempengaruhi semua jenis saraf, yaitu saraf perifer, otonom dan spinal. Studi menunjukkan bahwa prevalensi neuropati diabetik adalah sekitar 8% pada pasien DM yang baru terdiagnosis

dan lebih tinggi ditemukan pada pasien yang sudah lama menderita DM yaitu 50% (Rahmi AS *et al.*, 2022). Komplikasi neuropati perifer dan otonom menimbulkan permasalahan di kaki yaitu ulkus kaki diabetik (Resti *et al.*, 2022)

Ulkus kaki sebagai komplikasi dari diabetes melitus tipe 2 memberikan prevalensi pasien ulkus kaki diabetik (UKD) berkisar 41% dari populasi umumnya (Utami Cahyaningtyas & Rini Werdiningsih, 2022). Insiden ulkus diabetes setiap tahun adalah 2% di antara semua pasien dengan diabetes dan 5-7,5% di antara pasien diabetes dengan neuropati perifer (Saputra *et al.*, 2023).

Berdasarkan WHO dan International Working Group on the Diabetic Foot, ulkus diabetikum ialah suatu keadaan dimana adanya ulkus, infeksi, dan atau kerusakan dari jaringan, yang berhubungan dengan kelainan neurologi dan penyakit pembuluh darah perifer pada ekstremitas bawah (Hendra *et al.*, 2019 dalam Dewi *et al.*, 2023).

Ulkus diabetikum adalah luka terbuka pada permukaan kulit akibat neuropati, infusensi pembuluh darah, dan infeksi (Maryati & Firranda Nurmalisyah, 2020). Ulkus kaki diabetik disebabkan oleh proses neuropati perifer yang disebabkan oleh kadar glukosa darah yang tinggi dan tidak terkontrol, perubahan mekanis dalam kelainan tulang kaki, tekanan pada area kaki, neuropati perifer dan penyakit arteri perifer aterosklerotik, yang semuanya terjadi dengan frekuensi dan intensitas yang tinggi pada penderita diabetes. Gangguan neuropati dan vaskular merupakan faktor utama yang berkontribusi terhadap kejadian luka, luka yang terjadi pada pasien diabetes disebabkan pengaruh saraf yang terdapat pada kaki (neuropati perifer), selain itu pada pasien diabetes juga mengalami gangguan sirkulasi yang mengakibatkan kerusakan pada saraf-saraf kaki (Yulyastuti & dkk, 2021).

Manifestasi klinis ulkus diabetikum dapat dilihat berdasarkan derajat infeksi pada kaki penderita ulkus diabetikum yakni sebagai berikut, derajat 1 Ulkus superfisial pada kulit dan jaringan subkutan; derajat 2 terdapat lesi superfisial dengan minimal 2 dari kriteria berikut, teraba hangat di sekitar luka, eritema > 0,5-2 cm, nyeri local, Indurasi/bengkak local; derajat 3 (sedang) ditandai dengan eritema > 2 cm, infeksi yang menyerang jaringan di bawah kulit /jaringan subkutan, tidak ada respon inflamasi sistemik ; derajat 4 ditandai dengan adanya minimal 2 dari tanda respons sistemik, yakni temperature >> 39 oC atau < 36 oC, frekuensi nafas > 90 x/menit, PaCO₂ < 32 mmHg, Leukosit > 12.000 atau < 4.000 U/L, Limfosit imatur > 10% (Perkeni, 2021).

Ulkus diabetikum akan berdampak bagi penderitanya, baik fisik, psikososial maupun spiritual. Adapun dampak fisik bagi penderita ulkus diabetikum dapat berupa luka di kaki yang lama sembuh bahkan sampai berbau tak sedap, kelainan bentuk kaki, keterbatasan mobilitas fisik serta kesulitan dalam menjalankan peran dalam keluarga dengan baik. Jika luka semakin parah, maka dilakukan prosedur pembedahan sampai dengan amputasi kaki. Sekitar 14-24% pasien Ulkus Kaki Diabetik memerlukan amputasi dengan rekurensi 50% setelah tiga tahun. Sekitar 15% pasien diabetes mengalami tukak kaki (Utami Cahyaningtyas & Rini Werdiningsih, 2022). Hal ini akan mengganggu citra tubuh serta menimbulkan dampak psikologis berupa gangguan kecemasan yang dapat menurunkan kualitas hidup penderita, ditandai dengan keterbatasan fisik penderita sehingga menurunkan kemampuan penderita untuk bekerja dan bergaul dengan orang lain, selain itu penyakit ulkus diabetikum juga memberikan dampak spiritual bagi penderitanya, pasien akan berperasaan positif dan mengingat Allah SWT, bahwa yang memberi sakit dan yang menyembuhkan hanyalah Allah SWT (Setiawan *et al.*, 2020).

Prevalensi ulkus diabetikum diseluruh dunia adalah 6,3%, dengan Amerika Utara sebagai negara dengan prevalensi tertinggi yaitu 13,0% dan

Oceania sebagai negara dengan prevalensi terendah yaitu 3,0%. Sedangkan benua dengan prevalensi tertinggi yaitu Afrika (7,2%), diikuti dengan Asia (5,5%) dan Eropa (5,1%) (Amalia, 2020).

Sedangkan kejadian ulkus diabetes di Indonesia adalah 12% dan risiko ulkus diabetes adalah 55,4%. Kasus ulkus diabetes dan gangren di Indonesia adalah kasus yang paling dikenal di rumah sakit. Sekitar 17-23% pasien DM mengalami kematian akibat bisul dan gangren (Saputra *et al.*, 2023).

Riset kesehatan Daerah provinsi Sumatera Barat memaparkan bahwa prevalensi penyakit diabetes melitus disertai dengan ulkus diabetikum tahun 2018 tercatat 37.063 orang (Asmaria *et al.*, 2022). Kejadian DM di Kota Padang pada tahun 2019 sebanyak 17,017 orang. (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2020).

Luka pada penderita Ulkus diabetikum jika tidak segera mendapatkan perawatan, dapat menyebabkan risiko komplikasi yang lebih serius. Komplikasi tersebut meliputi infeksi kulit, jika menyebar dari luka ke tulang, meningkatkan risiko amputasi. Selain itu, ulkus kaki diabetik yang terinfeksi dapat menyebabkan pembentukan abses, risiko sepsis karena infeksi yang menembus ke dalam aliran darah, deformitas pada kaki, gangren yang disebabkan oleh infeksi bakteri atau kurangnya aliran darah, dan pada akhirnya, kemungkinan amputasi pada kaki (Fadli,Rizal ,2022).

Perawat dituntut untuk mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang adekuat terkait dengan mengetahui riwayat, pemeriksaan fisik,menegakkan diagnosa, melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan agar dapat mencegah terjadinya ulkus berulang atau resiko tinggi amputasi. Peran perawat pada penderita ulkus diabetikum adalah teknik perawatan luka. (Chrisanto, 2017). Hasil penelitian Rohmayanti dan Handayani (2017) mendapatkan empat hal penting dalam perawatan luka seperti pemeriksaan luka, jenis balutan luka, cara perawatan luka dan pengaruh terhadap luka.

Berdasarkan penelitian Putri Maharani (2021) tentang asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum di RST Tk.III Dr.Reksodiwiryo Padang ditemukan pasien dengan keluhan badan terasa lemah dan terdapat luka pada kaki sebelah kiri tidak kunjung sembuh 7 hari sebelum masuk rumah sakit, pasien juga menderita Diabetes Melitus sejak 2 tahun yang lalu. Peneliti menegakkan diagnosa keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit, serta resiko infeksi. Intervensi yang dilakukan peneliti yaitu. manajemen hiperglikemia, perawatan luka, serta pencegahan infeksi.

RSUP Dr.M.Djamil Padang merupakan salah satu rumah sakit pemerintah yang terletak di kota Padang, provinsi Sumatera Barat. Berdasarkan data medical record RSUP Dr M.Djamil didapatkan kasus DM pada tahun 2019 sebanyak 598 orang, tahun 2020 sebanyak 321 orang, tahun 2021 sebanyak 416 orang dan mengalami peningkatan pada tahun 2022 sebanyak 634 orang.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada hari Jum'at tanggal 8 Desember 2023, peneliti melakukan pengamatan pada 1 orang pasien Tn.H dengan ulkus diabetikum di ruang penyakit dalam Pria. Hasil pengamatan pada pasien didapatkan ulkus terdapat di ekstremitas bawah kanan, berwarna merah, berukuran sekitar $\pm 37 \times 6$ cm, serta bernanah.

Berdasarkan wawancara dengan pasien mengenai penyebab terjadinya ulkus diabetikum awalnya karena tidak merasakan apa-apa, kemudian timbul luka dan keluar cairan dengan sendirinya. Pada pendokumentasian, terdapat 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan perawat di ruangan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit serta defisit nutrisi. Intervensi yang dilakukan yaitu monitor kadar gula darah, memberikan insulin, melakukan perawatan luka serta memonitor asupan makan.

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti telah melakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang tahun 2024.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah mahasiswa mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024.

2. Tujuan Khusus

Mahasiswa mampu :

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024
- b. Mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada pasien ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024
- d. Mendeskripsikan implementasi pada pasien ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024
- e. Mendeskripsikan evaluasi tindakan pada pasien ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah wawasan dan pengalaman nyata bagi peneliti dalam melakukan penelitian mengenai asuhan keperawatan pada ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah ide, inspirasi, atau masukan bagi perawat dalam meningkatkan kualitas Asuhan Keperawatan pada ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024

3. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

Hasil penelitian diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi akademik untuk pengembangan pembelajaran prodi D-III Keperawatan Padang, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada ulkus diabetikum di IRNA Non Bedah RSUP Dr M.Djamil Padang pada tahun 2024.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Ulkus Diabetikum

1. Definisi

Ulkus kaki diabetik merupakan komplikasi diabetes yang sering terjadi. Ulkus kaki diabetik adalah luka kronik pada daerah di bawah pergelangan kaki, yang meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan mengurangi kualitas hidup pasien. Ulkus kaki diabetik melibatkan jaringan dibawahnya seperti tendon, otot, tulang, atau persendian (Perkeni, 2021).

Ulkus diabetikum merupakan erosi pada kulit meluas dari lapisan dermis sampai ke jaringan yang lebih dalam, yang disebabkan beberapa faktor serta ditandai dengan ketidakmampuan jaringan luka untuk memperbaiki diri dengan cepat (Yulyastuti & dkk, 2021). Ulkus diabetik yang dikenal dengan ulkus neuropati diabetik dapat terjadi pada penderita diabetes melitus, sebagian besar disebabkan oleh gangguan sirkulasi. Penderita diabetes sering kali sulit untuk sembuh dan lukanya juga sulit untuk diobati (Yulyastuti & dkk, 2021).

2. Etiologi

Ulkus diabetik disebabkan oleh kadar glukosa darah yang tinggi dan tidak terkontrol, trauma pada kaki, neuropati perifer, serta penyakit arteri perifer aterosklerotik yang terjadi dengan frekuensi dan intensitas yang tinggi pada penderita diabetes. Luka yang terjadi pada pasien diabetes berkaitan dengan adanya pengaruh saraf yang terdapat pada kaki yang dikenal dengan neuropati perifer. Pasien diabetes juga mengalami gangguan sirkulasi yang akan mengakibatkan kerusakan pada saraf-saraf kaki. Diabetik neuropati mengakibatkan gangguan pada saraf autonomi yang berpengaruh pada perubahan tonus otot dan menyebabkan gangguan sirkulasi serta, mengakibatkan gangguan pada kulit menjadi kering dan mudah rusak sehingga mudah untuk terjadi luka dan infeksi (Yulyastuti & dkk, 2021).

Menurut Taqiyyah (2013), Adapun faktor-faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya ulkus diabetikum dapat dibagi atas :

1. Faktor Endogen, meliputi :
 - a. Genetik metabolik
 - b. Angiopati diabetik → penyempitan pada pembuluh darah yang terdapat pada penderita diabetes.
 - c. Neuropati diabetik → kelainan pada urat saraf akibat dari diabetes melitus akibat kadar gula dalam darah yang tinggi dapat merusak urat saraf penderita dan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki.
2. Faktor eksogen, meliputi :
 - a. Trauma → terbentuknya ulkus diawali dari hasil trauma pada kaki akibat neuropati
 - b. Infeksi → infeksi disebabkan akibat berkurangnya aliran darah atau neuropati sehingga berpengaruh terhadap terjadinya ulkus diabetikum
 - c. Obat

Menurut Sing *et al* (2013) Ulkus Kaki Diabetik (UKD) pada dasarnya berasal dari trias klasik, yang meliputi :

1. Neuropati
60% dari kasus ulkus pada kaki penderita diabetes disebabkan oleh neuropati. Kenaikan kadar gula darah di mana enzim-enzim tersebut mengubah glukosa menjadi sorbitol dan fruktosa. Akumulasi produk gula ini mengakibatkan sintesis myoinositol pada sel saraf dan memengaruhi konduksi saraf serta menyebabkan penurunan sensasi perifer yang meningkatkan risiko pasien untuk mengalami cedera ringan tanpa disadari, kemudian dapat berkembang menjadi ulkus.

2. Vaskulopati

Keadaan hiperglikemia menyebabkan disfungsi sel-sel endotel dan kelainan pada arteri perifer. Penurunan nitric oxide menghasilkan konstriksi pembuluh darah, meningkatkan risiko aterosklerosis, dan akhirnya menyebabkan iskemia. Diabetes melitus juga menunjukkan peningkatan tromboksan A₂, yang mengakibatkan hiperkoagulabilitas plasma. Gejala klinis pasien dengan insufisiensi vaskular mencakup klaudikasio, nyeri saat istirahat, hilangnya pulsasi perifer, penipisan pada kulit, serta kehilangan rambut pada kaki dan tangan.

3. Immunopati

Sistem kekebalan atau imunitas pada pasien DM mengalami gangguan yang memudahkan terjadinya infeksi pada luka. Selain menurunkan fungsi dari sel-sel polimorfonuklear, gula darah yang tinggi adalah medium yang baik untuk pertumbuhan bakteri. Bakteri yang umum pada infeksi kaki termasuk kokus gram positif aerobik seperti *S. aureus* dan streptokokus β -hemolitik. Telapak kaki memiliki banyak jaringan lunak yang rentan terhadap infeksi dan dapat dengan mudah dan cepat menyebar ke dalam tulang, menyebabkan osteitis. Ulkus ringan pada kaki dapat dengan mudah berkembang menjadi osteitis/osteomielitis dan gangren jika tidak ditangani dengan baik (Yulyastuti & dkk, 2021).

3. Faktor Risiko

Faktor risiko yang berasal dari kondisi sistemik pasien meliputi hiperglikemia yang tidak terkontrol, Lama penyakit DM lebih dari 10 tahun, usia pasien di atas 40 tahun, riwayat merokok, dan adanya penyakit ginjal kronis (Smeltzer & Bare, 2011).

Faktor risiko terjadinya ulkus diabetikum pada penderita DM, yakni sebagai berikut (Yulyastuti & dkk, 2021) :

1. Neuropati (sensorik, motorik, perifer).
2. Obesitas, hipertensi
3. Glikolisasi Hemoglobin (HbA_{1C}) yang tidak terkontrol

4. Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol
5. Kebiasaan merokok
6. Ketidapatuhan terhadap diet DM
7. Kurangnya aktivitas fisik
8. Pengobatan dan perawatan kaki yang tidak teratur

4. Klasifikasi

Tabel 2.1 Sistem klasifikasi derajat luka berdasarkan Wagner

Grade	Lesi
0	Tidak ada lesi terbuka ; dapat berupa deformitas atau selulitis
1	Ulkus superfisial
2	Ulkus dalam hingga ke tendon atau kapsul sendi
3	Ulkus dalam dengan abses,osteomyelitis,atau sepsis sendi
4	Gangren lokal pada kaki depan atau tumit
5	Gangren pada semua kaki

Sumber : (Decroli E. d., 2019)

Tabel 2.2 Sistem klasifikasi luka diabetik berdasarkan Universitas Texas

<i>Stage</i>	Tingkat 1	Tingkat 2	Tingkat 3	Tingkat 4
A	Pra atau pasca lesi ulseratif dengan epitelisasi sempurna	Lesi superfisial tidak melibatkan tendon, kapsul sendi dan tulang	Lesi menembus hingga tendon atau kapsul	Lesi menembus hingga tulang atau sendi
B	Infeksi	Infeksi	Infeksi	Infeksi
C	Iskemia	Iskemia	Iskemia	Iskemia

D	Infeksi dan iskemia	Infeksi dan iskemia	Infeksi dan iskemia	Infeksi dan iskemia
---	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------

Sumber : (Yulyastuti & dkk, 2021)

5. Manifestasi klinis

Ulkus diabetikum yang disebabkan oleh mikroangiopati dikenal sebagai ulkus panas walaupun nekrosis, daerah akral tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan dan teraba pulsasi arteri di bagian distal. Proses mikroangiopati mengakibatkan penyumbatan pada pembuluh darah, sementara emboli secara akut menimbulkan gejala klinis berupa 5P yaitu :

1. *Pain* (nyeri)
2. *Paleness* (kepuccatan)
3. *Paresthesia* (kesemutan)
4. *Pulselessness* (denyut nadi hilang)
5. *Paralysis* (lumpuh)

Bila terjadi sumbatan kronik, maka timbul gambaran klinis sebagai berikut, yakni :

- a. Stadium I, *asimptomatis* atau gejala kesemutan
- b. Stadium II, terjadi *klaudikasio* mencerminkan adanya rasa sakit yang disebabkan oleh aliran darah yang kurang.
- c. Stadium III, timbul nyeri saat istirahat
- d. Stadium IV, kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus) (Yanti & Leniwita, 2019).

6. Patofisiologi

Ulkus kaki diabetik terbentuk dari berbagai mekanisme patofisiologi dan neuropati diabetika merupakan salah satu faktor yang berperan. Menurunnya input sensorik pada ekstremitas bawah menyebabkan kaki mudah mengalami perlukaan dan cenderung berulang. Faktor utama yang

berperan terhadap timbulnya ulkus diabetikum adalah angiopati, neuropati dan infeksi ((Yulyastuti & dkk, 2021).

Keberadaan neuropati perifer dapat menyebabkan hilangnya atau penurunan sensasi nyeri pada kaki, sehingga trauma pada kaki dapat terjadi tanpa disadari, mengakibatkan terbentuknya ulkus pada kaki. Gejala klinis dari neuropati diabetik bervariasi tergantung pada jenis serabut saraf yang mengalami kerusakan. Karena serabut saraf yang terkena dapat berupa kecil atau besar, berlokasi proksimal atau distal, bersifat fokal atau difus, motorik atau sensorik, atau otonom, maka gejala klinisnya dapat beragam, seperti kesemutan, kebas, mati rasa, dan sensasi terbakar seperti teriris (Perkeni, 2021).

Kehilangan sensasi pada bagian perifer memperburuk perkembangan ulkus. Defisiensi sensori mencakup ketidakmampuan merasakan nyeri, suhu, sentuhan ringan dan tekanan. Ketika terjadi trauma, seringkali pasien tidak dapat mendeteksi kerusakan yang terjadi pada ekstremitas bawahnya dan hal ini berkembang menjadi lebih parah karena mengalami penekanan dan gesekan berulang-ulang dari proses ambulasi dan pembebanan tubuh (Yulyastuti & dkk, 2021).

Neuropati diabetik meliputi gangguan saraf motorik, sensorik, dan otonom yang masing-masing memiliki peran penting dalam timbulnya ulkus diabetik. Gangguan saraf motorik menyebabkan paralisis otot kaki yang dapat menyebabkan terjadinya perubahan keseimbangan dan bentuk pada sendi kaki (deformitas), perubahan cara berjalan, dan menimbulkan titik tekan baru dan penebalan pada telapak kaki (kalus). Gangguan saraf sensorik menyebabkan mati rasa setempat dan hilangnya perlindungan terhadap trauma sehingga pasien mengalami cedera tanpa disadari (Perkeni, 2021).

Disfungsi autonomy menyebabkan perubahan aliran mikrovaskuler dan terjadi arteri-vena *shunting* sehingga mengganggu perfusi ke jaringan, meningkatkan temperatur kulit dan terjadi edema. Selain itu, kaki penderita

menjadi kering dan mudah timbul fisura karena menurunnya fungsi kelenjar keringat sehingga mempermudah terjadinya ulkus (Yulyastuti & dkk, 2021).

Neuropati motorik menyebabkan kelemahan otot sehingga terjadi biomekanik abnormal pada kaki dan menimbulkan deformitas seperti hammer toes, claw toes, dan Charcot. Bersama dengan adanya neuropati memudahkan terbentuknya kalus (Yulyastuti & dkk, 2021).

Di samping neuropati perifer, angiopati diabetika merupakan faktor yang paling sering menyebabkan morbiditas dan mortalitas pada penderita. Manifestasi makroangiopati tampak sebagai obstruksi pada pembuluh darah besar yaitu arteri infrapopliteal dan terganggunya sirkulasi darah kolateral. Hal ini menyebabkan terjadinya penyakit arteri perifer atau Peripheral arterial disease (PAD) pada ekstremitas bawah dan akan beresiko meningkatkan kejadian ulkus diabetik terinfeksi. Penyakit pembuluh perifer menyebabkan proses penyembuhan luka yang kurang optimal dan secara signifikan meningkatkan risiko amputasi (Yulyastuti & dkk, 2021).

7. Komplikasi

Ulkus kaki diabetik adalah ulkus yang terbentuk di bawah pergelangan kaki dan disebabkan oleh robekan pada kulit sehingga membuka lapisan di bawahnya. Luka kaki diabetik yang tidak segera ditangani dapat menimbulkan komplikasi yang lebih serius, antara lain:

a. Infeksi Kulit

Ulkus kaki diabetik rentan terhadap infeksi kulit. Kondisi ini menyebabkan pembengkakan di sekitar lokasi luka, bau tidak sedap, badan panas, dan menggigil. Jika infeksi menyebar dari luka hingga ke tulang, risiko amputasi meningkat.

b. Pembentukan abses

Ulkus kaki diabetik yang terinfeksi dapat menyebabkan pembentukan abses. Kondisi ini menyebabkan nanah menumpuk di bawah permukaan kulit dan terasa sangat nyeri.

c. Sepsis

Jika infeksinya cukup dalam, bisa masuk ke aliran darah dan menyebabkan sepsis. Ini adalah kondisi yang berpotensi mengancam jiwa, yaitu ketika sistem kekebalan tubuh bereaksi berlebihan terhadap infeksi dan mulai merusak jaringan dan organ.

d. Deformitas kaki

Diabetes yang tidak terkontrol dan infeksi kaki diabetik dalam jangka waktu lama dapat melemahkan otot dan tulang kaki serta menyebabkan kelainan bentuk. Kondisi ini juga dapat menyebabkan *Charcot foot*, yaitu komplikasi serius pada sendi, tulang, dan jaringan lunak pergelangan kaki.

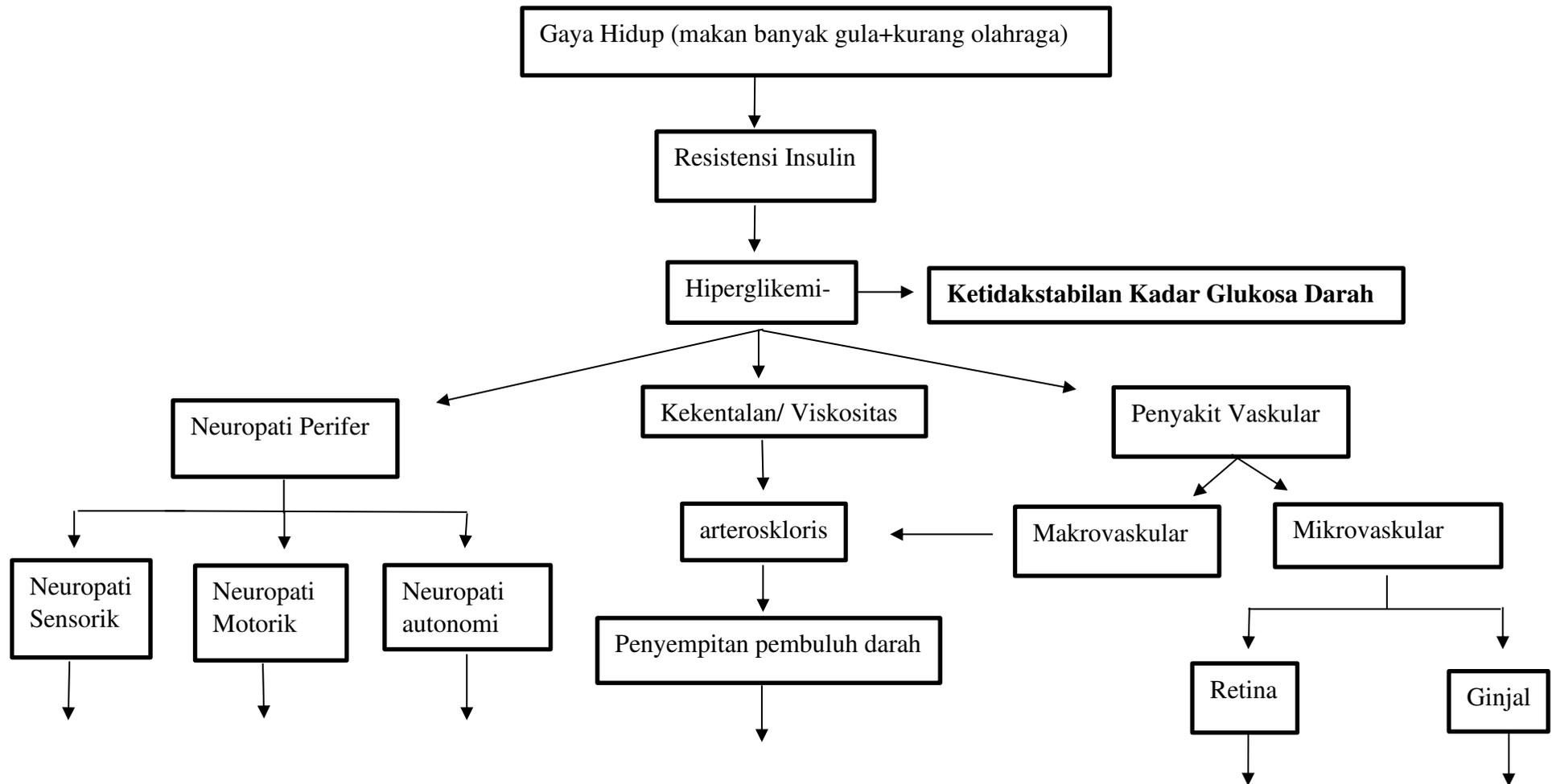
e. Gangren

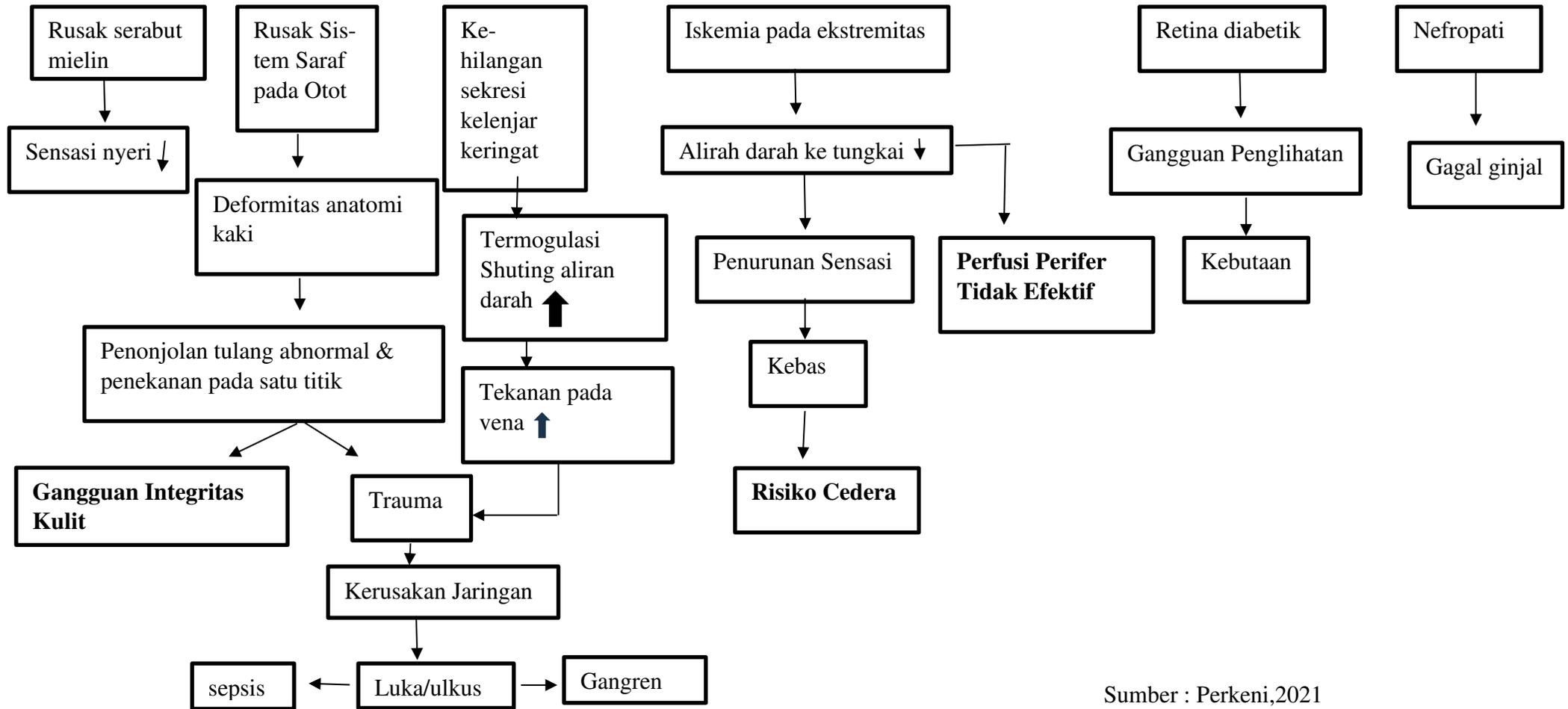
Jika tukak diabetes atau tukak kaki tidak ditangani tepat waktu, jaringan kulit di sekitar luka bisa mati karena kekurangan suplai darah dan oksigen. Hal ini dapat menyebabkan pembentukan jaringan gelap yang disebut iskemia, yang merupakan salah satu tanda awal gangren.

f. Amputasi kaki

Penyakit arteri perifer dan neuropati membuat penderita diabetes lebih rentan terkena tukak kaki dan infeksi. Infeksi serius yang tidak merespons pengobatan dapat menyebar ke aliran darah. Untuk mencegah hal ini, kaki yang terinfeksi mungkin perlu diamputasi

8. Woc





Sumber : Perkeni,2021

SDKI,2017



9. Penatalaksanaan

Terdapat beberapa komponen penting dalam manajemen ulkus diabetikum sebagai berikut :

- 1) Kendali metabolik (*metabolic control*) : pengendalian keadaan metabolik sebaik mungkin seperti pengendalian kadar glukosa darah, lipid, albumin, hemoglobin, dan lainnya.
- 2) Kendali vascular (*vascular control*) : perbaikan asupan vaskular (baik operasi ataupun angioplasti) yang dibutuhkan pada keadaan ulkus iskemik
- 3) Kendali infeksi (*infection control*) : jika terlihat tanda-tanda klinis infeksi, maka pengobatan infeksi harus diberikan secara agresif.
- 4) Kendali luka (*wound control*) : pembuangan jaringan terinfeksi dan nekrosis secara teratur dengan konsep TIME yaitu *Tissue debridement* (membersihkan luka dari jaringan mati), *Inflammation dan infection control* (control inflamasi dan infeksi), *Moisture Balance* (menjaga keseimbangan kelembaban), serta *Epithelial edge advancement* (mendekatkan tepi epitel).
- 5) Kendali tekanan (*pressure control*)
Menghindari tekanan yang berulang sangat penting dilakukan pada ulkus neuropatik. Untuk mengurangi tekanan, maka dilakukan pembuangan kalus dan memakai sepatu dengan ukuran yang sesuai.
- 6) Penyuluhan (*education control*)
Seluruh penderita diabetes perlu diberikan edukasi mengenai perawatan kaki secara mandiri.

Penatalaksanaan utama ulkus kaki diabetik ini bertujuan untuk mencapai penyembuhan luka dengan secepat mungkin. Beberapa aspek penting dalam manajemen ulkus diabetik meliputi hal-hal berikut (Tarwoto, 2016):

1. Manajemen komorbiditi

DM merupakan penyakit yang melibatkan berbagai organ, semua komorbiditi yang mempengaruhi penyembuhan luka harus dikaji dan

dimanajemen multidisiplin untuk mencapai tujuan yang optimal pada ulkus kaki diabetik. Beberapa komorbiditi yang mempengaruhi penyembuhan luka meliputi hiperglikemia dan penyakit vaskuler.

2. Evaluasi status vaskuler

Perfusi arteri memegang peranan penting dalam penyembuhan luka dan harus dikaji pada pasien dengan ulkus, Gangguan sirkulasi dapat menyebabkan kegagalan penyembuhan luka dan meningkatkan risiko amputasi.

3. Pengkajian gaya hidup / faktor psikososial

Merokok , alkohol, penyalahgunaan obat, pola makan, obesitas, kurang gizi serta tingkat mobilitas dan aktivitas dapat memiliki dampak pada proses penyembuhan luka. Selain itu, depresi dan penyakit mental pun dapat mempengaruhinya.

4. Manajemen jaringan/ Tindakan dasar ulkus

Tujuan dari debredimen adalah membuang jaringan mati atau jaringan yang tidak penting. Proses debridemen dapat dengan cara pembedahan, enzimatik, autolitik, mekanik dan biological.

10. Konsep Perawatan Luka Modern

Modern dressing merupakan suatu balutan luka modern yang sedang berkembang pesat dalam *wound care*, dimana keefektifannya di mana keefektifannya jauh lebih baik dibandingkan dengan perawatan konvensional. Luka menyebabkan rusak dan terputusnya jaringan kulit, mengakibatkan gangguan pada fungsi kulit dalam melindungi jaringan dibawahnya. Tujuan utama dari modern dressing adalah *moisture balance* yang mempertahankan luka agar tetap lembab untuk mempercepat proses granulasi jaringan sehingga mempercepat penyembuhan luka (Dimantika et al., 2020). Prinsip *Moisture* dalam perawatan luka antara lain yaitu mencegah luka menjadi kering dan keras, meningkatkan laju epitelisasi, meningkatkan pembentukan jaringan dermis, mengontrol inflamasi, menurunkan infeksi, mengurangi nyeri, memberikan keuntungan psikologis dan mudah digunakan (Angriani,2019).

Pemilihan Balutan Luka

Bahan modern wound dressing dapat berupa (Kartika ,2015) :

a. Hydrogel

Jenis balutan ini berbahan dasar gliserin/air yang dapat memberikan kelembapan, digunakan sebagai dressing primer dan memerlukan balutan sekunder (pad/kasa). Balutan ini digunakan untuk luka nekrotik/berwarna hitam/kuning dengan eksudat minimal atau tidak ada.

b. Film dressing

Jenis balutan ini sering digunakan sebagai *secondary dressing* dan untuk luka superfisial dan atau untuk luka post-operasi. Terbuat dari *polyurethane film* yang disertai perekat adhesive dan tidak menyerap eksudat.

c. Hydrocolloid

Balutan yang berfungsi untuk mempertahankan luka dalam suasana lembap, melindungi luka dari trauma dan menghindarkan luka dari risiko infeksi, mampu menyerap eksudat tetapi minimal, sebagai dressing primer atau sekunder untuk mengangkat jaringan nekrotik atau *slough*

d. Calcium Alginate

Jenis balutan ini berfungsi untuk menyerap cairan luka yang berlebihan dan menstimulasi proses pembekuan darah.

e. Foam/absorbant dressing

Jenis balutan ini berfungsi untuk menyerap cairan luka yang jumlahnya sangat banyak , digunakan sebagai *dressing* primer atau sekunder.

f. Dressing antimicrobial

Balutan ini digunakan untuk luka kronis dan akut yang terinfeksi atau berisiko infeksi. Balutan antimikrobial tidak disarankan digunakan dalam jangka waktu lama dan tidak direkomendasikan bersama cairan NaCl 0,9%.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama Pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, no MR, tanggal masuk RS, dan diagnos medis.

b. Keluhan utama

Pada penderita ulkus diabetikum biasanya mengalami kesemutan pada kaki, berkurangnya sensasi sentuhan pada kulit,serta luka yang tak kunjung sembuh

c. Riwayat Kesehatan sekarang

Kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta apa upaya yang telah dilakukan penderita untuk mengatasinya,seperti rutin mengkonsumsi obat-obatan yang telah diresepkan oleh dokter.

d. Riwayat Kesehatan dahulu

Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit lain yang adakaitan dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas.Adanya Riwayat mengkonsumsi obat-obatan DM,diet kontrol gula darah, serta pernah mendapat suntik insulin.

e. Riwayat Kesehatan keluarga

Biasanya salah satu anggota keluarga juga mengalami DM atau penyakit keturunan yang dapat terjadi defisiensi insulin missal hipertensi, jantung.

f. Riwayat psikososial

Bagaimana perilaku,perasaan dan emosi yang dialami penderita serta tanggapan keluarga terhadap penyakit yang diderita.

g. Pemeriksaan fisik

1) Status Kesehatan umum

Meliputi keadaan, kesadaran,tinggi badan, berat badan dan juga tanda-tanda vital.

2) Kepala

Biasanya bentuk kepala simetris, keadaan rambut bersih

3) Mata

Konjungtiva biasanya tampak simetris. Penglihatan kabur serta lensa mata keruh, sklera ikterik.

4) Telinga

Biasanya telinga tampak simetris dan keadaan telinga bersih

5) Hidung

Biasanya tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada sianosis

6) Mulut dan gigi

Biasanya lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah.

7) Leher

Kaji apakah dan pembesaran tyroid ataupun kelenjar getah bening pada leher

8) Jantung

- Inspeksi : biasanya ictus cordis tidak terlihat

- Askultasi : biasanya bunyi jantung mur-mur

- Palpasi : biasanya ictus cordis teraba

- Perkusi : biasanya pekak

9) Paru-paru

-Inspeksi : biasanya terlihat simetris kiri dan kanan, tidak ada tarikan dinding dada

-Askultasi : biasanya bunyi nafas vesikuler

-Palpasi : biasanya premitus kiri dan kanan sama

-Perkusi : biasanya sonor

10) Abdomen

-Inspeksi : biasanya abdomen tampak simetris, dan adanya pelebaran lingkaran abdomen seperti pada pasien obesitas

-Askultasi : biasanya bising usus akan terdengar

- Palpasi : biasanya akan teraba jika terjadi pembengkakan/massa abdomen
- Perkusi : biasanya berbunyi tympani

11) Ekstremitas

Biasanya turgor kulit menurun, luka atau warna kehitaman bekas luka, terdapat kemerahan pada kulit sekitar luka, serta terasa kesemutan dan kebas pada ekstremitas.

12) Genitalia

Biasanya pada pasien DM sering buang air kecil

h. Pengkajian luka

1) Lokasi dan letak luka

Bisa digunakan sebagai indikator terhadap kemungkinan penyebab terjadinya luka akibat penggunaan sepatu yang terlalu sempit.

2) Stadium luka dan warna luka

a) Merah

Luka yang bersih dengan banyak vaskularisasi sehingga cenderung berdarah. Tujuan perawatan adalah untuk menjaga kelembaban area tersebut dan mencegah terjadinya trauma yang dapat menyebabkan pendarahan.

b) Kuning

Warna kuning pucat, kecoklatan, atau hijau menandakan adanya nekrosis pada jaringan yang tidak terdapat vaskularisasi, luka terkontaminasi (belum tentu infeksi). Tujuan perawatan adalah untuk membuat luka menjadi berwarna merah.

c) Hitam

Luka berwarna hitam menandakan jaringan nekrosis. Tujuan perawatan serupa dengan luka yang berwarna kuning.

3) Bentuk dan ukuran luka

- a) Pengukuran dilakukan tiga dimensi dengan pengukuran Panjang, lebar dan tinggi.

- b) Gunakan pinset atau lidi kapas untuk mengukur kedalaman goa atau undermining pada bagian dalam.
- c) Gunakan alat ukur yang tepat dan hindari penggunaan alat berulang untuk menimalisirkan infeksi.

i. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan yang dilakukan pada pasien ulkus diabetikum sebagai berikut:

1) Pemeriksaan darah

Biasanya pemeriksaan darah meliputi GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa > 120 mg/dl dan 2 jam postprandial > 200 mg/dl.

2) Pemeriksaan urine

Didapatkan adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara Benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna urine : hijau (+), kuning (++) , merah (+++), serta merah bata (++++).

3) Kultur pus

Untuk mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan (SDKI,2017) diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, hipoglikemia (D.0027)
- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena (D.0009)
- d. Resiko infeksi dibuktikan penyakit kronis (diabetes melitus) (D. 0142)
- e. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (D.0077)
- f. Risiko Cedera dibuktikan dengan perubahan sensasi (D.0136)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1

Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, hipoglikemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinasi meningkat 2. Kesadaran meningkat 3. Mengantuk menurun 4. Lelah/lesu menurun 5. Rasa lapar menurun 6. Kadar glukosa membaik 	Manajemen hiperglikemia (I.0315) <ol style="list-style-type: none"> a. Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor intake dan output cairan b. Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk c. Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga <p>d. Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian insulin. 2. Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu <p>Manajemen Hipoglikemia (I.03115)</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu 2. Berikan glucagon, jika perlu 3. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet 4. Pertahankan akses IV, jika perlu <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan monitor kadar glukosa darah 2. Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga 3. Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis: tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia) 4. Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis:
--	--	--	--

			<p>mengurangi insulin/agen</p> <p>d. kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian glukagon, jika perlu
2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun 5. Kerusakan lapisan kulit menurun 6. Nyeri menurun 7. Perdarahan menurun 8. Kemerahan menurun 9. Pigmentasi abnormal menurun 10. Suhu kulit membaik 11. Sensasi membaik 12. Tekstur membaik 	<p>Perawatan integritas kulit (I.1153)</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi) <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 5. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem

			<p>6. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p> <p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>a. Obervasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vitamin A, Vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
--	--	--	--

			<p>3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>d. Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
3	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok

			<p>2. Anjurkan berolahraga rutin</p> <p>3. Anjurkan menggunakan obat pengontrol tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu</p> <p>4. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>5. Anjurkan program rehabilitasi vascular</p> <p>6. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>7. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</p> <p>Manajemen Sensasi Perifer (I.06195)</p> <p>j. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2. Identifikasi penggunaan alat pengikat, prosthesis, sepatu dan pakaian 3. Periksa perbedaan sensasi tajam atau tumpul 4. Periksa perbedaan sensasi panas atau dingin 5. Periksa kemampuan mengidentifikasi lokasi dan tekstur benda 6. Monitor terjadinya parastesia, jika perlu 7. Monitor perubahan kulit <p>b. Terapeutik</p>
--	--	--	--

			<p>1. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)</p> <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan penggunaan termometer untuk menguji suhu air 2. Anjurkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak 3. Anjurkan memakai Sepatu lembut dan bertuit rendah <p>d. Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian kortikosteroid, jika perlu
4	Resiko infeksi dibuktikan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

			<p>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Pencegahan Luka Tekan</p> <p>k. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis.skala Noton, skala Braden) 2. Periksa adanya luka tekan sebelumnya 3. Monitor suhu kulit yang tertekan 4. Monitor berat badan dan perubahannya 5. Monitor status kulit harian 6. Monitor ketat area yang memerah 7. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi 8. Monitor sumber tekanan dan gesekan <p>l. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat,cairan luka dan inkontinensia fekal 2. Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air 3. Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam 4. Buat jadwal perubahan posisi 5. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang 6. Jaga sprai tetap kering,bersih dan tidak ada kerutan /lipata
--	--	--	---

5	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun,dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola tidur membaik 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 4. Konsentrasi membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang 8. Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan 9. Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi <p>m. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit 2. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit 3. Ajarkan cara merawat kulit <p>Reduksi Ansietas (1.09314)</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
---	--	---	--

			<p>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</p> <p>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara actual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih Teknik relaksasi <p>d. Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu <p>Terapi Relaksasi (I.09326)</p> <p>a. Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan 2. tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang
--	--	--	--

			<p>mengganggu kemampuan kognitif</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 4. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 5. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 6. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>b. Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 4. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p>c. Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman 3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
--	--	--	---

			<p>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih</p> <p>5. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing).</p>
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap dalam proses asuhan keperawatan yang melibatkan pelaksanaan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan melibatkan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang lebih baik, sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan. (Alva,Cherry dkk,2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap terakhir dari prosedur keperawatan yaitu evaluasi. Klien,perawat,dan anggota tim lainnya semua berpartisipasi dalam proses evaluasi yang di sengaja dan berkelanjutan. Evaluasi keperawatan adalah proses berkelanjutan yang menilai keefektifan rencana keperawatan dan bagaimana rencana tersebut akan dilaksanakan,dilanjutkan atau dihentikan (Alva,Cherry dkk ,2023)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan desain studi kasus, yaitu yang bertujuan untuk menerangkan atau menggambarkan masalah penelitian yang terjadi berdasarkan karakteristik tempat, waktu, umur, jenis kelamin, sosial, ekonomi, pekerjaan, status perkawinan, cara hidup (pola hidup) dan lain-lain menurut Hidayat (2012 dalam Tamara, 2019). Jenis penelitian yang digunakan adalah dengan pendekatan studi kasus dimana peneliti untuk mendeskripsikan atau menggambarkan bagaimana asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum di Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr M.Djamil Padang tahun 2024.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian telah dilakukan di Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr M.Djamil Padang tahun 2024. Penelitian dimulai dari bulan Agustus 2023 sampai Juni 2024. Asuhan Keperawatan dimulai tanggal 17 Februari sampai 21 Februari 2024.

C. Populasi dan Sampel

a. Populasi

Populasi menurut Sugiyono merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. (Roflin, Eddy dkk, 2021). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum di Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr M.Djamil. Data yang didapatkan di ruangan penyakit dalam sebanyak 2 orang pasien yang mengalami ulkus diabetikum.

b. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Kartika, 2017).

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan pada penelitian ini yaitu dengan menggunakan Teknik *Purposive Sampling*. *Purposive sampling* yaitu suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2018). Jika sampel yang memenuhi kriteria lebih dari satu maka dalam pengambilan sampel akan digunakan Teknik *Random Sampling*.

Pengambilan sampel pada penelitian ini dipilih berdasarkan kriteria sebagai berikut:

a) Kriteria Inklusi:

1. Pasien kooperatif dan bisa berkomunikasi verbal dengan baik
2. Pasien dan keluarga bersedia menjadi partisipan

b) Kriteria Eksklusi

1. Pasien pulang dalam hari rawatan kurang dari 5 hari
2. Pasien meninggal atau pindah ke ruang lain
3. Pasien ulkus diabetikum dengan amputasi

Dari 2 orang populasi yang didapatkan terdiri atas 2 orang yang memenuhi kriteria inklusi, tetapi hanya 1 orang yang dijadikan sampel karena 1 orang lainnya di eksklusikan akibat ulkus diabetikum dengan amputasi. Maka teknik pengambilan dinamakan *Purposive Sampling*.

D. Alat/Instrumen Pengumpulan Data

Alat/Instrumen pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan alat pemeriksaan fisik terdiri dari tensimeter, stetoskop, termometer, glukocheck, penlight, pengaris/pengukur

meteran, reflexs hammer. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi.

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari: identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, keluhan utama, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan penunjang, dan program pengobatan.
2. Format analisa data terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, data, masalah dan etiologi.
3. Format diagnosa keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, tanggal ditemukannya masalah dan paraf, serta tanggal dan paraf dipecahkannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosa keperawatan, intervensi SIKI dan SLKI.
5. Format catatan perkembangan keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, jam dan implemetasi keperawatan serta paraf yang melakukan implementasi keperawatan

E. Cara Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipertemukan untuk mengumpulkan data, di mana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (Notoatmodjo, 2018). Wawancara dilakukan untuk mendapatkan data tentang identitas pasien, riwayat kesehatan pasien (sekarang, dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga) dan aktivitas sehari-hari pasien.

2. Observasi

Observasi adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2018). Observasi dilakukan untuk melihat dan melihat

tingkat kesadaran pasien, memantau intake output dan memonitor bagaimana perubahan kesehatan dari pasien.

3. Pemeriksaan

Pemeriksaan adalah cara pengumpulan data penelitian dengan mengukur objek menggunakan alat ukur tertentu, misalnya berat badan dengan timbangan badan, tensi.

4. Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan proses untuk memperoleh data berupa benda atau karya. Dokumentasi adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumentasi ini dimanfaatkan sebagai penunjang dari data data lainnya, sehingga diperoleh data yang utuh dan berkualitas".

F. Jenis-jenis Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari partisipan dengan metode wawancara, observasi dan pengkajian kepada pasien yang meliputi: Identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktifitas sehari-hari, dan pemeriksaan fisik terhadap partisipan.

2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari laporan status atau rekam medis pasien. Data yang diperoleh biasanya berupa data penunjang dari laboratorium seperti hasil pemeriksaan darah lengkap atau analisis gas darah.

G. Analisis Data

Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan ulkus diabetikum. Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan implementasi keperawatan sampai evaluasi. Analisis yang dilakukan untuk menentukan bagaimana asuhan keperawatan secara mendalam terhadap pasien ulkus diabetikum dan apakah ada kesesuaian antara teori dengan kondisi pasien.

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Lokasi Penelitian

Penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum telah dilaksanakan di RSUP Dr M.Djamil Padang yang terletak di jalan Perintis Kemerdekaan, Sawahan Timur, Kec. Padang Timur, Kota Padang, Sumatera Barat. Penelitian dilakukan di Ruang Rawat Inap Interne Wanita (IW), Edelwis 16. Di ruangan tersebut perawat pelaksana terdiri dari 3 tim, yaitu tim pagi, tim siang dan tim malam yang dipimpin oleh katim setiap shiftnya. Selain perawat ruangan, beberapa mahasiswa praktek dari berbagai institusi juga ikut melakukan asuhan keperawatan pada pasien.

B. Deskripsi Kasus

Penelitian dilakukan pada tanggal 17-21 Februari 2024 dengan melibatkan satu partisipan yaitu Ny E dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum di Ruang Interne Wanita RSUP Dr M.Djamil Padang. Asuhan Keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi serta evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan metode observasi, pengukuran, wawancara dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada Ny E dimulai pada tanggal 17 Februari 2024 jam 08.30 WIB. Hasil penelitian tentang pengkajian didapatkan peneliti melalui observasi, pengukuran, wawancara dan studi dokumentasi yang dapat dituangkan sebagai berikut :

Ny E (Perempuan) berusia 47 tahun tinggal di Jl.kampung Tanjung No 50, Lubuk Begalung Padang dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum masuk ke RSUP Dr M.Djamil Padang melalui IGD pada tanggal 13 Februari 2024 pada pukul 00.55 WIB dengan keluhan luka makin melebar dan bernanah di kaki kiri sejak 1 bulan yang lalu. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih sejak 2 minggu yang lalu,

pasien mual dan muntah sebanyak 4X sejak 1 hari yang lalu dan kepala pasien terasa pusing. GDS pasien : 50 mg/dL

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 Februari 2024 pada pukul 08.30 WIB pasien mengatakan luka tidak kunjung sembuh pada kaki sebelah kiri sejak 1 bulan yang lalu. Pasien mengatakan luka berawal dari luka kecil akibat tertusuk kaca namun pasien membiarkan hingga luka bernanah pada telapak dan punggung kaki. Pasien sudah dilakukan debridement di RS Rasidin 1 bulan yang lalu namun pasien tidak kontrol kembali ke RS Rasidin untuk perawatan luka. Pasien mengatakan kaki terasa kebas dan kesemutan. Pasien mengatakan juga mengalami penurunan nafsu makan sejak 1 minggu yang lalu dan makanan yang dihabiskan di rumah sakit hanya ¼ porsi. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah, mual, pusing, sering mengantuk, keringat dingin serta pandangan terasa kabur. Pasien juga mengatakan khawatir dengan luka yang tak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah.

Pasien mengatakan bahwa sudah 5 tahun mengalami penyakit Diabetes Melitus. Pasien mengatakan mengonsumsi obat diabetes (glimepiride) tanpa anjuran dokter. Pasien mengatakan jarang kontrol gula darah ke pelayanan kesehatan terdekat dan sering menunda makan.

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki keluhan dan penyakit yang sama dengan pasien. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit DM, Hipertensi serta penyakit menular seperti TB dan hepatitis.

Hasil pemeriksaan NY E didapatkan hasil keadaan umum pasien lemah, kesadaran compos mentis, tekanan darah 121/88 mmHg, suhu 36,9 C, nadi 80x/i, pernafasan 21x/i, tinggi badan 155 cm, berat badan 60 kg. Terpasang infus NaCl 0,9% di tangan sebelah kiri, akral teraba dingin, CRT > 3 detik. Pada ekstremitas bawah terdapat 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah, area kulit

sekitar luka pada punggung kaki tampak menghitam serta luka bernanah pada telapak kaki dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau. Edema pada kaki kiri, akral teraba dingin, CRT > 3 detik.

Data penunjang pemeriksaan laboratorium pada tanggal 17 Februari 2024 hasil labor yang didapatkan Gula Darah Sewaktu 79 mg/dL (dengan nilai rujukan 50-200 mg/ dL), Ureum 8 mg/ dL (dengan nilai rujukan 10-50 mg/ dL), kreatinin 0.5 mg/ dL (dengan nilai rujukan 0.6-1.2 mg/ dL) Hemoglobin 9.5 g/ dL (dengan nilai rujukan 12.0-14.0 g/ dL) dan leukosit $10.08 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ (dengan nilai rujukan $5.0-10.0 \cdot 10^3/\text{mm}^3$).

Program dan rencana pengobatan IVFD NaCl 0,9% 500cc/12jam ,Inj.omeprazole 1x40 mg, Inj. Ampisilin sulbaktam 4x1.5gr, Inf. Metronidazole 3x500 mg, Sulcrafat 3x10 cc, Kapsul garam 3x500 mg, Novorapid 3x6 ui.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data pada tanggal 17 Februari 2024 ditemukan diagnosa keperawatan yaitu : **1) ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia** dengan data pasien badan terasa lemah dan lelah, mual,pusing, sering mengantuk,berkeringat dingin serta pandangan terasa kabur. Gula darah sewaktu pada tanggal 17 Februari yaitu 79 mg/dL. **2) Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer** dengan data pasien luka yang tidak kunjung sembuh dan terdapat 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau. Punggung kaki kiri tampak udem dan kaki terasa kebas serta kesemutan. Kulit sekitar luka pada area punggung kaki kiri tampak menghitam. **3)Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena** dengan data pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah, berkeringat dingin, pasien tampak pucat, CRT>3 detik, serta akral teraba

dingin. **4)Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)** dengan data pasien Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung dan telapak kaki sebelah kiri, badan terasa lemah, nafsu makan menurun, dan makanan yang dimakan hanya dihabiskan $\frac{1}{4}$, kaki terasa kebas, pasien tampak lelah dan pucat, HB : 9,5 mg/Dl, Leukosit : 10,08.

5)Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri dengan data pasien Pasien mengatakan khawatir dengan luka yang tidak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah, pasien tampak sulit tidur dan gelisah.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun pada tanggal 17 Februari 2024. Intervensi yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia. Setelah dilakukan tindakan keperawatan SLKI diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil mengantuk menurun, pusing menurun, lelah/lesu menurun,berkeringat menurun, kadar glukosa membaik. Intervensi yang dapat dilakukan manajemen hipoglikemia dengan rencana aktivitas yang dilakukan yaitu identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia,berikan karbohidrat sederhana jika perlu, berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet, pertahankan akses IV jika perlu, anjurkan monitor kadar glukosa darah, ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis.tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia), ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. Mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga).

Diagnosa keperawatan kedua adalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Setelah dilakukan tindakan keperawatan SLKI di harapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan

kulit menurun, sensasi membaik, tekstur membaik. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu perawatan luka dengan rencana aktivitas yang dilakukan yaitu monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

Diagnosa keperawatan ketiga adalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena. Setelah dilakukan tindakan keperawatan SLKI diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik. Intervensi yang dapat dilakukan Perawatan sirkulasi yaitu periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, monitor bengkak pada ekstremitas, lakukan pencegahan infeksi seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, anjurkan melakukan perawatan kaki dengan melakukan perawatan luka setiap hari, anjurkan lakukan perawatan kulit yang tepat.

Diagnosa keperawatan keempat yaitu Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus). Setelah dilakukan tindakan keperawatan SLKI diharapkan masalah tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil bengkak menurun, cairan berbau busuk menurun dan kadar sel darah putih membaik. Intervensi yang dapat dilakukan pencegahan infeksi yaitu berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, membatasi jumlah pengunjung, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan

cara mencuci tangan dengan benar, dan anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Diagnosa keperawatan kelima yaitu Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan SLKI diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun. Intervensi yang dapat dilakukan Reduksi ansietas yaitu monitor tanda-tanda ansietas, temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan, dengarkan penuh perhatian, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu serta latih teknik relaksasi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan dari tanggal 17-21 Februari 2024. Implementasi pada diagnosa pertama yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia. Implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia, memonitor kadar glukosa darah (gula darah sewaktu 79 mg/dL), mengajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis: tanda dan gejala, faktor risiko dan pengobatan hipoglikemia), serta mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga).

Implementasi pada diagnosa kedua Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Implementasi yang dilakukan perawatan integritas kulit yaitu memonitor karakteristik luka (terdapat 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau), memonitor tanda-tanda infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan

cairan air steril irigasi, membersihkan jaringan nekrotik, memberikan salep (octadin gel) yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, menganjurkan menggunakan pelembab (lotion) di area kulit.

Implementasi pada diagnosa ketiga Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena, yang dilakukan adalah memeriksa sirkulasi perifer ($CRT > 3$ detik), mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (diabetes), memonitor bengkak pada ekstremitas, melakukan pencegahan infeksi, melakukan perawatan kaki, menganjurkan perawatan kulit yang tepat.

Implementasi pada diagnosa keempat Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus), yang dilakukan adalah memberikan perawatan kulit pada area edema, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Implementasi pada diagnosa kelima Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri, yang dilakukan adalah memonitor tanda-tanda ansietas, temani pasien mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, menggunakan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu, serta melatih relaksasi napas dalam.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi pada diagnosa pertama Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia didapatkan evaluasi teratasi pada hari ke-5 dengan kriteria hasil yaitu pasien mengatakan lelah sudah berkurang, mengantuk menurun, dan hasil pemeriksaan glukosa sewaktu membaik yaitu 120 mg/dL.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosa kedua Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer didapatkan evaluasi masalah keperawatan hasil pada hari ke-5 dengan kriteria hasil pasien mengatakan luka mulai membaik, dan nanah pada telapak kaki sudah berkurang.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosa ketiga Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena didapatkan evaluasi masalah keperawatan hasil pada hari ke 5 dengan kriteria hasil pasien mengatakan badan tidak terasa lemah lagi, keringat dingin berkurang, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik ($CRT < 2$ detik), akral membaik (teraba hangat).

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosa keempat Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus) didapatkan evaluasi masalah keperawatan hasil pada hari ke-5 yaitu pasien mengatakan badan tidak lemah lagi, nafsu makan sudah meningkat, luka nanah (pus) pada telapak kaki berkurang dan bengkak menurun.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosa kelima Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri, didapatkan hasil evaluasi pada hari ke-5 dengan kriteria hasil yaitu pasien mengatakan rasa khawatir dengan luka di kaki sudah berkurang, pasien tidak lagi sulit tidur.

C. Pembahasan

Setelah melakukan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi, maka pada bab ini peneliti akan

membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum pada Ny E, dilakukan pengkajian keperawatan mulai tanggal 17-21 Februari 2024 di RSUP Dr M.Djamil Padang sebagai berikut :

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien

Pasien (Ny. E) berumur 47 tahun dengan jenis kelamin perempuan dan diagnosa medis ulkus diabetikum. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian (Adri et al., 2020) bahwa peningkatan kondisi Diabetes Melitus tipe 2 menjadi ulkus diabetik dipengaruhi faktor umur sangat besar, dikarenakan manusia mengalami penurunan fisiologis setelah umur 40 tahun. Selain itu, menurut (Yosmar,dkk.2018) penderita ulkus diabetikum pada DM tipe 2 pada umumnya berumur 45-74 tahun, dikarenakan semakin tua seseorang semakin berkurang pula kerja dari organ tubuhnya sehingga semakin meningkat pula risiko terkena penyakit.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama masuk

Berdasarkan data dan pengkajian peneliti didapatkan dari partisipan, pasien masuk RSUP Dr M.Djamil Padang dengan keluhan utama luka bernanah yang tak kunjung sembuh dan melebar pada kaki kiri sejak 1 bulan yang lalu. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih sejak 2 minggu yang lalu, pasien mual dan muntah sebanyak 4X sejak 1 hari yang lalu dan kepala pasien terasa pusing. GDS pasien : 50 mg/dL.

Menurut (Ridawati & Elvian, 2020) keluhan utama pada pasien ulkus diabetikum yakni luka yang sulit sembuh. Berdasarkan hasil yang didapatkan menurut teori (Ridawati & Elvian, 2020) dengan penelitian (Elsa,2021) ada kesamaan hasil penelitian

dengan teori asuhan keperawatan dengan keluhan luka pada kaki yang tidak sembuh-sembuh

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Hasil pengkajian riwayat kesehatan sekarang yang dilakukan peneliti melalui wawancara dan pemeriksaan fisik didapatkan keluhan pada Ny.E adalah pasien mengatakan luka tidak kunjung sembuh pada kaki sebelah kiri sejak 1 bulan yang lalu. Pasien mengatakan luka berawal dari luka kecil akibat tertusuk kaca namun pasien membiarkan hingga luka bernanah pada telapak dan punggung kaki. Pasien sudah dilakukan debridement di RS Rasidin 1 bulan yang lalu namun pasien tidak kontrol kembali ke RS Rasidin untuk perawatan luka. Pasien mengatakan kaki terasa kebas dan kesemutan.

Menurut teori (Yulyastuti&dkk 2021) menyebutkan bahwa tanda dan gejala dari ulkus diabetikum diantaranya yakni sering kesemutan, sensasi berkurang, kerusakan jaringan (nekrosis). Hasil penelitian (Elsa,2021) tanda dan gejala pasien yang dikaji yaitu pasien mengeluh kaki terasa berat dan kaku.

Berdasarkan hasil yang didapatkan menurut teori (Yulyastuti&dkk 2021) dengan penelitian (Elsa,2021) ada kesamaan antara hasil peneliti dengan teori asuhan keperawatan yaitu kaki terasa kesemutan/kaku.

Selain itu, Pasien mengatakan juga mengalami penurunan nafsu makan sejak 1 minggu yang lalu dan makanan yang dihabiskan di rumah sakit hanya ¼ porsi. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah, mual, pusing, sering mengantuk, keringat dingin serta pandangan terasa kabur. Pasien juga mengatakan

khawatir dengan luka yang tak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah.

Hal ini sesuai dengan teori Budiawan, Heri dkk (2020) mengenai tanda dan gejala hipoglikemia yang dibedakan menjadi dua kategori yakni otonom meliputi munculnya tanda dan gejala seperti berkeringat, jantung berdebar, gemetar, pusing, serta neuroglukopenik meliputi munculnya tanda dan gejala mengantuk, kesulitan berbicara dan tidak mampu melakukan koordinasi.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Hasil pengkajian keperawatan pada riwayat kesehatan dahulu pasien yaitu Pasien mengatakan bahwa sudah 5 tahun mengalami penyakit Diabetes Melitus. Pasien mengatakan mengonsumsi obat diabetes (glimepiride) tanpa anjuran dokter. Pasien mengatakan jarang kontrol gula darah ke pelayanan kesehatan terdekat dan sering menunda makan.

Menurut Rusdi (2019) dalam *Journal of Pharmaceutical And Sciences*, Hipoglikemia dapat terjadi sebagai akibat dari efek samping dari penggunaan penurun glukosa darah, seperti insulin dan Anti Diabetik Oral (ADO) terutama golongan sulfonilurea dan meglitinide. Penggunaan kombinasi dengan golongan ADO yang lain dapat meningkatkan kejadian hipoglikemia.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian (Ubaidillah, 2021) bahwa pola makan yang tertunda atau terlewat akan beresiko hipoglikemia, jika pasien tersebut mengonsumsi insulin atau obat hipoglikemik oral tetapi pasien melewatkan atau menunda makan.

4) Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik pada Ny.E didapatkan dengan keadaan umum : pasien dalam kondisi lemah, TD: 121/88 mmHg, N: 80x/i, S: 36,9 C, RR: 21x/i, konjungtiva anemis, akral teraba dingin mukosa bibir kering dan pucat. Pada ekstremitas bawah kaki kiri tampak udem, CRT>3 detik, tampak 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah, area kulit sekitar luka pada punggung kaki kiri tampak menghitam serta luka bernanah pada telapak kaki dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau.

Berdasarkan teori Dyah Ayu (2021) luka pada pasien diabetes dapat terinfeksi menjadi ulkus ditandai dengan adanya eksudat atau cairan pada luka sebagai tempat berkembangnya bakteri. Penelitian Putri Maharani (2021), pemeriksaan fisik pada pasien ulkus diabetikum yakni kaki kiri pasien tampak mengeluarkan nanah (pus),edema pada kaki kiri.

Berdasarkan hasil yang didapatkan menurut teori (Dyah Ayu,2021) dengan penelitian ada kesamaan antara hasil peneliti dengan teori asuhan keperawatan.

5) Pemeriksaan penunjang

Data penunjang pemeriksaan laboratorium pada tanggal 17 Februari 2024 hasil labor yang didapatkan Gula Darah Sewaktu 79 mg/dL (dengan nilai rujukan 50-200 mg/ dL), Ureum 8 mg/ dL (dengan nilai rujukan 10-50 mg/ dL), kreatinin 0.5 mg/ dL (dengan nilai rujukan 0.6-1.2 mg/ dL) Hemoglobin 9.5 g/ dL

(dengan nilai rujukan 12.0-14.0 g/ dL) dan leukosit $10.08 \times 10^3/\text{mm}^3$ (dengan nilai rujukan 5.0-10.0 $10^3/\text{mm}^3$).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan SDKI (2017) menjelaskan bahwa berdasarkan teori masalah keperawatan terdapat kasus ditemukan 5 diagnosa keperawatan. Hal ini disebabkan karena mendukung data-data untuk menegakkan diagnosa tersebut adalah :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia

Saat dilakukan pengkajian pada Ny.E yaitu pasien mengatakan badan terasa lemah dan Lelah,mual, pusing, sering mengantuk ,berkeringat dingin, pandangan terasa kabur. Pasien tampak pucat dan kadar gula darah sewaktu adalah 79 mg/dL.

Hal ini sesuai dengan teori SDKI (2017), ketidakstabilan kadar glukosa darah didefinisikan sebagai variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal, dengan tanda dan gejala hipoglikemia yaitu mengantuk, pusing, gangguan koordinasi, serta kadar glukosa dalam darah/urin rendah.

Penelitian Regita (2024) bahwa pasien dengan diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia mengalami keluhan pusing,gemeteran, dan GDS : 45 mg/Dl.

Berdasarkan hasil yang didapatkan menurut teori SDKI (2017) dengan penelitian (Regita, 2024) ada kesamaan antara hasil peneliti dengan teori asuhan keperawatan.

2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer
Saat pengkajian ditemukan pada Ny.E yaitu terdapat 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau.

Menurut teori SDKI (2017), gangguan integritas kulit/jaringan didefinisikan sebagai kerusakan kulit (dermis dan /atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea,fasia,otot,tendon, tulang,kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) dengan gejala dan tanda mayor terdapat data objektif kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.

Penelitian Nely (2018) menyebutkan bahwa pada pasien Ulkus Diabetikum dengan diagnosa gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer mengalami keluhan luka pada kaki yang tak kunjung sembuh, luka memerah dan mengeluarkan pus.

Berdasarkan hasil yang didapatkan menurut teori SDKI (2017) dengan penelitian (Nely, 2018) ada kesamaan antara hasil peneliti dengan teori asuhan keperawatan.

3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena
Saat pengkajian pada Ny.E didapatkan data pasien merasa lemah dan lelah,berkeringat dingin, pasien tampak pucat, CRT> 3 detik, akral teraba dingin.

Menurut teori SDKI (2017), perfusi perifer tidak efektif didefinisikan sebagai penurunan sirkulasi darah pada level kapiler

yang dapat mengganggu metabolisme tubuh dengan gejala dan tanda mayor objektif yaitu pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Elsa, 2021) bahwa pasien dengan diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif mengalami keluhan. lemah, pusing, akral teraba dingin, serta warna kulit pucat.

4. Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)

Saat pengkajian pada Ny.E didapatkan data pasien mengatakan terdapat luka pada punggung dan telapak kaki sebelah kiri, badan terasa lemah, nafsu makan menurun, makanan yang dimakan hanya dihabiskan $\frac{1}{4}$, kaki terasa kebas, luka pada telapak kaki bernanah dan berbau, HB : 9,5 mg/dL Leukosit : 10,08.

Menurut teori SDKI (2017), risiko infeksi didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor risikonya adalah penyakit kronis (mis: diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; immunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat).

Menurut penelitian Hati (2020) mengalami keluhan luka pada punggung dan telapak kaki, di sekitar luka kaki tampak edema serta

mengeluarkan nanah. Jika ulkus kaki berlangsung lama dan tidak dilakukan penatalaksanaan dan tidak sembuh luka akan menjadi infeksi.

Menurut penelitian pada partisipan terdapat kesamaan antara teori dan kasus yaitu kerusakan integritas kulit beresiko terjadinya infeksi.

5. Ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri

Saat pengkajian pada Ny.E didapatkan data pasien mengatakan khawatir dengan luka yang tidak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah, pasien tampak sulit tidur dan gelisah.

Hal ini sesuai dengan teori SDKI (2017), ansietas didefinisikan sebagai kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman, dengan gejala dan tanda mayor data subyektif yaitu merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi. Sedangkan data objektifnya yaitu tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur.

Penelitian (Zulaekhah et al., 2019) menyatakan secara psikologis seseorang yang mengalami penyakit ulkus diabetikum cenderung tidak dapat menerima kenyataan akan penurunan kemampuan dirinya akibat ulkus diabetikum ini. Hal ini dapat memunculkan gangguan psikologis yang akhirnya berdampak buruk bagi kesehatan. Pandangan terhadap masa depannya juga berubah, kemudian muncul sikap pesimis dan keyakinan diri berkurang sehingga menyebabkan timbulnya kekhawatiran dan kecemasan.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus. Intervensi keperawatan tersebut terdiri dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Diagnosa keperawatan pertama adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia. Setelah dilakukan tindakan keperawatan SLKI diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil mengantuk menurun, pusing menurun, lelah/lesu menurun, berkeringat menurun, kadar glukosa membaik. Intervensi yang dapat dilakukan manajemen hipoglikemia dengan rencana aktivitas yang dilakukan yaitu identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia, berikan karbohidrat sederhana jika perlu, berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet, pertahankan akses IV jika perlu, anjurkan monitor kadar glukosa darah, ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis.tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia), ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. Mengurangi insulin/agen oral dan / atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga).

Hal ini sejalan dengan teori Widyarani, Linda (2023) pendidikan kesehatan pada penderita DM perlu diprioritaskan, karena bisa meningkatkan pengetahuan penderita DM tentang manajemen hipoglikemia. Sehingga kesadaran penderita DM bersedia mengubah perilaku dalam menjalani program pengobatan yang diberikan meningkat dan kadar glukosa darah juga dapat dikendalikan.

Diagnosa keperawatan kedua adalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Setelah dilakukan tindakan keperawatan SLKI di harapkan integritas kulit dan jaringan meningkat

dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, sensasi membaik, tekstur membaik. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu perawatan luka dengan rencana aktivitas yang dilakukan yaitu monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

Hal ini sejalan dengan penelitian Rohmah dkk (2023) bahwa untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit/jaringan, tindakan keperawatan utama yang dilakukan yaitu perawatan luka. Perawatan luka bertujuan untuk mencegah infeksi luka. Pelaksana perawatan luka harus mengerti teknik aseptik setiap penggantian balutan luka, mengobservasi keadaan luka secara lokal dan mengkaji keadaan umum pasien, mencegah komplikasi luka, serta memberi teknik perawatan luka yang aman dan nyaman bagi pasien.

Diagnosa keperawatan ketiga adalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena. Setelah dilakukan tindakan keperawatan SLKI diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik. Intervensi yang dapat dilakukan Perawatan sirkulasi yaitu periksa sirkulasi perifer, identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, monitor bengkak pada ekstremitas, lakukan pencegahan infeksi seperti mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, anjurkan melakukan perawatan kaki seperti melakukan

perawatan luka setiap hari, anjurkan lakukan perawatan kulit yang tepat seperti memberi lotion pada area kulit kaki yang kering.

Hal ini sejalan dengan penelitian Disvi dan Nengke (2022) salah satu penatalaksanaan non farmakologis pada pasien dengan diagnosa perfusi perifer tidak efektif yaitu dengan melakukan perawatan kaki. Perawatan kaki dapat dilakukan dengan mudah seperti melakukan pemeriksaan kaki, menjaga kebersihan kaki, menggunakan pelembab, memotong kuku kaki.

Diagnosa keperawatan keempat yaitu Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus). Setelah dilakukan tindakan keperawatan SLKI diharapkan masalah tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil bengkak menurun, cairan berbau busuk menurun dan kadar sel darah putih membaik. Intervensi yang dapat dilakukan pencegahan infeksi yaitu berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, membatasi jumlah pengunjung, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, dan anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Hal ini sejalan dengan penelitian Nelly dan Nur (2017) yang menyatakan semakin lama menderita DM beresiko untuk terjadi ulkus berulang. Kejadian ulkus yang paling banyak adalah luka yang sudah mencapai tulang atau sendi dengan kondisi yang iskemik dan infeksi. Maka dari itu diperlukan melakukan pencegahan infeksi dengan baik dan tepat.

Diagnosa keperawatan kelima yaitu Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan SLKI diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang

dihadapi menurun. Intervensi yang dapat dilakukan Reduksi ansietas yaitu monitor tanda-tanda ansietas, temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan, dengarkan penuh perhatian, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu serta latih teknik relaksasi.

Hal ini sejalan dengan penelitian Nisa (2021) bahwa tindakan keperawatan untuk mengurangi ansietas dapat berupa tindakan yang dilakukan sendiri tanpa bantuan oleh perawat, contohnya seperti teknik relaksasi napas dalam. Relaksasi nafas dalam merupakan teknik relaksasi dengan cara melakukan nafas dalam dengan tujuan meningkatkan oksigenasi dalam darah, untuk menukar udara di alveoli, mengurangi stres atau ansietas. Kelebihan dari teknik nafas dalam adalah teknik yang paling mudah dan paling sering digunakan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan dari tanggal 17 Februari-21 Februari 2024. Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai rencana yang telah disusun sebelumnya oleh peneliti berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) .

Implementasi pada diagnosa pertama yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia. Implementasi yang dilakukan adalah mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia, mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia, memonitor kadar glukosa darah (gula darah sewaktu 79 mg/dL, mengajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis: tanda dan gejala, faktor risiko dan pengobatan hipoglikemia), serta mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga).

Hal ini sejalan dengan teori Neng Intan dkk (2022) mengenai manajemen hipoglikemia yang berupa mengidentifikasi tanda-tanda hipoglikemia, mengidentifikasi penyebab hipoglikemia, memonitor kadar gula darah per shift, perencanaan perawatan dirumah klien sudah dianjurkan untuk menyediakan glucometer untuk deteksi awal gula darah.

Implementasi pada diagnosa kedua Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Implementasi yang dilakukan perawatan integritas kulit yaitu memonitor karakteristik luka (terdapat 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau), memonitor tanda-tanda infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan air steril irigasi, membersihkan jaringan nekrotik, memberikan salep (octadin gel) yang sesuai ke kulit/lesi, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, menganjurkan menggunakan pelembab (lotion) di area kulit.

Menurut Dimantika (2020) *modern dressing* merupakan suatu balutan luka modern dalam *wound care*, Dimana keefektifannya jauh lebih baik dibandingkan dengan perawatan konvensional. Tujuan utama dari *modern dressing* adalah moisture balance yang mempertahankan luka agar tetap lembab untuk mempercepat proses granulasi sehingga mempercepat penyembuhan luka.

Implementasi pada diagnosa ketiga Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena, yang dilakukan adalah memeriksa sirkulasi perifer (CRT>3 detik), mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (diabetes),

memonitor bengkak pada ekstremitas, melakukan pencegahan infeksi, melakukan perawatan kaki, menganjurkan perawatan kulit yang tepat.

Hal ini sejalan dengan teori Eka dkk (2017) menyatakan salah satu penatalaksanaan pada pasien ulkus diabetikum dengan keterbatasan perfusi yaitu dengan melakukan perawatan kulit yang tepat berupa memakai krim/lotion pada kaki dan kulit namun jangan diantara sela-sela jari untuk menghindari pertumbuhan bakteri.

Implementasi pada diagnosa keempat Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus), yang dilakukan adalah memberikan perawatan kulit pada area edema, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Implementasi pada diagnosa kelima Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri, yang dilakukan adalah memonitor tanda-tanda ansietas, temani pasien mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, menggunakan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu.

Hal ini sejalan dengan teori Asep (2015) yang menyatakan bahwa intervensi keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien ansietas diantaranya melalui Latihan tarik napas dalam. Latihan Tarik napas dalam sebuah teknik relaksasi yang bertujuan untuk memberikan efek relaksasi menyeluruh pada klien, meliputi kondisi relaksasi secara fisiologis, kognitif, dan perilaku. Latihan ini membuat klien merasa lebih rileks dan tenang, sehingga perasaan cemas atau khawatir

berkurang setelah melakukannya. Latihan ini menjadi lebih efektif jika dilakukan secara rutin.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi pada diagnosa pertama Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia didapatkan evaluasi teratasi pada hari ke-5 dengan kriteria hasil yaitu pasien mengatakan lelah sudah berkurang, mengantuk menurun, dan hasil pemeriksaan glukosa sewaktu membaik yaitu 120 mg/dL.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosa kedua Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer didapatkan evaluasi masalah keperawatan hasil pada hari ke-5 dengan kriteria hasil pasien mengatakan luka mulai membaik, dan nanah pada telapak kaki sudah berkurang. Menurut evaluasi yang didapatkan sama dengan penelitian Putri Maharani (2021), masalah gangguan integritas kulit teratasi pada hari ke-5 dan intervensi dihentikan pasien pulang dan melakukan kontrol ulang.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosa ketiga Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena didapatkan evaluasi masalah keperawatan hasil pada hari ke-5 dengan kriteria hasil pasien mengatakan badan tidak terasa lemah lagi, keringat dingin berkurang, warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik (CRT < 2detik), akral membaik (teraba hangat).

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosa keempat Risiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus) didapatkan evaluasi masalah keperawatan hasil pada hari ke-5 yaitu pasien mengatakan badan tidak lemah lagi, nafsu makan sudah meningkat, luka nanah (pus) pada telapak kaki berkurang dan bengkak menurun. Menurut evaluasi yang didapatkan sama dengan penelitian

Putri Maharani (2021), masalah risiko infeksi teratasi pada hari ke-5 dengan keluhan pasien badan tidak terasa lemah dan intervensi pencegahan infeksi dihentikan.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada diagnosa kelima Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri, didapatkan hasil evaluasi pada hari ke-5 dengan kriteria hasil yaitu pasien mengatakan rasa khawatir dengan luka di kaki sudah berkurang, pasien tidak lagi sulit tidur.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian yang didapatkan data partisipan adalah pasien mengatakan luka tidak kunjung sembuh pada kaki sebelah kiri dan berukuran besar, akral teraba dingin, CRT > 3 detik. Pasien mengatakan kaki terasa kebas dan kesemutan. Pasien mengatakan juga mengalami penurunan nafsu makan sejak 1 minggu yang lalu. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah, mual, pusing, sering mengantuk, keringat dingin serta pandangan terasa kabur. Pasien juga mengatakan khawatir dengan luka yang tak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada partisipan yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia., Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropti perifer, Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena, Resiko infeksi dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer, Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri.
3. Intervensi keperawatan dilakukan yaitu manajemen hipoglikemia, perawatan luka, perawatan sirkulasi, pencegahan infeksi, serta reduksi ansietas.
4. Implementasi keperawatan mengacu kepada tindakan yang telah disusun. Rencana keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan diantaranya yaitu melakukan pemantauan dan pemeriksaan gula darah, mengkaji luka, membersihkan luka dengan air steril irigasi, memeriksa sirkulasi perifer memonitor bengkak pada ekstremitas, memeriksa kulit, melakukan perawatan kaki, memonitor tanda dan gejala infeksi, memonitor tanda-tanda ansietas, dan menemani pasien mengurangi kecemasan.
5. Evaluasi keperawatan pada pasien dengan Ulkus diabetikum dilakukan dengan metode SOAP selama 5 hari berturut-turut. Pada diagnosa pertama risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi, diagnosa kedua yakni

gangguan integritas kulit ini teratasi dengan luka yang membaik dan nanah pada luka berkurang, diagnosa perfusi perifer tidak efektif teratasi dengan CRT > 3 detik, akral pasien teraba hangat, diagnosa risiko infeksi teratasi dengan pasien tidak merasa lemah lagi dan nafsu makan sudah meningkat, serta diagnosa Ansietas teratasi dengan rasa khawatir pasien terhadap penyakitnya sudah berkurang.

B. Saran

Untuk pengembangan lebih lanjut maka peneliti memberikan saran sebagai berikut:

1. Rumah Sakit Umum Pusat M.Djamil Padang
Diharapkan Direktur rumah sakit dapat memfasilitasi untuk menggunakan modern dressing .
2. Perawat Rumah Sakit Pusat M.Djamil Padang
Diharapkan perawat untuk meningkatkan kemampuan perawatan luka pada pasien ulkus diabetikum
3. Mahasiswa dan Dosen Bagi Institusi Pendidikan
Dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran oleh Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Padang pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum
4. Bagi Peneliti Selanjutnya
Hasil penelitian yang peneliti dapatkan diharapkan dapat menjadi acuan menjadi bahan pembandingan pada penelitian selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien ulkus diabetikum.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya,Astri. (2018). Screening fungsi ginjal sebagai perbaikan Outcome Pengobatan pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe II. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(1), 191-198
- Adri, K., Arsin, A., & Thaha, R. M. (2020). Faktor Risiko Kasus Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Ulkus Diabetik Di Rsud Kabupaten Sidrap. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim*, 3(1), 101–108.
<https://doi.org/10.30597/jkmm.v3i1.10298>
- Alva Cherry,M.(2023).Metodologi Penelitian Kualitatif &Kuantitatif.CV.Pustaka Ilmu.
- Amalia, F.F.(2020). Aktivitas Antibakteri Kopi Robusta Dalam Mempercepat Kejadian Penyembuhan Luka Pada Ulkus Diabetikum. *Jurnal Kesehatan Tadulako*, 1-6.
- Angriani, S., Hariani, H., Dwianti, U., Kesehatan, P., & Makassar, K. (2019). Efektifitas Perawatan Luka Modern Dressing Dengan Metode Moist Wound Healing Pada Ulkus Diabetik Di Klinik Perawatan Luka Etn Centre Makassar. *Politeknik Kesehatan Makassar*, 10(01), 2087–2122.
- Asmaria, M., Marni, L., & Yulidar, S. (2022). Edukasi Perawatan Ulkus Diabetikum Di Rumah Pada Pasien Dan Keluarga Pasien Di Rumah Sakit Asyiyah Kota Pariaman. *Jurnal Abdimas Saintika*, 4(1), 41–45.
- Anugrah,Rahma Disvi dan Nengke Puspita. (2022). Asuhan Keperawatan Perfusi Perifer Tidak Efektif Dengan Pasien Diabetes Melitus Melalui Manajemen Perawatan Kaki (Foot Care). *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 3(1), 32-38
- Chrisanto, E. Y. (2017). Perawatan ulkus diabetik dengan metode moist wound healing. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 11(2), 123–131.
<http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/holistik/article/view/254>
- Decroli, E. (2019). Diabetes Melitus Tipe 2. Padang: Pusat Penerbitan Bagian Ilmu Penyakit Dalam.

- Dewi, I. P., Hidayat, R., & Naziyah, N. (2023). Analisis Asuhan Keperawatan melalui Intervensi penggunaan Balutan Foam Dressing Sekunder pada pasien Ny. S Dan Tn. A dengan diagnosis medis Diabetic Foot Ulcer (DFU) di Klinik Home Care Setia. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 6(3), 1258–1267. <https://doi.org/10.33024/jkpm.v6i3.8828>
- Dimantika, A., Sugiyarto, S., & Setyorini, Y. (2020). Perawatan Luka Diabetes Mellitus Menggunakan Teknik Modern Dressing. *Interest : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(2), 160–172. <https://doi.org/10.37341/interest.v9i2.210>
- Febrianti,Regita.2024. Analisis Asuhan Keperawatan Melalui Intervensi Kolaborasi Pemberian Dextrose pada Tn.K dan Ny.T Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Tipe 2 di Rumah Sehat Untuk Jakarta Wilayah Jakarta Timur. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat*, 7(4), 1542-1555
- Fitria, Eka., Nur, A., Marissa, N., & Ramadhan, N. (2017). Karakteristik Ulkus Diabetikum pada Penderita Diabetes Mellitus di RSUD dr. Zainal Abidin dan RSUD Meuraxa Banda Aceh. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(3), 153–160. <https://doi.org/10.22435/bpk.v45i3.6818.153-160>
- Hati,Y., Sharfina, D., & Zamawawi. (2020). Pengaruh Senam Kaki Diabetik Terhadap Penurunan Risiko Ulkus Diabetikum pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Taupah Barat Kecamatan Taupah Barat Kabupaten Simeule Tahun 2020. *Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda*, 6(1), 75-82
- Hidayat, Yusup Asep. 2015. Penerapan Teknik Napas Dalam Pada Pasien Diagnosis Keperawatan Ansietas Dengan Diabetes Mellitus di Ruang Umum RSMM Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 3(2), 89-96
- Hikmah, N., Tasalim, R., & Dhea Manto, O. A. (2021). Efektivitas Terapi Air Putih Terhadap Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Studi: Narrative Review. *Journal of Nursing Invention E-ISSN 2828-481X*, 2(2), 121–126. <https://doi.org/10.33859/jni.v2i2.130>

- Intan, Neng dkk. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2, Fase Akut Dengan Pendekatan Model Adaptasi Roy. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 680-688
- Kartika, Ronald W. 2015. *Perawatan Luka Kronis dengan Modern Dressing*. Jakarta: Wound Care/Diabetic Center
- Kusuma, Nur Dina Rohmah dkk. 2023. Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit/jaringan pada Diabetes Mellitus Tipe 2. *Jurnal of Nursing Education & Practice*, 3(2), 75-80
- Lutfiyah, Ismi Nisa. 2021. Asuhan Keperawatan Ansietas pada Pasien Diabetes Melitus dengan Memberikan Terapi Murotal Kombinasi dengan Distraksi Relaksasi Nafas Dalam di Puskesmas Adimulyo
- Maharani, Putri. 2021. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ulkus Diabetikum Di Ruang Penyakit Dalam RS TK.III Dr.Reksowidiryo Padang
- Mardyah, Nely. 2018. Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Ulkus Diabetikum di Ruang Penyakit Dalam RS TK.III Dr. Reksodiwiryo Padang
- Marissa, Nelly dan Nur Ramadhan. (2017). Kejadian Ulkus Berulang Pada Pasien Diabetes Mellitus. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 4(2), 91-99
- Maryati, H., & Firranda Nurmalisyah, F. (2020). Penurunan Kadar Gula Darah Dan Resiko Ulkus Pada Penderita Diabetes Mellitus Dengan Senam Kaki Diabetes Di Prolanis Puskesmas Kesamben Kabupaten Jombang. In *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan* (Vol. 6, Issue 1).
- Notoatmodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: RINEKA CIPTA.
- Perkeni. (2021). *Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia*. Jakarta: PB.PERKENI.
- PPNI. 2017. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta : Dewan Pengurus Pusat

- PPNI. 2017. Standar Luaran Keperawatan Indonesia, Jakarta : Dewan Pengurus Pusat
- PPNI. 2017. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta :Dewan Pengurus Pusat
- Putri,Sulistia Elsa.2021. Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 dengan Ulkus Diabetikum di RSI Ibnu Sina Padang
- Raflin BR Sinaga, M., Yensuari, Y., & Dharma, S. (2023). Pengaruh Kendali Glukosa Darah, Hipertensi, Dan Dislipidemia Terhadap Komplikasi Retinopati Diabetik Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Multidisiplin Indonesia*, 2(10), 3304–3319. <https://doi.org/10.58344/jmi.v2i10.608>
- Rahmi AS, Syafrita Y, & Susanti R. (2022). Hubungan Lama Menderita DM Tipe 2 Dengan Kejadian Neuropati Diabetik. *Jmj*, 10(1), 20–25.
- Resti, A. R., Ludiana, L., & Pakarti, A. T. (2022). Penerapan Senam Kaki Diabetik Pada Pasien Diabetes Melitus Type II Terhadap Nilai Ankle Brachial Index (ABI) Di Wilayah Kerja Puskesmas Metro Tahun 2021. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(4), 487–496.
<https://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/376>
- Ridawati, I. D., & Elvian, M. R. (2020). Asuhan Keperawatan Penerapan Luka Lembab Pada Pasien Diabetes Mellitus. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 848–852. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.411>
- Roflin, Eddy dkk. (2021). Populasi, Sampel, Variabel Dalam Penelitian Kedokteran. Pekalongan, Jawa Tengah : PT NASYA EXPANDING MANAGEMENT.
- Rohmayanti&Handayani.(2017.Modern luka peduli aplikasi di dalam penderita diabetes luka pengelolaan.Internasional Jurnal penelitian di dalam Medis Sains
- Rusdi, S. M. (2019). Pengaruh Hipoglikemia pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Terhadap Kepatuhan Terapi dan Kualitas Hidup. *Journal Of Pharmaceutical and Sciences*, 24-29.
- Saputra,M. K. F., Masdarwati,M., Lala, N.N., Tondok,S. B & Pannyiwi, R.

- (2023). Analysis of the Occurrence of Diabetic Wounds in People with Diabetes Mellitus. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12 (1), 143-149. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.254>
- Saputri, R. D. (2020). Komplikasi Sistemik Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 230 - 236. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.254>
- Setiawan, H., Mukhlis, H., Wahyudi, D. A., & Damayanti, R. (2020). Kualitas Hidup Ditinjau dari Tingkat Kecemasan Pasien Penderita Ulkus Diabetikum. *Majalah Kesehatan Indonesia*, 1 (2), 33-38. <https://doi.org/10.47679/makein.20207>
- Ubaidillah, Z., Sari, D. A. P., & Mashfufa, E. W. (2021). Determinan Insiden Hipoglikemia Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2: Studi Literatur. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 7(2), 289–295. <https://doi.org/10.33023/jikep.v7i2.833>
- Tarwoto, D. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta : CV. Trans Info Media
- Utami Cahyaningtyas, & Rini Werdiningsih. (2022). Analisis Faktor Lama Penyembuhan Kaki Diabetes/Ulkus Diabetikum Pada Pasien DM Tipe 2. *Jurnal Media Administrasi*, 7(1), 28-37. <https://doi.org/10.56444/jma.v7i1.61>
- Widiastuti, L. (2020). Acupressure dan Senam Kaki terhadap Tingkat Peripherat Arterial Disease pada Klien DM Tipe 2. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 694–706. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1200>
- Widyarani, Linda. (2023). Media Edukasi Manajemen Hipoglikemia Ringan di LIngkup Prehospital pada Penderita Diabetes Melitus
- Yanti, A., & Leniwita, H. (2019). Modul Keperawatan Medikal Bedah II. *Keperawatan*, 1–323. <http://repository.uki.ac.id/2750/1/fmodulKMB2.pdf>
- Yosmar, R., Almasdy, D., & Rahma, F. (2018). *Jurnal Sains Farmasi Dan Klinis. Survei Risiko Penyakit Diabetes Melitus Terhadap Kesehatan Masyarakat Kota Padang*, 5(Agustus 2018), 134–141.

Yulyastuti, D. A., & dkk. (2021). Pencegahan dan Perawatan Ulkus Diabetikum. Kediri: Tim STRADA PRESS.

Zulaekhah, S., Liviana, & Arisdiani, T. (2019). Tingkat Ansietas Pasien Ulkus Diabetes Melitus. *Community of Publishing in Nursing*, 7(1), 2303–1298.

LAMPYRAN

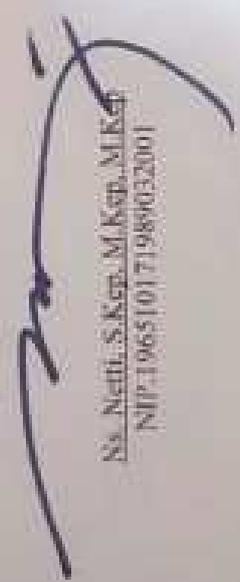
JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH

Asuhan Keperawatan pada Pasien Ulcus Diabetikum di Ruang Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024

No.	Kegiatan	Agustus	September	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mai	Juni
1.	Mengumpulkan Referensi	■										
2.	Konsultasi Jadwal dengan Pembimbing	■	■									
3.	Pembuatan Proposal	■	■	■								
4.	Konsultasi Proposal	■	■	■								
5.	Perdaluhan Seminar Proposal				■	■						
6.	Sidang Proposal						■	■				
7.	Perbaikan Proposal											
8.	Pengumpulan Data, Pelaksanaan penelitian, dan Penyusunan KTI						■	■	■	■		
9.	Koreksi Hasil Sidang Hasil											
10.	Perbaikan KTI											
11.	Pengumpulan KTI											
12.	Publikasi											

Padang, 29 Desember 2023

Pembimbing I


 Ns. Netti, S.Kep., M.Kep., M.Kep.
 NIP. 196510171989032001

Pembimbing II

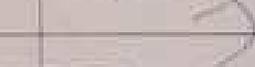

 Ns. Ns. Yosi Suryaningsih, M.Kep., Sp.MB
 NIP. 197507181998032003

Mahasiswa


 Annelia Galinda
 NEM: 213110086

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Amelia Calista
 Nim : 213110086
 Pembimbing I : Ns. Netti, M.Kep, M.Pd
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II dengan
 Ulkus Diabetikum di RSUP Dr.MDjamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	30 Agustus 2023	ACC judul proposal	
2	02 / 09 / 2023	Bimbingan Bab 1	
3	2 / 09 / 2023	Bimbingan Bab 2	
4	3 Nov 2023	perbaikan bab 1	
5	7 NOV 2023	perbaikan bab 2	
6	9 Des 2023	Bimbingan Bab 1,3,3	
7	27 Des 2023	Bimbingan & perbaikan bab 1 (awal)	
8	29 Des 2023	Finishing Proposal	
9		 20/12/23 16:05 7	
10			

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Amelia Callista
 Nim : 213110086
 Pembimbing I : Ns. Ns. Netti, S.Kep, M.Pd, M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Ulkus Diabetikum di IRNA Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	29 Maret 2024	Konsul Arcop	
2	03 April 2024	Revisian Arcop	
3	19 Mei 2024	Konsul Bab 1 - 3	
4	22 Mei 2024	Revisi Bab 1 - 3	
5	9 Juni 2024	Konsul Bab 1 - 5 & Revisi	
6		Accept & submit 27/6/2024	
7			
8			
9			
10			

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG

Nama : Amelia Calista
 Nim : 213110096
 Pembimbing II : Ns.Hendri Budi,M.Kep.SP.KMB
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II dengan
 Ulkus Diabetikum di RSUP Dr.M.Djamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	09 Agustus 2021	Acc judul proposal & diskusi pemb.	
2	24/09	konultasi Bab 1	
3	25/09	konultasi Bab 1, 2, 3	
4	28 Des	Revisi dan bimbingan Bab 1, 2, 3	
5	29 Des	Revisi Bab 1, 2, 3	
6	9 Jan	Revisi Bab 1, 2, 3	
7	3 Jan	Revisi Bab 1, 2, 3	
8	4 Jan	acc sidang proposal KT 1	
9			
10			

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKES KEMENKES PADANG

Nama : Amelia Calista
Nim : 213110086
Pembimbing I : Ns. Yossi Suryariningsih, M. Kep.,Sp.MB
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Ulkus Diabetikum di IRNA Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	2 April 2024	Bimbingan Abstrak	
2	22 Mei 2024	Bimbingan Bab III	
3	30 Mei 2024	Bimbingan Bab IV & Bab V	
4	7 Juni 2024	Revisi & bimbingan Bab 1-5	
5	7 Juni 2024	Acu Sp. keonal	
6			
7			
8			
9			
10			



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7058128 (Hunting)
Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>
Email : direktorat@poltekkes-pdg.ac.id



Nomor : PP.03.01/4298/2023
Perihal : *Izin Pengambilan Data*

30 Agustus 2023

Kepada Yth.:

Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Pengambilan Data di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin (nama mahasiswa terlampir)

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

03 September 2023

Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Padang,RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP 197205281995032001

Lampiran Surat Tugas
Nomor : PP.03.01/4298/2023
Tanggal : 03 September 2023

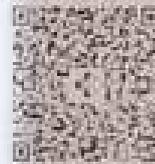
NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN PENGAMBILAN DATA

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Tasya Yolanda Putri	213110152	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sirosis Hepatis Di RSUD Dr M. Djamil Padang
2	Puti Rahima Dwi Andini	213110136	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Colon Di RSUD DR. M. Djamil Padang
3	Nasywa Ayumi Salsabila	213110134	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien Dengan CHF Di RSUD DR M Djamil Padang
4	Afrida Yanti	213110082	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Op Kolostomi Dengan Indikasi Ca Colon Di RSUD DR. M. DJAMIL PADANG
5	Elisa Safitri	213110102	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks Di RSUD Dr M. Djamil Padang
6	Melisyia Tri Andara	213110128	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Sectio Caesarea Atas Indikasi PEB Di RSUD Dr M. Djamil Padang
7	Alifa Ramadhani	213110084	Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Fraktur Di RSUD Dr M. Djamil Padang
8	Faulan Hamdani	213110106	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Fisik Pada Pasien Fraktur Femur Di RSUD Dr M. Djamil Padang
9	Dindriana Azzahra	213110098	Asuhan Keperawatan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien TB Paru Di RSUD Dr M. Djamil Padang
10	Fitria Fatma	213110110	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ca Mammae Di RSUD-DR. M. DJAMIL PADANG
11	Atika Sania Azzahra	213110091	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Ca Mammae Di RSUD DR.M.DJAMIL PADANG

12	Adila Salsabila	213110081	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen Pada Pasien Dengan CHF Di Bangsal Jantung RSUD DR. M.Djamil Padang
13	Gianna Daryus	213110114	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Oksigen Pada Pasien Dengan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) Rsup Dr. M.Djamil Padang
14	Marsbelindia Syahrani aryetti	213110125	Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Bronkopneumonia Di IRNA Kebidanan Dan Anak Rsup Dr. M.Djamil Padang
15	Intan Ismawardany	213110117	Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Penyakit Jantung Bawaan Di IRNA Kebidanan Dan Anak Rsup Dr. M.Djamil Padang
16	Duratul fakhira	213110101	Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Leukemia Limfoblastik Akut Di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUD Dr.M Djamil Padang
17	Dira Ayenda Putri	213110100	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Nutrisi Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe II Di Rsup Dr. Mdjamil Padang
18	Gebi Rahmadia Putri	213110112	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik Di RSUD Dr.Mdjamil Padang
19	Hafzahatul Amanah	213110115	Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Hidrosefalus Di IRNA Kebidanan Dan Anak RSUD Dr. M. Djamil Padang
20	Alia Salsabila Effendi	213110083	Asuhan Keperawatan Gangguan Aman Nyaman Pada Pasien Decubitus Di RSUD Dr. M. Djamil Padang
21	Riski Wallidaiva	213110141	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman Nyeri Pada Pasien Cedera Kepala Di Ima Bedah Trauma Center Rsup Dr.M.Djamil Padang
22	Vioni Petricia	213110155	Asuhan Keperawatan Anak Pada Anak Dengan Penyakit Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Dr M Djamil Padang
23	Delvianda Rasyid	213110096	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Chronic Kidney Disease (CKD) Di RSUD Dr M

			Djamil Padang
24	Amelia Galisa	213110006	Asuhan Keperawatan Pada Pasien DM Tipe 2 Dengan Ulkus Diabetikum Di RSUP.Dr.M.Djamil Padang
25	Anka Rizki Amalia	213110000	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kanker Payudara Di RSUP Dr.M.Djamil Padang
26	Meisya Melani	213110127	Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Oksigenasi Pada Pasien Efusi Pleura Di RSUP Dr. M. Djamil Padang
27	Siti Aisyah Alfira	213110147	Asuhan Keperawatan Pada Pasien CKD Di RSUP Dr. M. Djamil Padang
28	Dhea Intah Putri	213110097	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Simicir Hepatis Di RSUP Dr. M. Djamil Padang

Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Padang.



RENIDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP 197205281995032001



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang -25127 Telp. (0751) 32371, 810253, 810254, ext. 245

Email : dsu@rsupdjamil.com

NOTA DINAS

Nomor: DP.03.01/XVI.1.3.2/IRK/IX/2023

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis
 2. Ka. IRNA Non Bedah (Interne Pria)

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
 Hal : Izin Survei Awal
 Tanggal : 11 September 2023

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Amelia Calista
 NIM/BP : 213110086
 Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien DM Tipe 2 dengan Ulkus Diabetikum di RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Kepada Yth

Bapak/Ibu P & Kari

difenyakit Baham

dr. Hendra Permana, Sp.SiK, M.Biomed

Agar difasilitasi penelitian

mohonnya atas nama Amelia Calista

Atas bantuan & pertimbangannya
 diucapkan terima kasih



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

Jl. Simpang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7058128 (Miring)

Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>

Email : direktorat@poltekkes-pdg.ac.id



Nomor : PP.03.01/2114/2024

02 Februari 2024

Perihal : **Penelitian**

Kepada Yth. ,

Kepala direktur RSUP, Dr. Djamil Padang

Di:

Tempat:

Dengan hormat,

Selubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Genap TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Penelitian** di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin.

NO	NAMA	NIM	JUDUL KTI	LAMA PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Athalia Cahya	2131110 86	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ulkus Diabetikum di IRNA Terpapah Dalam RSUP,Dr.M.Djamil Padang Tahun 2024	11 Januari 2024 - 20 April 2024	RSUP, Dr. M. Djamil Padang Tahun 2024

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan
Kementerian Kesehatan Padang



RENDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa



Kementerian Kesehatan
RS M. Djamil

Jalan Perintis Kemerdekaan Padang
(0751) 8936664
<http://rsdjamil.co.id>

NOTA DINAS

Nomor: DP.04.03/D.XVI.2.3/107/2024

Yth. : Kepala Instalasi Rawat Inap (Interne Pria dan Wanita)
Dari : Asisten Manajer Penelitian
Hal : Izin Melakukan Penelitian
Tanggal : 05 Februari 2024

Sehubungan dengan surat Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Nomor PP.03.01/2114/2024 tanggal 02 Februari 2024 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan peneliti:

Nama : Amelia Calista
NIM/BP : 2010312060
Institusi : DIII Program Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul:

"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ulkus Diabetikum di IRNA Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang "

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Yth. ^{ibu} Sdr. M. Nurhidayah
Manajemen Perawatan Penyakit
DIII Keperawatan - K1

3/2 - 2024
Pengantar Man
(N-2)


Ns. Jiltra, M. Kep. Sp. MB

Note : Mohon disampaikan kembali apabila yang bersangkutan telah selesai pengambilan data penelitian

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden : Ayu C
Umur/Tgl. Lahir : 18/01/1997
Penanggung Jawab : M. J
Hubungan : Ibu

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Amelia Calista, Nim 213110086 Mahasiswa Prodi D 3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Demikian surat persetujuan ini saya tanda-tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 17 Februari 2024

Responden


(Ayu C)

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Amelia Calista
 Nim : 213110086
 Asal instansi : Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Likus Diabetikum Di IRNA Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2024

No	Hari/Tanggal	Jam Masok	Jam Pulang	Perawat Ruang	Katun	Peneliti	Ket
1	Sabtu / 17 Feb 2024	08:30	15:30			Aul	
2	Minggu / 18 Feb 2024	08:00	14:00			Aul	
3	Senin	08:00	14:30			Aul	
4	Selasa	08:30	14:00			Aul	
5	Rabu	07:30	14:00			Aul	

Mengetahui

Ka Ruang Interne

 (Nir sudhanti, N. reg)

SURAT KETERANGAN
DP.04.03/D.XVL2.3/649/2024

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Alfri, M.Kep, Sp.MB
NIP : 197510102002121003
Jabatan : Asisten Manajer Penelitian

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Amelia Calista
NIM/BP : 213110086
Institusi : DIII Program Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 17 Februari 2024 s/d 21 Februari 2024, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ulkus Diabetikum di IRNA Penyakit Dalam RSUP Dr.M.Djamil Padang "

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 07 Juni 2024

a.n. Manajer Penelitian
Asisten Manajer Penelitian



Ns. Alfri, M.Kep, Sp.MB
NIP. 197510102002121003



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PADANG

JLN. SIMP. PONDOK KOPI SITEBA NANGGALO PADANG TELP. (0751) 7051300 PADANG 25146



FORMAT PENGKAJIAN PADA PASIEN ULKUS DIABETIKUM

NAMA MAHASISWA : Amelia Calista
NIM : 213110086
RUANGAN PRAKTIK : Interne Wanita

A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

1. Identitas Klien

Nama : Ny.E
Umur : 47 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : SMA
Alamat : JL.Kampung Tanjung NO.50,Lubuk Begalung,Padang
Diagnosa Medis : Ulkus Diabetikum

2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Tn.J
Pekerjaan : Biro Telkom
Alamat : JL.Kampung Tanjung NO.50,Lubuk Begalung,Padang
Hubungan : Suami

3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 15 Februari 2024
No. Medical Record : 01.21.03.22
Ruang Rawat : Interne Wanita
Diagnosa Medik : Ulkus Diabetikum
Yang mengirim/merujuk : Pasien rujukan dari RS Ibnu Sina Padang
Alasan Masuk : Luka makin melebar dan bernanah di kaki kiri sejak 1bulan yang lalu

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk :

Pasien masuk IGD RSUP Dr.Mdjamil Padang pada tanggal 13 Februari 2024 dengan keluhan luka bernanah yang tak kunjung sembuh dan melebar pada kaki kiri sejak 1 bulan yang lalu. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan letih sejak 2 minggu yang lalu, pasien mual dan muntah sebanyak 4X sejak 1 hari yang lalu dan kepala pasien terasa pusing. GDS pasien : 50 mg/dL

- Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) :

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17 Februari pukul 08.30 WIB, pasien mengatakan luka tidak kunjung sembuh pada kaki sebelah kiri sejak 1 bulan yang lalu. Pasien mengatakan luka berawal dari luka kecil akibat tertusuk kaca namun pasien membiarkan hingga luka bernanah pada telapak dan punggung kaki. Pasien sudah dilakukan debridement di RS Rasidin 1 bulan yang lalu namun pasien tidak kontrol kembali ke RS Rasidin untuk perawatan luka. Pasien mengatakan kaki terasa kebas dan kesemutan. Pasien mengatakan juga mengalami penurunan nafsu makan sejak 1 minggu yang lalu dan makanan yang dihabiskan di rumah sakit hanya ¼ porsi. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah, mual, pusing, sering mengantuk, keringat dingin serta pandangan terasa kabur. Pasien juga mengatakan khawatir dengan luka yang tak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu :

Pasien mengatakan bahwa sudah 5 tahun mengalami penyakit Diabetes Melitus. Pasien mengatakan mengonsumsi obat diabetes (glimepiride) tanpa anjuran dokter. Pasien mengatakan jarang kontrol gula darah ke pelayanan kesehatan terdekat dan sering menunda makan.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga :

Tidak ada keluarga yang memiliki keluhan dan penyakit yang sama dengan pasien. Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit DM, Hipertensi serta penyakit menular seperti TB dan hepatitis.

5. Kebutuhan Dasar

a. Makan

Sehat : makan 3x sehari, dengan nasi dan lauk , terkadang mengonsumsi bubur

Sakit : sakit pasien diberi diet ML DDIIV 1700 Kkal, terdiri dari nasi, lauk, sayur dan buah. Makan 3x sehari dan hanya menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi.

b. Minum

Sehat : sehat pasien mengatakan minum 7-8 gelas sehari

Sakit : sakit pasien minum air sebanyak 5-6 gelas sehari

c. Tidur

Sehat : sehat pasien tidur 7-8 jam sehari

Sakit : sakit pasien tidur 5-6 jam sehari, pasien tidur kurang nyenyak karena menggigil di tengah malam

d. Mandi

Sehat : sehat mandi 2x/ hari

Sakit : sakit mandi hanya 1x/hari dan dibantu oleh suami

e. Eliminasi

Sehat : Tidak ada masalah dalam BAK dan BAB pasien, BAK 6-7x/hari dengan warna kekuningan, BAB 2x/hari dengan frekuensi padat berwarna kuning kecoklatan.

Sakit : pasien BAK 4-5x/hari dengan warna kekuningan, BAB 1x/hari dengan frekuensi lunak

f. Aktifitas pasien

Sehat : Pasien dapat mengerjakan pekerjaan dengan baik tanpa ada hambatan

Sakit : sakit mengatakan badan terasa lemah dan aktifitas dibantu keluarga pasien

6. Pemeriksaan Fisik

Tinggi / Berat Badan : 155 cm / 60 kg

Tekanan Darah : 121/88 mmHg

Suhu : 36,9°C
Nadi : 80x/i
Pernapasan : 21x/i
Rambut : Rambut pasien panjang dan berwarna hitam, tidak mudah rontok
Telinga : Telinga pasien tidak ada keluhan, simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan
Mata : konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik
Hidung : Hidung pasien bersih, tidak ada sekret
Mulut : Mukosa bibir kering dan pucat, mulut bersih
Leher : Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening dan pembesaran kelenjar tyroid pada pasien

Thoraks (Paru -paru) : I : pernapasan dada simetris kiri dan kanan
P : Fremitus kiri dan kanan sama
P: Sonor
A: Suara napas vesikuler

Jantung : I : Ictus cordis tidak terlihat
P: Ictus cordis teraba
P: Batas jantung kiri di Ics V 1 jari medial LMCS
A : irama reguler

Abdomen : I : tidak ada distensi dan perut tidak tampak membuncit
P : Supel,hepar tidak teraba, lien tidak teraba
P : Timpani
A : Bising usus + normal

Kulit : Kulit berwarna kuning langsung, kulit pasien tampak kering

Ektermitas : **Atas** : Tidak terdapat luka atau lesi, tidak ada edema, CRT>3 detik, pasien terpasang NaCl 0,9 % ditangan kiri .

Bawah : kaki kiri tampak udem, CRT>3 detik,tampak 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah, area kulit sekitar luka pada punggung kaki tampak menghitam serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau

7. Data Psikologis

a. Status emosional :

Pasien mengatakan tidak mudah emosi,pasien bisa mengendalikan emosinya dengan baik

b. Kecemasan :

Pasien tampak khawatir akan penyakitnya, pasien takut luka semakin parah dan tak kunjung sembuh

c. Pola koping :

Pasien sering bertanya ke perawat dan dokter tentang kondisinya

d. Gaya komunikasi :

Pasien menggunakan bahasa minang dalam kesehariannya. Pasien cukup kooperatif dalam berkomunikasi

e. Konsep Diri :

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul kembali dengan keluarga

8. Data Ekonomi Sosial :

Ekonomi pasien termasuk keluarga kalangan menengah ke atas pasien memiliki BPJS dalam pelayanan kesehatan. Ny.E dapat berinteraksi dan bersosialisasi dengan baik terhadap orang lain

9. Data Spiritual :

Ny.E beragama islam, Ny.E selalu menjalankan ibadah shalat 5 waktu. Ny.E tetap menjalankan ibadah shalat 5 waktu dengan duduk dan membaca al-Qur'an melalui Handphone.

10. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	9.5	g/dL	12.0-14.0
Leukosit	10.08	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
Trombosit	365	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
Hematrokit	28	%	37.0-43.0
Eritrosit	3.48	$10^6/\text{v1}$	4.00-4.50
MCV	81	fL	82.0-92.0
MCH	27	Pg	27.0-31.0
MCHC	34	%	32.0-36.0
RDW-CV	14.9	%	11.5-14.5
Hitung Jenis			
Basofil	0.00	%	0-1
Eosinofil	1	%	1-3
Neutrofil Batang	3	%	2.0-6.0
Neutrofil Segmen	67	%	50.0-70.0
Limfosit	18	%	20.0-40.0
Monosit	8	%	2.0-8.0
Sel Patologis			
Natrium	135	mmol/L	136-145
Kalium	3.3	mmol/L	3.5-5.1
Klorida	103	mmol/L	97-111

Total Protein	5.2	g/dL	6.6-8.7
Albumin	2.3	g/dL	3.8-5.0
Globulin	2.9	g/dL	1.3-2.7
SGOT	10	U/L	<32
SGPT	7	U/L	<31
Ureum darah	8	mg/dL	10-50
Kreatinin darah	0.5	mg/dL	0.6-1.2
Gula darah sewaktu	79	mg/dL	50-200

11. Program Terapi Dokter

IVFD NaCl 0,9 % 500cc/12 jam

Inj.omeprazole 1x40 mg

Inj. Ampisilin sulbaktam 4x1.5gr

Inf. Metronidazole 3x500 mg

Sulcrafat 3x10 cc

Kapsul garam 3x500 mg

Novorapid 3x6 ui

ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah 2. Pasien merasa mual 3. Pasien merasa pusing, sering mengantuk 4. Pasien mengatakan sering berkeringat dingin serta pandangan terasa kabur <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. GDS: 79 mg/dL 	Hipoglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan luka tidak kunjung sembuh 2. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki dan telapak kaki sebelah kiri, pasien mengatakan luka berbau dan bernanah <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah, serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 	Neuropati Perifer	Gangguan integritas kulit

	<p>cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Punggung kaki kiri tampak udem dan terasa kebas dan kesemutan 3. kulit sekitar luka pada area punggung kaki kiri tampak menghitam. 		
3	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah 2. Pasien mengatakan sering berkeringat dingin <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. CRT > 3 detik 3. Akral teraba dingin 	<p>Penurunan aliran arteri dan/atau vena</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif</p>
4	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung dan telapak kaki sebelah kiri 2. Pasien mengatakan badan terasa lemah 3. Pasien mengatakan nafsu makan menurun 4. Pasien mengatakan makanan yang dimakan hanya dihabiskan ¼ . 5. Pasien mengatakan kaki terasa kebas <p>DO:</p>	<p>Penyakit kronis (diabetes melitus)</p>	<p>Resiko infeksi</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak luka pada punggung dan telapak kaki sebelah kiri 2. Luka pada telapak kaki bernanah dan berbau 3. Pasien tampak lelah dan pucat 4. HB : 9,5 mg/dL 5. Leukosit : 10,08 		
5	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan khawatir dengan luka yang tidak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sulit tidur 2. Pasien tampak gelisah 	Ancaman terhadap konsep diri	Ansietas

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Ditemukan masalah		Dipecahkan masalah	
		Tanggal	Paraf	Tanggal	Paraf
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia (D.0027)	17 Februari 2024		21 Februari 2024	
2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)	17 Februari 2024		21 Februari 2024	
3	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan aliran arteri dan/atau vena (D.0009)	17 Februari 2024		21 Februari 2024	
4	Resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus) (D.0142)	17 Februari 2024		21 Februari 2024	
5	Ansietas berhubungan dengan ancaman konsep diri (D.0080)	17 Februari 2024		21 Februari 2024	

PERENCANAAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil: 1. Mengantuk menurun 2. Pusing menurun 3. Lelah/lesu menurun 4. Berkeringat menurun 5. Kadar glukosa membaik	Manajemen Hipoglikemia <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia • Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia • Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet • Pertahankan akses IV, jika perlu • Anjurkan monitor kadar glukosa darah • Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis. tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia)
2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Sensasi membaik 4. Tekstur membaik	Perawatan Luka <ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) • Monitor tanda-tanda infeksi • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Bersihkan jaringan nekrotik • Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

3	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan aliran arteri dan/atau vena	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Warna kulit pucat menurun 2. Pengisian kapiler membaik 3. Akral membaik	Perawatan sirkulasi <ul style="list-style-type: none"> • Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) • Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) • Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas • Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi • Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi • Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera • Lakukan pencegahan infeksi • Lakukan perawatan kaki dan kuku • Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki) • Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilang rasa).
---	--	---	---

4	Resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Bengkak menurun 2. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan infeksi <ul style="list-style-type: none"> • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Membatasi jumlah pengunjung • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
5	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Perilaku gelisah menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku tegang menurun	Reduksi Ansietas <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda ansietas • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan • Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan • Pahami situasi yang membuat ansietas • Dengarkan dengan penuh perhatian • Gunakan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian • Motivasi mengidentifikasi situasi yang ansietas • Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> • Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
Sabtu/17 Februari 2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah kadar berhubungan dengan hipoglikemia	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia - Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia - Memonitor kadar glukosa darah - Memonitor tanda dan gejala hipoglikemia 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah 2. Pasien merasa mual 3. Pasien merasa pusing, sering mengantuk 4. Pasien mengatakan sering berkeringat dingin serta pandangan terasa kabur <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. GDS: 79 mg/dL 3. TTV TD: 121/88 mmHg HR: 80x/i RR: 21x/i T: 36,9 C <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan manajemen hipoglikemia</p>	
	Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan	<ul style="list-style-type: none"> - memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan luka tidak kunjung sembuh 2. Pasien mengatakan terdapat luka pada 	

	<p>Neuropati perifer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - memonitor tanda-tanda infeksi - melepaskan balutan dan plester secara perlahan - membersihkan dengan cairan air steril irigasi - membersihkan jaringan nekrotik - memberikan salep (octadin gel) yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu - memasang balutan sesuai jenis luka - mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Menganjurkan menggunakan pelembab (lotion) di area kulit 	<p>punggung kaki dan telapak kaki sebelah kiri, pasien mengatakan luka berbau dan bernanah</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau. 2. Punggung kaki kiri tampak udem dan terasa kebas 3. kulit sekitar luka pada area punggung kaki kiri tampak menghitam. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi perawatan luka dilanjutkan</p> <p>S :</p>	
--	--------------------------	--	---	--

	<p>Perfusi Perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (CRT>3 detik) - Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (diabetes) - Memonitor panas, kemerahan, bengkak pada ekstremitas - Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah 2. Pasien mengatakan sering berkeringat dingin <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. CRT> 3 detik 3. Akral teraba dingin <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi perawatan sirkulasi dilanjutkan</p>	
	<p>Resiko Infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -memberikan perawatan kulit pada area edema - mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - menjelaskan tanda dan gejala infeksi - mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung dan telapak kaki sebelah kiri 2. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah 3. Pasien mengatakan nafsu makan menurun 4. Pasien mengatakan makanan yang dimakan hanya dihabiskan ¼ . 	

	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p>	<p>-menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda-tanda ansietas - Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Menemani pasien untuk mengurangi kecemasan - Melatih relaksasi napas dalam 	<p>5. Pasien mengatakan kaki terasa kebas</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak luka pada punggung dan telapak kaki sebelah kiri 2. Luka pada telapak kaki bernanah dan berbau 3. Pasien tampak lelah dan pucat 4.HB : 9,5 mg/Dl 5.Leukosit : 10,08 <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan infeksi</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan khawatir dengan luka yang tidak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sulit tidur 2. Pasien tampak gelisah <p>A: Masalah belum teratasi</p>	
--	---	--	---	--

			P: Intervensi reduksi ansietas dilanjutkan	
Minggu/1 8 Februari 2024	Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kadar glukosa darah -Mempertahankan akses IV - Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet -Mengajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis.tanda dan gejala,faktor risiko,dan pengobatan hipoglikemia) 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah 2. Pasien merasa mual 3. Pasien merasa pusing, sering mengantuk 4. Pasien mengatakan sering berkeringat dingin serta pandangan terasa kabur <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. GDS: 66 mg/dL 3. TTV <p>TD:123/72 mmHg HR:92x/i RR:20x/i S:36,8 C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan dengan manajemen hipoglikemia</p>	
	Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer	<ul style="list-style-type: none"> - memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) - memonitor tanda-tanda infeksi 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan luka tidak kunjung sembuh 2. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki dan 	

	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran</p>	<ul style="list-style-type: none"> - melepaskan balutan dan plester secara perlahan - membersihkan dengan cairan air steril irigasi - membersihkan jaringan nekrotik - memberikan salep (octadin gel) yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu - memasang balutan sesuai jenis luka -mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Menganjurkan menggunakan pelembab (lotion) di area kulit <p>-Memonitor panas, kemerahan, bengkak pada ekstremitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pencegahan infeksi 	<p>telapak kaki sebelah kiri, pasien mengatakan luka berbau dan bernanah</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau. 2. Punggung kaki kiri tampak udem dan terasa kebas 3. kulit sekitar luka pada area punggung kaki kiri tampak menghitam <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: : Intervensi perawatan luka dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah 2. Pasien mengatakan sering berkeriangat dingin 	
--	--	--	---	--

	<p>arteri dan/atau vena</p> <p>Resiko Infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)</p>	<p>- melakukan perawatan kaki</p> <p>- Memberikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>- Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>- menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. CRT > 3 detik 3. Akral terasa dingin <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi perawatan sirkulasi dilanjutkan</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan luka tidak kunjung sembuh 2. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki dan telapak kaki sebelah kiri, pasien mengatakan luka berbau dan bernanah <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau. 	
--	--	---	---	--

	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - memahami situasi yang membuat ansietas - mendengarkan dengan penuh perhatian - menggunakan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian - melatih relaksasi napas dalam 	<p>2. Punggung kaki kiri tampak udem dan terasa kebas</p> <p>3. kulit sekitar luka pada area punggung kaki kiri tampak menghitam.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi perawatan luka dilanjutkan</p> <p>S :</p> <p>1. Pasien mengatakan khawatir dengan luka yang tidak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak sulit tidur</p> <p>2. Pasien tampak gelisah</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi reduksi ansietas dilanjutkan</p>	
<p>Senin/19 Februari 2024</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kadar glukosa darah - Mempertahankan akses IV 	<p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah</p>	

	<p>dengan hipoglikemia</p>	<p>- Mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis : mengurangi insulin/agen oral dan atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga)</p>	<p>2. Pasien merasa pusing, sering mengantuk</p> <p>3. Pasien mengatakan sering berkeringat dingin serta pandangan terasa kabur</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak pucat</p> <p>2. GDS: 92 mg/dL</p> <p>3. TTV</p> <p>TD: 110/80 mmHg</p> <p>HR:90x/i</p> <p>RR:20x/i</p> <p>S:36,5 C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan manajemen hipoglikemia</p>	
	<p>Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer</p>	<p>-memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)</p> <p>- memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>- melepaskan balutan dan plester secara perlahan</p>	<p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan luka tidak kunjung sembuh</p> <p>2. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki dan telapak kaki sebelah kiri, pasien mengatakan luka berbau dan bernanah</p>	

	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena</p>	<ul style="list-style-type: none"> - membersihkan dengan cairan air steril irigasi - membersihkan jaringan nekrotik - memberikan salep (octadin gel) yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu - memasang balutan sesuai jenis luka -mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Menganjurkan menggunakan pelembab (lotion) di area kulit <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor bengkak pada ekstremitas - Melakukan pencegahan infeksi 	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah serta luka bernanah pada telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau. 2. Punggung kaki kiri tampak udem dan terasa kebas 3. kulit sekitar luka pada area punggung kaki kiri tampak menghitam <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah dan lelah 2. Pasien mengatakan sering berkeringat dingin <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat 2. CRT> 3 detik 3. Akral teraba dingin 	
--	---	--	---	--

	<p>Resiko Infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan perawatan kulit yang tepat - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Membatasi jumlah pengunjung - menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	<p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi perawatan sirkluasi dilanjutkan</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung dan telapak kaki sebelah kiri 2. Pasien mengatakan badan terasa lemah 3. Pasien mengatakan nafsu makan sudah meningkat 4. Pasien mengatakan makanan yang dimakan ½ porsi 5. Pasien mengatakan kaki terasa kebas <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak luka pada punngung dan telapak kaki sebelah kiri 2. Luka pada telapak kaki bernanah dan berbau 3. Pasien tampak lelah dan pucat 4. HB : 9,5 mg/dL 5. Leukosit : 10,08 <p>A: Masalah belum teratasi</p>	
--	---	---	--	--

	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - memahami situasi yang membuat ansietas - mendengarkan dengan penuh perhatian - menggunakan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian 	<p>P: Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan infeksi</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan khawatir dengan luka yang tidak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak sulit tidur 2. Pasien tampak gelisah <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi reduksi ansietas dilanjutkan</p>	
<p>Selasa/ 20 Februari 2024</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kadar glukosa darah - Memonitor tanda dan gejala hipoglikemia - Mengajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis: mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga) 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lelah 2. Pasien mengatakan pusing sudah berkurang 3. Pasien mengatakan berkeringat dingin sudah berkurang <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pucat pasien sudah berkurang b. GDS : 125 mg /dL c. TTV 	

	<p>Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer</p>	<ul style="list-style-type: none"> -memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) - memonitor tanda-tanda infeksi - melepaskan balutan dan plester secara perlahan - membersihkan dengan cairan air steril irigasi - membersihkan jaringan nekrotik - memberikan salep (octadin gel) yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu - memasang balutan sesuai jenis luka -mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Menganjurkan menggunakan pelembab (lotion) di area kulit 	<p>TD : 123/76 mmHg HR :78x/i RR: 16x/i S: 36,5 C</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan luka mulai membaik 2. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki dan telapak kaki sebelah kiri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak 2 buah luka pada punggung kaki kiri dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah serta nanah pada luka sudah berkurang di telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau. 2. Punggung kaki kiri tampak udem dan terasa kebas 	
--	--	---	--	--

	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (CRT <3 detik) - Memonitor bengkak pada ekstremitas - Melakukan pencegahan infeksi 	<p>3. kulit sekitar luka pada area punggung kaki kiri yang tampak menghitam sudah berkurang</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan terasa lelah 2. Pasien mengatakan berkeringat dingin sudah berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pucat pasien sudah berkurang 2. CRT <3 detik 3. Akral teraba hangat <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi perawatan sirkulasi dilanjutkan</p>	
	<p>Resiko Infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - memberikan perawatan kulit pada area edema - mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung dan telapak kaki sebelah kiri 2. Pasien mengatakan badan terasa lemah 	

	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Membatasi jumlah pengunjung - mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar - memahami situasi yang membuat ansietas - mendengarkan dengan penuh perhatian - menggunakan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian - menganjurkan keluarga untuk tetap bersama dengan pasien - melatih teknik relaksasi napas dalam 	<p>3. Pasien mengatakan nafsu makan sudah meningkat</p> <p>4. Pasien mengatakan makanan yang dihabiskan sudah 1 porsi</p> <p>5. Pasien mengatakan kaki terasa kebas</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak luka pada punggung dan telapak kaki sebelah kiri 2. Luka pada telapak kaki sudah membaik <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan khawatir dengan luka yang tidak kunjung sembuh pada kakinya dan luka semakin parah mulai berkurang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak tampak sulit tidur 2. Pasien tampak sedikit gelisah <p>A: Masalah teratasi sebagian</p>	
--	---	---	---	--

<p>Rabu/21 Februari 2024</p>	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hipoglikemia</p> <p>Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer</p>	<p>-Memonitor kadar glukosa darah -Menganjurkan monitor kadar glukosa darah -Mengajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis : tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia)</p> <p>-memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) - memonitor tanda-tanda infeksi - melepaskan balutan dan plester secara perlahan</p>	<p>P: Intervensi reduksi ansietas dilanjutkan</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan tidak lelah lagi 2. pasien mengatakan sudah tidak pusing dan berkeringat dingin <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak tampak pucat lagi 2. GDS : 120 mg/dL 3. TTV TD : 113/77 mmHg HR :98x/i RR:18x/i S: 36,9 C <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan luka mulai membaik 2. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung kaki dan telapak kaki sebelah kiri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak 2 buah luka pada punggung kaki kiri 	
--------------------------------------	---	--	---	--

	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan aliran arteri dan/atau vena</p>	<ul style="list-style-type: none"> - membersihkan dengan cairan air steril irigasi - membersihkan jaringan nekrotik - memberikan salep (octadin gel) yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu - memasang balutan sesuai jenis luka -mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Memeriksa sirkulasi perifer (CRT <3 detik) - Memonitor bengkak pada ekstremitas - Melakukan pencegahan infeksi 	<p>dengan ukuran 4,5x5 cm dengan kedalaman 0,5 cm dan 2x4 dengan kedalaman 0,2 cm luka berwarna merah serta nanah pada luka sudah berkurang di telapak kaki kiri dengan ukuran 6x7 cm dengan kedalaman 1 cm, luka berbau.</p> <p>2. udem pada Punggung kaki kiri sudah berkurang.</p> <p>3. kulit yang menghitam di sekitar luka pada area punggung kaki kiri sudah berkurang</p> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan badan tidak terasa lemah lagi 2. Pasien mengatakan tidak berkeringat dingin <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak tidak pucat lagi 2. CRT <3 detik 3. Akral teraba hangat <p>A: Masalah teratasi</p>	
--	---	--	---	--

	<p>Resiko Infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan perawatan kulit pada area edema - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Membatasi jumlah pengunjung 	<p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan terdapat luka pada punggung dan telapak kaki sebelah kiri 2. Pasien mengatakan badan tidak lemah lagi 3. Pasien mengatakan nafsu makan sudah meningkat 4. Pasien mengatakan makananyang dihabiskan sudah 1 porsi <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak luka pada punngung dan telapak kaki sebelah kiri 2. Luka pada telapak kaki sudah membaik <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	
	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mendengarkan dengan penuh perhatian - menggunakan pendekatan dengan tenang dan penuh perhatian 	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan tidak khawatir lagi dengan penyakitnya</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak tampak sulit tidur 	

		- menganjurkan keluarga untuk tetap bersama dengan pasien	2. Pasien tidak tampak gelisah A: Masalah teratasi P: Intervensi reduksi ansietas dihentikan	
--	--	---	--	--

ORIGINALITY REPORT

9%

SIMILARITY INDEX

9%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

9%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	2%
2	repositori.uin-alauddin.ac.id Internet Source	1%
3	repository.itekes-bali.ac.id Internet Source	1%
4	docobook.com Internet Source	1%
5	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	1%
6	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	1%
7	s3.amazonaws.com Internet Source	1%
8	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III Student Paper	1%
9	stradapress.org Internet Source	1%
10	ukinstitute.org Internet Source	1%