

**KARYA TULIS AKHIR**

**PENERAPAN PERAWATAN LUKA *MODERN DRESSING* PADAPASIEN  
ULKUS DIABETIKUM DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DI  
RUANGAN BEDAH CENTRAL PRIA RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG**



**Oleh:**

**FADHILA KAMIL**  
**NIM. 243410014**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
TAHUN 2025**

KARYA TULIS AKHIR

PENERAPAN PERAWATAN LUKA *MODERN DRESSING* PADA PASIEN  
ULKUS DIABETIKUM DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DI  
RUANGAN BEDAH CENTRAL PRIA RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG

*Diajukan ke Program Studi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes  
Padang sebagai Salah Satu Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Ners*



Oleh:

FADHILA KAMU  
NIM. 243410914

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG  
TAHUN 2025

## HALAMAN PERSETUJUAN

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Perawatan Luka *Modern Dressing* Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruangan Bedah Central Pria Rsup Dr. M. Djamil Padang

Nama : Fadhila Kamil, S. Tr. Kep

NIM : 243410014

Karya Tulis Akhir ini telah disetujui untuk diseminarkan di hadapan Tim Penguji Program Studi Pendidikan Profesi Ners Kemenkes Poltekkes Padang.

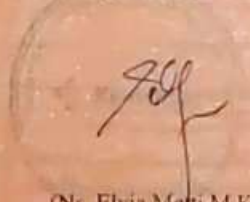
Padang, 3 Juni 2025

Komisi Pembimbing



(Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep)  
NIP. 197107051994032003

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Ns. Elvia Malti, M.Kep., Sp.Kep.Mat)  
NIP. 19800423 200212 2 001

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir (KTA) ini diajukan oleh :

Nama : Fadhila Karnil, S. Tr. Kep

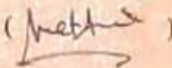
NIM : 243410014

Judul Karya Tulis Akhir : Penerapan Perawatan Luka *Modern Dressing* Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruang Bedah Central Pria Rsup Dr. M. Djamil Padang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji KTA dan diterima sebagai salah satu persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar profesi Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

## DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Ns. Metta Agil, Sp.KepMB

(  )

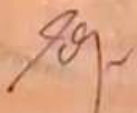
Anggota Penguji : Ns. Yessi Fadrianti, M.kep

(  )

Anggota Penguji : Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep

(  )

Padang, 17 Juni 2025  
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

  
(Ns. Elvia Metta, M.Kep, Sp.Kep.Mat)  
NIP. 19800423 200712 2 001

### PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap : Fadhila Kamil  
NIM : 243410014  
Tanggal Lahir : 26 September 2002  
Tahun Masuk Profesi : 2024  
Nama PA : Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep  
Nama Pembimbing KTA : Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Karya Tulis Akhir ilmiah saya, yang berjudul : *Penerapan Perawatan Luka Modern Dressing Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruang Bedah Central Pria Rsup Dr. M. Djamil Padang.*

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat perjanjian ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 1 Juni 2025

Yang membuat pernyataan



(Fadhila Kamil)

NIM. 243410014

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji dan syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir yang berjudul **“Penerapan Perawatan Luka Modern Dressing Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruang Bedah Central Pria Rsup Dr. M. Djamil Padang”** sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar Profesi Ners di Kemenkes Poltekkes Padang.

Pada kesempatan ini izinkan juga peneliti menyampaikan rasa terimakasih yang tak terhingga kepada Ibu Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing KTA dan pembimbing akademik yang telah begitu sabar dalam memberikan bimbingan, waktu, perhatian, saran-saran, serta dukungannya kepada peneliti. Dalam penulisan Karya Tulis Akhir ini peneliti mendapat bimbingan, arahan, dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terimakasih yang setulusnya kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp.M.Kep, SpJ selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Dr. dr Dovy Djanas, Sp. OG(K) selaku Direktur Utama RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah memberikan izin dalam pelaksanaan praktek magang profesi ners
3. Bapak Tasman, S.Kp M.Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang.
4. Ibu Ns. Elvia Metti, M. Kep, Sp., Mat selaku ketua Program Studi pendidikan profesi ners Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang.
5. Bapak Ibu dosen serta staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
6. Teristimewa kepada orangtua yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
7. Rekan-rekan seperjuangan yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu menyelesaikan karya tulis akhir ini.

Peneliti menyadari bahwa dalam proses penulisan Karya Tulis Akhir ini masih belum sempurna baik dalam materi maupun penelitiannya. Peneliti dengan rendah hati menerima saran dan masukan guna menyempurnakan Karya Tulis Akhir ini. Akhir kata, peneliti berharap semoga Karya Tulis Akhir ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Padang, 1 Juni 2025



Peneliti

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**Karya Tulis Akhir, Juni 2025**

**Fadhila Kamil, S. Tr. Kep**

**PENERAPAN PERAWATAN LUKA *MODERN DRESSING* PADA PASIEN  
ULKUS DIABETIKUM DENGAN GANGGUAN INTEGRITAS KULIT DI  
RUANGAN BEDAH CENTRAL PRIA RSUP MDJAMIL PADANG**

**Isi: xii + 118 halaman, 9 tabel, 7 lampiran**

**ABSTRAK**

Ulkus diabetikum merupakan salah satu komplikasi pada kaki akibat diabetes yang ditandai dengan gangguan fungsi saraf sensorik, motorik, dan otonom, serta adanya kelainan pada pembuluh darah di ekstremitas bawah. Salah satu upaya pencegahan timbulnya ulkus adalah melalui perawatan luka modern dimana bertujuan menyesuaikan kondisi luka, mengeringkan luka yang terlalu basah dan melembapkan luka yang kering. Tujuan penelitian ini yaitu menerapkan perawatan luka modern dressing pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit di ruangan bedah central pria RSUP Mjamil Padang.

Desain penelitian ialah deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilakukan dari bulan April-Juni 2025. Populasi adalah pasien ulkus diabetikum yang mengalami gangguan integritas kulit di ruangan central pria RSUP Mjamil Padang. Sampel penelitian berjumlah 2 responden. Instrumen pengumpulan data berupa tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. dan menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep teori, hasil penelitian orang lain, dengan kondisi pasien.

Hasil pengkajian pada kedua partisipan didapatkan gangguan integritas kulit. Diagnosis keperawatan pada kedua partisipan yaitu Gangguan integritas kulit/jaringan **b.d** kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan. Intervensi keperawatan yaitu perawatan luka (perawatan luka modern). Implementasi yang dilakukan mengajarkan partisipan melakukan perawatan luka modern. Terapi perawatan luka modern dapat dijadikan salah satu intervensi untuk perawatan luka karena gangguan integritas kulit. Namun perlu didukung dengan ketersediaan sarana berupa bahan perawatan luka modern serta ruangan yang bersih.

Diharapkan terapi perawatan luka modern dapat digunakan sebagai intervensi non-farmakologis tambahan dalam mengatasi gangguan integritas kulit pada pasien ulkus diabetikum di ruang rawat inap, serta dianjurkan bagi perawat untuk mempertimbangkan terapi ini sebagai bagian dari asuhan keperawatan yang lebih efektif, dengan saran agar institusi menyediakan pelatihan berkala, memastikan ketersediaan bahan dressing modern, dan mendorong penelitian lanjutan terkait efektivitasnya.

**Kata kunci:** Modern dressing, ulkus diabetikum, gangguan integritas kulit.



**HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH PADANG  
NURSING PROFESSIONAL EDUCATION STUDY PROGRAM**

**Final Paper, June 2025**

**Fadhila Kamil, S. Tr. Kep**

**APPLICATION OF *MODERN WOUND CARE DRESSING* IN DIABETIC  
ULCER PATIENTS WITH SKIN INTEGRITY DISORDERS IN THE  
CENTRAL SURGICAL ROOM OF MDJAMIL PADANG GENERAL  
HOSPITAL**

**Contents: xii + 118 pages, 9 tables, 7 attachments**

**ABSTRACT**

Diabetic ulcers are a complication of the feet due to diabetes, characterized by impaired sensory, motor and autonomic nerve function, as well as abnormalities in the blood vessels in the lower extremities. One of the efforts to prevent the occurrence of ulcers is through modern wound care which aims to adjust the condition of the wound, dry wounds that are too wet and moisturize dry wounds. The purpose of this study was to apply modern dressing wound care to diabetic ulcer patients with impaired skin integrity in the central male surgical room of RSUP Mdjamil Padang.

The research design is descriptive with a case study approach conducted from April-June 2025. The population is diabetic ulcer patients who experience impaired skin integrity in the male central room of RSUP Mdjamil Padang. The research sample consists of 2 respondents. The data collection instrument is in the form of stages of the nursing process starting from assessment to nursing evaluation. and analyze all findings at the nursing process stage using theoretical concepts, other people's research results, and the patient's condition.

The results of the assessment on both participants found impaired skin integrity. The nursing diagnosis for both participants was Impaired skin/tissue integrity b. lack of exposure to information about efforts to maintain/protect network integrity. Nursing intervention is wound care (modern wound care). The implementation that is done teaches participants to do modern wound care. Modern wound care therapy can be used as one of the interventions for wound care due to impaired skin integrity. However, it needs to be supported by the availability of facilities in the form of modern wound care materials and a clean room.

It is expected that modern wound care therapy can be used as an additional non-pharmacological intervention in overcoming impaired skin integrity in diabetic ulcer patients in inpatient rooms, and it is recommended for nurses to consider this therapy as part of more effective nursing care, with suggestions for institutions to provide regular training, ensure the availability of modern dressing materials, and encourage further research on its effectiveness.

**Keywords:** Modern dressings, diabetic ulcers, impaired skin integrity.



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GRAFIK.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Masalah.....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB II TINJAUAN LITERATURE .....</b>	<b>9</b>
A. Konsep Teori Ulkus Diabetikum .....	9
1. Pengertian .....	9
2. Etiologi.....	9
3. Klasifikasi .....	11
4. Data Penunjang .....	12
5. Manifestasiklinis .....	12
6. Faktor Risiko.....	13
7. Komplikasi.....	14
8. Penatalaksanaan .....	14
9. Pathway Ulkus Diabetikum .....	17
B. Konsep Gangguan Integeritas Kulit.....	18
C. Tindakan Keperawatan Perawatan Luka <i>Modern Dressing</i> .....	19
1. Pengertian .....	19
2. Standar Operasional Prosedur Modern Dressing.....	20
D. Konsep Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum .....	21
1. Pengkajian.....	21
2. Identitaspasien.....	22
3. Keluhan utama .....	22
4. RiwayatKesehatansekarang.....	22
5. RiwayatKesehatandahulu.....	22
6. RiwayatKesehatankeluarga .....	22
7. Riwayatpsikososial .....	22
8. Pemeriksaanfisik .....	22
9. Pengkajianluka .....	24
10. Pemeriksaanlaboratorium.....	24
11. Diagnosa Keperawatan .....	25
12. Perencanaan Keperawatan .....	25
13. Implementasi Keperawatan.....	32
14. Evaluasi Keperawatan.....	32
E. Evidance Based Nursing (EBN) .....	32

1. Konsep Modern Dressing .....	32
2. Analisis Jurnal.....	38
<b>BAB III METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR.....</b>	<b>44</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	44
B. Waktu dan Tempat Penelitian .....	44
C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN .....	44
D. Populasi dan Sampel .....	45
E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data .....	46
F. Instrumen .....	47
G. Prosedur Karya Tulis Akhir .....	47
H. Analisis Data .....	48
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>50</b>
A. Hasil .....	50
B. Pembahasan.....	112
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>130</b>
A. Kesimpulan .....	130
B. Saran .....	131
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>133</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>136</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi Ulkus Diabetes Melitus .....	11
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan .....	26
Tabel 2. 3 Faktor yang menghambat penyembuhan luka .....	37
Tabel 2. 4 Analisis Jurnal .....	38
Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian Keperawatan .....	50
Tabel 4. 2 Hasil Analisa Data .....	58
Tabel 4. 3 Diagnosa Keperawatan .....	60
Tabel 4. 4 Rencana Keperawatan .....	61
Tabel 4. 5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	66
Tabel 4. 6 Perubahan Bentuk Luka (Ukuran,Warna,Eksudat,Bau) Pada Responden 1 ..	108
Tabel 4. 7 Perubahan Bentuk Luka (Ukuran,Warna,Eksudat,Bau) Pada Responden 2 ..	109

## **DAFTAR GRAFIK**

Grafik 4. 1 Perubahan Jaringan Nekrotik pada responden 1 dan 2 .....	110
Grafik 4. 2 Penurunan Tingkat Nyeri pada responden 1 dan 2 .....	111

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Ghanchart
- Lampiran 2 : Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 3 : Lembar Bimbingan
- Lampiran 4 : Standar Operasional Prosedur (SOP)
- Lampiran 5 : Lefleat
- Lampiran 6 : Surat Permohonan Kepada Responden
- Lampiran 7 : Lembar Persetujuan Responden

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Ulkus diabetikum merupakan salah satu komplikasi pada kaki akibat diabetes yang ditandai dengan gangguan fungsi saraf sensorik, motorik, dan otonom, serta adanya kelainan pada pembuluh darah di ekstremitas bawah (Khotijah & Susilo, 2025). Peningkatan jumlah penderita diabetes melitus (DM) turut memicu bertambahnya berbagai gejala penyakit yang menyertainya. Hiperglikemia yang berlangsung kronis dapat menimbulkan komplikasi serius, baik pada pembuluh darah kecil (seperti nefropati, neuropati, dan retinopati) maupun pada pembuluh darah besar (seperti penyakit jantung koroner, stroke, dan penyakit arteri perifer) (Yunitamara & Husain, 2022).

WHO dan International Working Group on the Diabetic Foot, mengatakan ulkus diabetikum adalah 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 sebagai komplikasi dari diabetes melitus tipe 2 memberikan prevalensi pasien ulkus diabetikum berkisar 41% dari populasi umumnya (Utami Cahyaningtyas & Rini Werdiningsih, 2022). Insiden ulkus diabetikum 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).

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  $\text{temperature} > 39^{\circ}\text{C}$  atau  $< 36^{\circ}\text{C}$ , frekuensi nafas  $> 90 \times / \text{menit}$ ,  $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$ , Leukosit  $> 12.000$  atau  $< 4.000 / \text{U/L}$ , Limfosit  $> 10\%$  (Perkeni, 2021).

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, 2023). 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).

Penanganan ulkus pada penderita diabetes melitus umumnya mencakup tiga aspek utama, yaitu tindakan debridemen, pengurangan tekanan pada area kaki, serta pengobatan infeksi. Salah satu upaya pencegahan timbulnya ulkus adalah melalui perawatan kaki. Perawatan kaki merupakan rutinitas harian yang perlu dilakukan oleh penderita diabetes, meliputi pemeriksaan kondisi kaki secara rutin, menjaga kebersihannya, memotong kuku dengan benar, menggunakan alas kaki yang sesuai, serta mencegah terjadinya cedera. Perawatan kaki yang dilakukan dengan baik terbukti dapat menurunkan risiko komplikasi akibat diabetes hingga 50% (American Diabetes Association, 2022).

Penyembuhan luka berlangsung melalui tahapan-tahapan tertentu yang bisa terjadi secara tumpang tindih. Secara umum, proses ini terbagi menjadi tiga fase utama, yaitu fase inflamasi, fase proliferasi atau rekonstruksi, dan fase



maturasi. Setelah ketiga tahap ini dilalui, luka akan mengalami penyembuhan dan jaringan yang rusak akan kembali seperti semula. Dalam penanganan ulkus diabetikum, terdapat berbagai metode perawatan luka, salah satunya adalah dengan memberikan perawatan khusus di rumah sakit. Biasanya, luka ulkus ditutup menggunakan perban dan dilakukan penggantian secara berkala untuk menjaga kebersihan dan mendukung proses penyembuhan (Hayati & Hartiti, 2021).

Perawatan luka (*wound care*) telah mengalami kemajuan dengan diterapkannya metode perawatan luka modern. Pendekatan ini dilakukan dengan memanfaatkan balutan luka modern, seperti *hidrokolloid*, *hidrogel*, balutan penyerap, *alginat (hidrofiber)*, busa (*foam*), dan film transparan. Tujuan utama dari perawatan luka modern adalah menyesuaikan kondisi luka—mengeringkan luka yang terlalu basah dan melembapkan luka yang kering. Dengan menjaga kondisi luka tetap lembap (*moist*), proses penyembuhan diharapkan dapat berlangsung lebih cepat dan efektif (Amanda et al., 2021).

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. Salah satu masalah keperawatan yang sering dialami oleh penderita ulkus diabetikum dan memerlukan perhatian khusus dari tenaga kesehatan adalah gangguan integritas kulit. Dalam hal ini, peran perawat menjadi sangat penting untuk menangani kondisi tersebut, karena jika jaringan yang rusak dibiarkan tanpa penanganan, dapat berkembang menjadi ulkus diabetikum atau yang dikenal dengan luka gangren.

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.

Menurut Hamidah (2025) Penanganan ulkus diabetes melitus atau luka gangren mencakup pemberian pengobatan serta perawatan luka secara menyeluruh. Proses perawatan luka meliputi pembersihan luka, tindakan debridemen, pemberian antibiotik, pemenuhan kebutuhan nutrisi, serta pemilihan dan pemeliharaan jenis balutan yang sesuai. Dalam praktik keperawatan, intervensi utama yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan integritas kulit pada pasien dengan kerusakan pada lapisan dermis, epidermis, membran mukosa, atau jaringan penunjang lainnya adalah melalui perawatan integritas kulit dan penatalaksanaan luka yang tepat.

Selama ini banyak orang beranggapan bahwa luka akan lebih cepat sembuh jika dibiarkan mengering. Padahal, kenyataannya justru sebaliknya—lingkungan luka yang lembap dan seimbang justru membantu proses pertumbuhan sel-sel baru pada luka. Metode perawatan luka modern dengan balutan khusus dirancang untuk menjaga kelembapan luka sekaligus melindunginya dari kontaminasi. Namun, kelembapan ini harus tetap terkontrol; jika terlalu lembap, bisa menyebabkan kulit di sekitar luka menjadi lembek (macerasi), sedangkan jika terlalu kering, sel-sel di permukaan luka bisa mati. Intinya, pendekatan ini bertujuan mendukung kerja optimal dari berbagai elemen penting dalam penyembuhan luka seperti growth factors, neutrofil, fibroblas, protease, dan makrofag (Amanda et al., 2021).

Perawatan luka *Modern* lebih efektif daripada konvensional yang dibuktikan dengan hasil penelitian terdahulu dari Irwan et al., (2022) mengenai “Efektivitas Perawatan Luka *Modern* dan Konvensional terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetik”. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna dalam rata-rata perkembangan penyembuhan luka antara dua kelompok perawatan ( $p=0,002$ ). Perawatan luka dengan metode modern terbukti lebih efektif dalam mempercepat proses perbaikan luka dibandingkan dengan metode konvensional. Meskipun perawatan konvensional masih bisa menjaga kelembapan luka, proses penyembuhannya cenderung berlangsung

lebih lambat. Perbandingan antara keduanya menunjukkan bahwa balutan modern, khususnya jenis *moist dressing*, memberikan hasil yang jauh lebih optimal dalam mempercepat penyembuhan ulkus kaki pada penderita diabetes dibandingkan dengan metode perawatan tradisional.

Penelitian Hidayat et al., (2021) tentang “Literature Review Efektivitas *Modern Dressing Hydrocolloid* Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Diabetes Mellitus”. Hasil tinjauan pustaka menunjukkan bahwa penggunaan metode perawatan luka modern dengan balutan hidrokoloid dapat mempercepat proses penyembuhan luka pada pasien diabetes melitus. Penggunaan balutan *hidrocolloid* menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan pada kondisi luka diabetik, baik sebelum maupun setelah penggunaan balutan modern ini. *Hidrocolloid* membantu menjaga lingkungan luka tetap lembap, yang sangat penting untuk mempercepat proses penyembuhan. Dengan menjaga kelembapan, *hidrocolloid* juga membantu mengurangi kehilangan cairan jaringan dan mencegah kematian sel, sehingga mendukung regenerasi luka yang lebih cepat. Selain itu, *hidrocolloid* menciptakan kondisi yang mendukung terjadinya angiogenesis, meningkatkan aktivitas *fibroblas*, serta merangsang produksi jaringan granulasi dan sintesis kolagen. Selain manfaat tersebut, *hidrocolloid* juga berperan dalam menghidrasi jaringan yang nekrosis. Berkat kemampuannya yang tahan terhadap air dan sifat adhesifnya, *hidrocolloid* dapat berfungsi sebagai penghalang terhadap virus dan bakteri, menjaga agar balutan tetap utuh dan memberikan perlindungan dari kerusakan yang lebih parah.

Penelitian yang dilakukan oleh Khotijah & Susilo (2025) menunjukkan bahwa penggunaan balutan modern dalam perawatan luka terbukti lebih efektif dibandingkan dengan balutan konvensional dalam mempercepat proses penyembuhan luka pada pasien diabetes. Temuan serupa juga diperoleh dari penelitian Amanda et al., (2021), yang menyatakan bahwa terapi menggunakan balutan modern memiliki efektivitas tinggi dalam mendukung penyembuhan luka kaki diabetik. Salah satu kelemahan dari balutan konvensional adalah

kemampuannya yang kurang optimal dalam menjaga kelembapan luka, karena larutan NaCl 0,9% yang digunakan cenderung cepat menguap, sehingga kasa menjadi kering dan berpotensi memperlambat penyembuhan.

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 2021 sebanyak 598 orang, tahun 2022 sebanyak 321 orang, tahun 2023 sebanyak 416 orang dan mengalami peningkatan pada tahun 2024 sebanyak 634 orang.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Bedah Central Pria pada bulan Agustus 2024 – Maret 2025, terdapat 38 pasien dengan diagnosis ulkus diabetikum yang dirawat. Hasil observasi dan wawancara peneliti di ruang Bedah Central Pria menunjukkan bahwa masalah yang muncul pada pasien ulkus diabetikum umumnya karena tidak merasakan apa-apa (adanya neuropati perifer), kemudian timbul luka yang tidak disadari, disertai keluarnya cairan secara spontan. Ciri-ciri ulkus diabetikum yang ditemukan antara lain luka pada tungkai atau kaki yang dalam, berbau tidak sedap, tepi luka tidak rata, dasar luka dapat berisi jaringan nekrotik atau granulasinya buruk, serta sering disertai dengan tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, dan peningkatan suhu lokal. Pada pasien ulkus diabetikum, diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan oleh perawat di ruang adalah gangguan integritas kulit, nyeri akut, serta gangguan mobilitas fisik. Upaya yang telah dilakukan oleh perawat ruang meliputi perawatan luka, manajemen nyeri, serta dukungan ambulasi.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti melakukan penelitian membuat karya tulis akhir dengan judul “Penerapan Perawatan Luka Modern Dressing Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruang Bedah central pria RSUP Mdjamil Padang 2025”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah peneliti uraikan di atas, maka peneliti merumuskan rumusan masalahnya yaitu bagaimana penerapan Perawatan Luka Modern Dressing Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruang Bedah central pria RSUP Mdjamil Padang 2025?

## **C. Tujuan Masalah**

### **1. Tujuan Umum**

Karya tulis akhir ini bertujuan mendeskripsikan Perawatan Luka Modern Dressing Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruang Bedah central pria RSUP Mdjamil Padang.

### **2. Tujuan Khusus**

1. Mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada pasien ulkus diabetikum dilakukan penerapan intervensi perawatan luka modern dressing.
2. Mendeskripsikan penegakan diagnosis keperawatan pada pasien ulkus diabetikum dilakukan penerapan intervensi perawatan luka modern dressing.
3. Mendeskripsikan intervensi keperawatan pada pasien ulkus diabetikum dilakukan penerapan intervensi perawatan luka modern dressing.
4. Mendeskripsikan implementasi keperawatan pada pasien ulkus diabetikum dilakukan penerapan intervensi perawatan luka modern dressing.
5. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien ulkus diabetikum dilakukan penerapan intervensi perawatan luka modern dressing.
6. Menganalisis penerapan intervensi perawatan luka modern dressing yang dilakukan pada pasien penggunaan balutan modern sebagai bagian dari dokumentasi keperawatan.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Aplikatif**

#### **a. Bagi Pasien**

Diharapkan, tindakan perawatan luka dengan balutan modern dapat membantu mengatasi masalah gangguan integritas kulit pada pasien ulkus diabetikum, sehingga proses penyembuhan dapat berlangsung lebih optimal dan nyaman bagi pasien.

#### **b. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan, dapat menambah ilmu pengetahuan, wawasan, serta gambaran dalam pemberian asuhan keperawatan gangguan integritas kulit pada pasien ulkus diabetikum dengan tindakan perawatan luka *modern dressing*.

### **2. Manfaat pengembangan keilmuan**

#### **a. Bagi Instusi Kesehatan**

Diharapkan, karya ini bisa mempercepat penyembuhan, mengurangi lama rawat inap, dan menurunkan risiko infeksi. Hal ini meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya, menghemat waktu tenaga medis, serta menekan biaya perawatan. Selain itu, hasil perawatan yang lebih baik turut meningkatkan mutu pelayanan dan citra institusi di mata masyarakat.

#### **b. Bagi Instusi Pendidikan**

Diharapkan, Dapat memberikan informasi terutama dalam meningkatkan kualitas pembelajaran dan praktik klinik. Mahasiswa dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman langsung dengan metode perawatan terkini yang berbasis *evidence-based practice*. Hal ini mendorong pengembangan kompetensi klinis, berpikir kritis, serta kesiapan mahasiswa dalam menghadapi tantangan di dunia kerja. Selain itu, penerapan metode modern mendukung reputasi institusi sebagai pusat pendidikan yang mengikuti perkembangan ilmu keperawatan dan teknologi kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATURE**

#### **A. Konsep Teori Ulkus Diabetikum**

##### **1. Pengertian**

Ulkus diabetes melitus adalah luka terbuka pada kulit yang muncul akibat komplikasi dari gangguan pembuluh darah besar (makroangiopati), yang menyebabkan aliran darah terganggu serta kerusakan pada saraf (neuropati). Kondisi ini membuat luka pada penderita seringkali tidak disadari karena tidak menimbulkan rasa sakit. Jika tidak ditangani dengan baik, luka tersebut bisa berkembang menjadi infeksi, baik oleh bakteri aerob maupun anaerob (Yunitamara & Husain, 2022). Secara umum, luka diabetes disebabkan oleh kerusakan saraf, gangguan pembuluh darah, dan infeksi. Bila infeksi dibiarkan tanpa penanganan yang tepat, luka bisa memburuk hingga membusuk dan dalam kasus yang parah, berujung pada tindakan amputasi.

##### **2. Etiologi**

Ulkus diabetikum 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 pasiendiabetes berkaitan dengan adanya pengaruh saraf yang terdapat pada kaki yang dikenal dengan neuropati perifer. Pasiendiabetes 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 Amanda et al., (2021) faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka secara umum berdasarkan faktor intrinsik yaitu :

a. Usia

Semakin tua seseorang maka akan menurunkan kemampuan penyembuhan jaringan, dan semakin tua usia maka jaringannya akan semakin kurang lentur.

b. Nutrisi

Pada proses penyembuhan luka faktor nutrisi sangat penting. Pada pasien yang mengalami penurunan tingkat albumin, total lifosit dan transferrin adalah merupakan faktor resiko terhambatnya proses penyembuhan luka. Proses penyembuhan luka tidak hanya dipengaruhi oleh protein saja, vitamin A, E, dan C mempengaruhi dalam proses penyembuhan luka. Kekurangan vitamin A dapat menyebabkan berkurangnya makrofag yang konsekuensinya rentan terhadap infeksi, retardasi epitelisasi, dan sintesis kolagen. Defisiensi vitamin C dapat menyebabkan kegagalan fibroblast untuk memproduksi kolagen, mudahnya terjadinya rupture pada kapiler dan rentan terhadap infeksi.

c. Hipovolemia

Kurangnya volume darah akan mengakibatkan vasokonstriksi dan menurunnya ketersediaan oksigen dan nutrisi untuk penyembuhan luka.

d. Hematoma

Hematoma merupakan bekuan darah. Seringkali darah pada luka secara bertahap diabsorpsi oleh tubuh masuk kedalam sirkulasi. Tetapi jika terdapat bekuan hal tersebut memerlukan waktu untuk dapat penyembuhan.

e. Edema

Adanya edema dapat mengakibatkan penurunan suplai oksigen

f. Insufisiensi Oksigen Jaringan

Diakibatkan karena adanya gangguan fungsi organ paru, kardiovaskular, ataupun karena adanya vasokonstriksi.

### 3. Klasifikasi

Klasifikasi ulkus diabetes melitus menurut Chopra et al., (2020) adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Klasifikasi Ulkus Diabetes Melitus

Derajat 0	Tidak ada lesi terbuka, luka masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “claw, callus”
Derajat I	Ulkus superfisial terbatas pada kulit
Derajat II	Ulkus dalam menembus tendon dan tulang
Derajat III	Abses dalam, dengan atau tanpa osteomielitis.
Derajat IV	Gangren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis
Derajat V	Gangren seluruh kaki atau sebagian tungkai

Klasifikasi PEDIS digunakan pada saat pengkajian ulkus diabetik. Pengkajian dilihat dari bagaimana gangguan perfusi pada kaki, berapa ukuran dalam mm (milimeter) dan sejauh mana kedalaman dari ulkus diabetik, ada tidaknya gejala infeksi serta ada atau tidaknya sensasi pada kaki. Kemudahan yang ingin diperkenalkan untuk menilai derajat keseriusan luka adalah menilai warna dasar luka. Sistem ini diperkenalkan dengan sebutan RYB (Red, Yellow, Black) atau merah, kuning, dan hitam

a. Red (Merah)

Merupakan luka bersih, dengan banyak vaskularisasi, karena mudah berdarah. Tujuan perawatan luka dengan warna dasar merah adalah mempertahankan lingkungan luka dalam keadaan lembab dan mencegah terjadinya trauma dan perdarahan.

b. Yellow (Kuning)

Luka dengan warna dasar kuning atau kuning kehijauan adalah jaringan nekrosis. Tujuan perawatannya adalah dengan meningkatkan sistem autolisis debridement agar luka berwarna merah, absorb eksudate, menghilangkan bau tidak sedap dan mengurangi kejadian infeksi.

c. Black (Hitam)

Luka dengan warna dasar hitam adalah jaringan nekrosis, merupakan jaringan vaskularisasi. Tujuannya adalah sama dengan warna dasar kuning yaitu warna dasar luka menjadi merah.

#### 4. Data Penunjang

Menurut Kusuma et al., (2023), pemeriksaan diagnostic pada ulkus diabetikum adalah :

1) Pemeriksaan radiologis

Rontgen dan CT scan untuk mengetahui:

- a) Emfisima subcutan adalah kondisi ketika terdapat udara atau gas di bawah jaringan kulit.
- b) Osteomielitis adalah infeksi tulang yang umumnya disebabkan oleh bakteri *staphylococcus*

2) Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah:

a) Pemeriksaan darah meliputi :

GDS > 200mg/dl, gula darah puasa 120mg/dl dan dua jam post prandial > 200mg/dl

- b) Urine Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara *benedict* (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna urine (hijau, kuning, merah dan merah bata)

c) Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotic yang sesuai dengan jenis kuman

d) Pemeriksaan darah lengkap

Untuk mengetahui apakah ada peningkatan nilai leukosit dan mengetahui nilai HB, trombosit, fungsi hati dll

#### 5. Manifestasiklinis

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 :

- a. *Pain* (nyeri)
- b. *Paleness*(kepucatan)

- c. *Paresthesia*(kesemutan)
- d. *Pulselessness*(denyut nadi hilang)
- e. *Paralysis* (lumpuh)

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

- a. Stadium I, *asymptomatic* 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. 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 diabetik pada penderita DM, yakni sebagai berikut (Yulyastuti & dkk, 2021) :

- a. Neuropati (sensorik, motorik, perifer).
- b. Obesitas, hipertensi
- c. Glikolisasi Hemoglobin (HbA1C) yang tidak terkontrol
- d. Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol
- e. Kebiasaan merokok
- f. Ketidapatuhan terhadap diet DM
- g. Kurangnya aktivitas fisik
- h. Pengobatan dan perawatan kaki yang tidak teratur

## 7. Komplikasi

Ada beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada ulkus diabetikum menurut (Khotijah & Susilo, 2025) yaitu :

### a. Osteomielitis (infeksi pada tulang)

Osteomielitis adalah infeksi tulang yang disebabkan oleh mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh lewat luka atau penyebaran infeksi lewat darah.

### b. Sepsis

Sepsis adalah kondisi medis serius dimana terjadi peradangan di seluruh tubuh yang disebabkan oleh infeksi. Sepsis dapat menyebabkan kematian pada pasiennya. Sepsis adalah penyakit yang mengancam kehidupan yang dapat terjadi ketika seluruh tubuh bereaksi terhadap infeksi. Pada pasien yang menderita ulkus diabetikum terjadi penurunan kemampuan leukosit yang berfungsi untuk menghancurkan bakteri. Sehingga pada pasien yang memiliki penyakit diabetes yang tidak terkontrol rentan terjadi infeksi yang akhirnya apabila infeksi itu tidak dapat tertangani dapat menyebabkan sepsis.

### c. Kematian

Kematian adalah kondisi akhir pada pasien setelah mengalami beberapa komplikasi serius seperti osteomielitis, sepsis, atau karena tidak ditangani dan lain-lain.

## 8. Penatalaksanaan

Menurut Hidayat et al., (2021), perawatan standar untuk ulkus diabetic idealnya diberikan oleh tim multidisiplin dengan memastikan kontrol glikemik, perfusi yang adekuat, perawatan luka local dan debridemen biasa, *off-loading* kaki, pengendalian infeksi dengan antibiotic dan pengelolaan komorbiditas yang tepat. Pendidikan kesehatan pada pasien akan membantu dalam mencegah ulkus dan kekambuhannya.

### a) Debridemen

Debridemen adalah proses mengangkat jaringan mati dan benda asing dari dalam luka untuk memaparkan jaringan sehat di bawahnya.

Jaringan mati bisa berupa pus, krusta, eschar (pada luka bakar), atau bekuan darah.

b) Dressing

Bahan dressing kasa *saline-moistened (wet-to-dry)*, dressing mempertahankan kelembaban (hidrogel, hidrokoloid, hydrofibers, transparent films dan alginat) yang menyediakan debridement fisik dan autolytic masing-masing, dan dressing antiseptik (dressing perak, cadexomer)

c) *Off-loading*

Tujuan dari *Off-loading* adalah untuk mengurangi tekanan plantar dengan mendistribusikan ke area yang lebih besar, untuk menghindari pergeseran dan gesekan, dan untuk mengakomodasi deformitas.

d) Terapi Medis

Kontrol glikemik yang ketat harus dijaga dengan penggunaan diet diabetes, obat hipoglikemik oral dan insulin. Infeksi pada jaringan lunak dan tulang adalah penyebab utama dari perawatan pada pasien dengan ulkus diabetik di rumah sakit.

e) Terapi adjuvant

Strategi manajemen yang ditujukan matriks ekstraselular yang rusak pada ulkus diabetik termasuk mengganti kulit dari sel-sel kulit yang tumbuh dari sumber autologus atau alogenik ke kolagen atau asam polylactic. Hiperbarik oksigen telah merupakan terapi tambahan yang berguna untuk ulkus diabetik dan berhubungan dengan penurunan tingkat amputasi. Keuntungan terapi oksigen topikal dalam mengobati luka kronis juga telah tercatat.

f) Manajemen bedah

Manajemen bedah yang dapat dilakukan ada 3 yaitu wound closure (penutupan luka), revascularization surgery, dan amputasi. Penutupan primer memungkinkan untuk luka kecil, kehilangan jaringan dapat ditutupi dengan bantuan cangkok kulit, lipatan atau pengganti kulit yang tersedia secara komersial.

g) Pencegahan

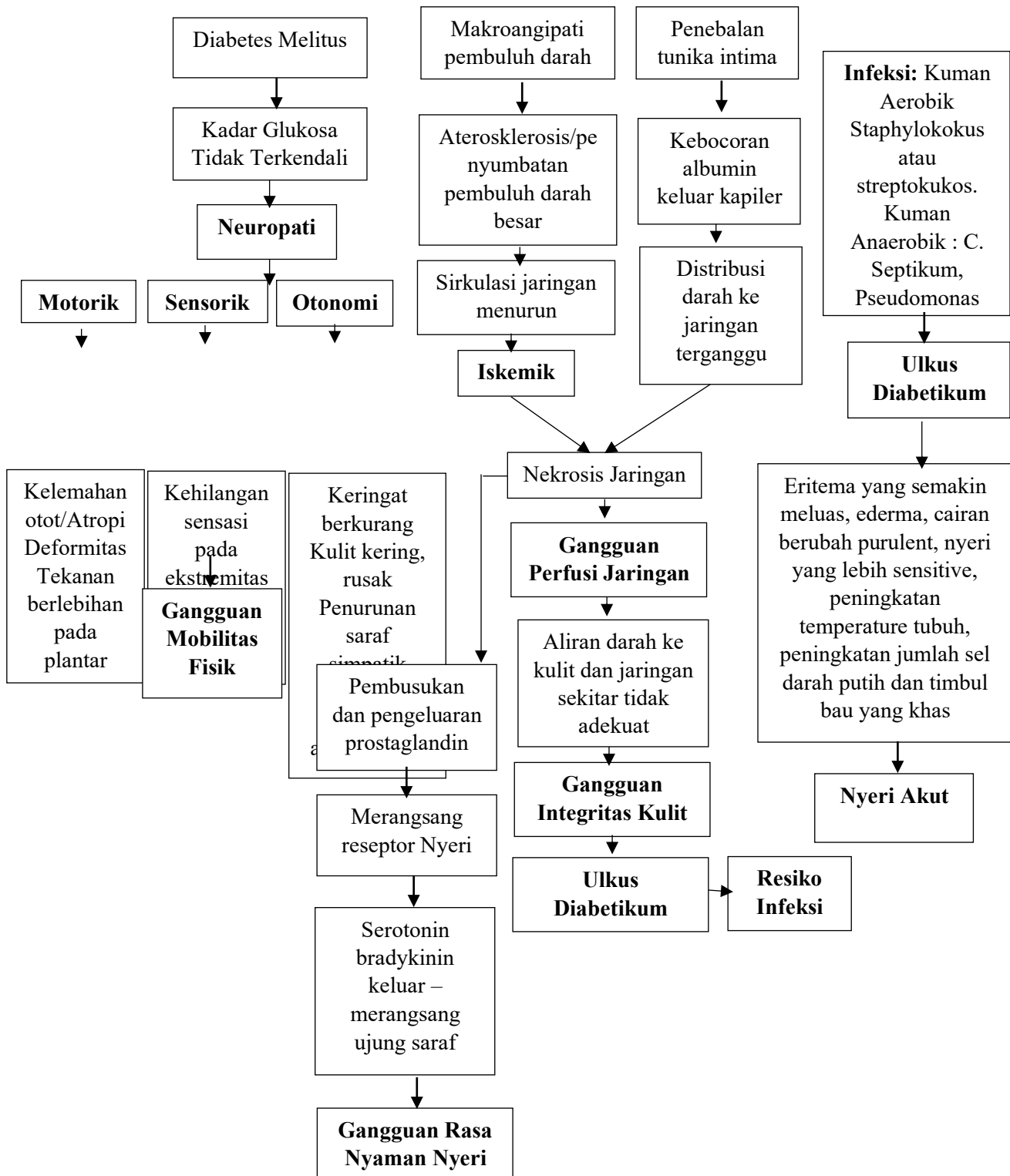
Ada korelasi langsung antara pengontrolan glikemik dengan pembentukan ulkus. Oleh karena itu pemantauan diri dapat mengurangi risiko ulserasi. Merokok dan konsumsi alkohol harus diminimalkan, meskipun dampak terhadap ulkus diabetik kurang signifikan. Komorbiditas lain seperti hipertensi dan hiperlipidemia yang mempengaruhi oklusi vaskular harus diberikan intervensi yang tepat.

h) Penilaian Risiko Ulkus Diabetik

Penilaian risiko ulkus diabetik merupakan hal yang sangat penting untuk menentukan penanganan atau tindakan yang tepat bagi pasien diabetes melitus. Penilaian tersebut dapat dilakukan melalui anamnesa, pemeriksaan fisik pasien, dan pemeriksaan penunjang lainnya. Anamnesa dapat dilakukan dengan memberikan beberapa pertanyaan terkait aktivitas keseharian pasien, alas kaki yang sering digunakan, keluhan yang muncul, penyakit yang pernah diderita, lama menyandang diabetes melitus, dan usaha apa saja yang telah dilakukan pasien.



## 9. Pathway Ulkus Diabetikum



Gambar 2. 1 Pathway Ulkus Diabetikum  
Sumber : Yunitamara & Husain (2022)

## **B. Konsep Gangguan Integeritas Kulit**

Cedera atau kerusakan pada kulit (lapisan dermis dan/atau epidermis) maupun pada jaringan lain seperti membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, tulang rawan, kapsul sendi, dan/atau ligamen (Kusuma et al., 2023). Gangguan integritas kulit terjadi ketika kulit mengalami kerusakan, baik pada lapisan luar (epidermis), lapisan dalam (dermis), maupun jaringan di bawahnya. Padahal, kulit memiliki peran penting sebagai pelindung utama tubuh dari berbagai ancaman luar, seperti kuman, cedera, dan perubahan suhu. Bila struktur kulit rusak, fungsi perlindungannya ikut melemah, membuat tubuh lebih rentan terhadap infeksi, kehilangan cairan, dan luka yang sulit sembuh. Banyak hal bisa menyebabkan kondisi ini, mulai dari tekanan yang terlalu lama (seperti pada luka tekan), cedera fisik, luka operasi, luka bakar, gangguan aliran darah, hingga penyakit kronis seperti diabetes.

Untuk menangani gangguan ini, dibutuhkan pendekatan yang menyeluruh—tidak hanya fokus pada mengobati luka, tapi juga mencegah kerusakan lebih lanjut. Perawat dan tenaga kesehatan lainnya berperan penting, misalnya dengan memindahkan posisi pasien yang lama berbaring, menjaga kulit tetap lembap, serta memberikan edukasi tentang perawatan kulit di rumah. Pemeriksaan rutin juga penting agar kondisi kulit bisa dipantau dan direspons dengan cepat bila ada perubahan. Intinya, pemulihan integritas kulit tak sekadar memperbaiki luka, tapi juga mendukung kenyamanan pasien dan mencegah masalah kesehatan yang lebih serius di kemudian hari. Yang disebabkan oleh :

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan nutrisi (kelebihan/kekurangan)
- c) Kelebihan/kekurangan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Suhu lingkungan yang ekstrem
- f) Faktor mekanis (ex. Penekanan pada tonjolan tulang gesekan)
- g) Kelembapan

### C. Tindakan Keperawatan Perawatan Luka *Modern Dressing*

#### 1. Pengertian

Modern dressing merupakan metode yang efektif dalam penyembuhan luka. Modern wound dressing merupakan salah satu metode perawatan luka yang tertutup dan berfokus menjaga kelembaban dalam meningkatkan proses penyembuhan luka (Hidayat et al., 2021). Prinsip-prinsip perawatan luka a. Mencuci luka Merupakan hal pokok untuk meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka sertameng hindari kemungkinan terjadinya infeksi. Proses pencucian luka bertujuan untuk membuang nekrosis, cairan luka yang berlebihan, sisa balutan yang digunakan dan sisa metabolik tubuh pada permukaan luka (Hamidah, 2025). Cairan terbaik dan teraman untuk mencuci luka adalah yang non toksis pada proses penyembuhan luka misalnya NaCL 0,9%. Penggunaan hidrogenperoksida, hypochlorite solution dan beberapa cairan debridement lainnya, sebaliknya hanya digunakan pada jaringan nekrosis atau slough dan tidak pada jaringan granulasi. Cairan antiseptik seperti provine iodine sebaiknya hanya digunakan saat luka terinfeksi atau tubuh pada saat penurunan imunitas, yang kemudian dilakukan pembilasan kembali dengan saline.

Menurut (Yunitamara & Husain, 2022), perawatan luka modern dressing dipercaya lebih efektif dari perawatan luka konvensional dimana perawatan luka konvensional merupakan perawatan luka yang masih menggunakan bahan yang membuat luka menjadi mudah kering. pemilihan jenis balutan adalah memilih jenis balutan yang mempertahankan suasana lingkungan luka yang dalam keadaan lembab, mempercepat proses penyembuhan hingga 50%, absorpsi eksudat atau cairan luka yang keluar berlebihan, membuang jaringan nekrosis atau slough (support autolysis), kontrol terhadap infeksi atau terhindar dari kontaminasi, nyaman digunakan dan menurunkan rasa sakit saat mengganti balutan dan menurunkan jumlah biaya dan waktu perawatan (cost effective). Jenis balutan: absorbent dressing, hydroactive gel, hydrocolloid.

## 2. Standar Operasional Prosedur *Modern Dressing*

Langkah-langkah tindakan modern dressing sebagai berikut :

### A. Tahap pra interaksi

1. Mengecek pasien atau validasi
2. Mengecek program terapi
3. Menyiapkan alat
4. Melakukan kebersihan tangan

### B. Tahap orientasi

1. Memberikan salam dan menyapa pasien
2. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan
3. Memberikan pasien untuk bertanya

### C. Tahap Kerja

1. Berikan privacy kepada pasien
2. Posisi yang nyaman kepada klien sebelum melakukan tindakan.
3. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan,
4. Gunakan sarung tangan bersih dan masker bila perlu.
5. Pasang perlak
6. Lepaskan verban/balutan dengan cara menyentuh bagian luarnya saja. Jika kotor, gunakan pinset untuk mengangkat verban/balutan menempel pada luka, basahi dengan larutan NaCl, buka kalau sudah longgar.
7. Buang verban/balutan yang kotor ke dalam kantong tahan air untuk dibakar
8. Ganti sarung tangan jika di rasa sangat kotor.
9. Gunakan pinset untuk memegang gumpalan kasa. Pertahankan ujung pinset agar tetap steril.
10. Ambil kasa steril, kemudian masukkan ke dalam kom yang berisi dengan NaCl, peras kasa dan bersihkan luka dengan sekali usap area sekitar luka.
11. Buang kasa yang digunakan untuk membersihkan setiap kali sekali mengusap luka

12. Ambil lagi kasa steril, basahi dengan NaCl, kemudian peras gunakan kasa untuk membersihkan area luka, lakukan dengan cara mulai dari atas atau dekat dengan luka dan terus makin keluar.
  13. Gosok permukaan luka dengan lembut guna membantu melepaskan benda mengaplikasikan balutan asing pada luka sebelum
  14. Bersihkan sisa sabun dengan membilasnya dengan cairan NaCl dan kasa steril
  16. Lakukan beberapa kali hingga luka bersih
  15. Lakukan pengkajian luka
  18. Jika ada jaringan mati gunakan gunting jaringan untuk memotong dan membuang jaringan tersebut
  16. Berikan modern dressing sesuai dengan hasil pengkajian pada luka.
  17. Jika menggunakan foam sesuaikan dengan bentuk luka dan setidaknya perbatasan 1 cm di sekitar luka. Minimal 2 cm tergantung pada tingkat keparahan luka
  18. Jika menggunakan salep/gel gunakan kapas lidi untuk mengaplikasikan, Kemudian tempelkan kasa kering diatasnya. Gunakan kasa untuk menutupi area luka dan sekitarnya.
  19. ekatkan kasa dengan menggunakan plester luka hingga rapi.
  20. Lepaskan sarung tangan.
  21. Cuci tangan
- D. Tahap terminasi
1. Mengevaluasi respon klien
  2. Membereskan dan kembalikan alat ketempat semula
  3. Mencuci tangan
  4. Mendokumentasikan hasil tindakan
  5. Mengucap salam

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum**

### **1. Pengkajian**

Menurut Amanda et al., (2021), pengkajian adalah sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, data, memvalidasi data, mengorganisasikan data, dan mendokumentasikan data. Berikut merupakan pengumpulan data yang meliputi:

## **2. Identitas pasien**

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

## **3. Keluhan utama**

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

## **4. 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.

## **5. Riwayat Kesehatan dahulu**

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

## **6. Riwayat Kesehatan keluarga**

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

## **7. Riwayat psikososial**

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

## **8. 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, gigitan mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah.

## 7) Leher

Kaji apakah ada pembesaran tiroid atau kelenjar getah bening pada leher

## 8) Jantung

- Inspeksi: biasanya iktus cordis tidak terlihat
- Askultasi: biasanya bunyi jantung murmur
- Palpasi: biasanya iktus 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 tidak ada pelebaran lingkaran abdomen seperti pada pasien obesitas
- Askultasi : biasanya bising usus terdengar
- Palpasi: biasanya akan teraba jika terjadi pembengkakan/massa abdomen
- Perkusi: biasanya berbunyi tympani

## 11) Ekstremitas

Biasanya tungkai menurun, luka atau warnakehitaman bekas luka, terdapat kemerahan pada kulit sekitar luka, serta terasakesemutan dan kebas pada ekstremitas.

## 12) Genitalia

Biasanya pada pasien DM sering buang air kecil

## 9. 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 dengan pengukur panjang, lebar dan tinggi.

b) Gunakan pinset atau lidi kapas untuk mengukur kedalaman goa atau undermining pada bagian dalam.

c) Gunakan alat yang tepat dan hindari penggunaan alat berulang untuk meminimalisir infeksi.

## 10. 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.

# 11. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah hasil dari proses penilaian klinis yang dilakukan oleh perawat untuk memahami bagaimana seseorang merespons masalah kesehatan atau kondisi kehidupannya, baik yang sedang terjadi (aktual) maupun yang mungkin muncul di masa depan (potensial). Tujuan utama dari diagnosa ini adalah untuk mengenali dan mengidentifikasi berbagai respons klien—baik individu, keluarga, maupun komunitas—terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan mereka, sehingga intervensi keperawatan bisa diberikan secara tepat (Tim Pokja SDKI PPNI, 2019). Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan. Diagnosa yang muncul pada pasien sebagai berikut :

- a. Gangguan integritas kulit atau jaringan
- b. Nyeri akut
- c. Gangguan mobilitas fisik
- d. Resiko ketidakstabilan kadar gula darah

# 12. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategis desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan (Budiono, 2016).

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Luaran & Kriteria hasil	Intervensi
1.	<p>Gangguan integritas kulit atau jaringan</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan sejak 3 hari lalu</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan dirasa sejak 1 bulan lalu</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan dirasa sejak 1 bulan lalu</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan</li> <li>- lebar luka kurang lebih 4-5 cm</li> <li>- nyeri (+)</li> <li>- kemerahan (+)</li> <li>- akral hangat</li> <li>- klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan</li> <li>- ulkus derajat 1, tampak merah, tidak ada luka dengan dasar kuning atau pus atau eksudat, terdapat luka dengan warna dasar hitam atau jaringan nekrotik melekat lembut, eskar hitam dan hampir menutupi seluruh bagian luka, tidak ada pembengkakan atau edema, terasa nyeri saat beraktivitas atau bergerak, CRT &lt; 2 detik</li> <li>- terdapat ulkus diabetikum atau luka</li> </ul>	<p><b>L.14125</b> Integritas Kulit dan Jaringan.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> <li>3. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>4. Suhu kulit membaik</li> <li>5. Sensasi membaik</li> <li>6. Tekstur membaik</li> <li>7. Pertumbuhan rambut membaik</li> </ol>	<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2) Monitor tanda tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>4. Melakukan perawatan luka modern dengan teknik hidrokoloid dengan bahan daryant tulle</li> <li>5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>3) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu</li> <li>2) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ol>

No	Diagnosa	Luaran & Kriteria hasil	Intervensi
	<p>pada tungkai kaki kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- lebar luka kurang lebih 8-10 cm</li> <li>- push (-)</li> <li>- balutan kotor nerembes (-)</li> <li>- demam (-)</li> <li>- nyeri (+)</li> <li>- kemerahan (+)</li> <li>- akral hangat</li> <li>- klien tampak kesakitan pada luka kaki kanan</li> <li>- Ulkus derajat I, lebar luka kurang lebih 8-10 cm, tampak merah, tidak ada luka dengan dasar kuning atau pus atau eksudat, terdapat luka dengan warna dasar hitam atau jaringan nekrotik melekat lembut, eskar hitam dan menutupi 50% bagian luka, tidak ada pembengkakan atau edema, terasa nyeri saat beraktivitas atau bergerak, CRT &lt; 2 detik</li> </ul>		
2.	<p>Nyeri akut DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan</li> <li>- Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakn nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun sesuai dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluhan nyeri menurun</li> <li>2) Meringis menurun</li> <li>3) Sikap protektif menurun</li> <li>4) Gelisah menurun</li> <li>5) Kesulitan tidur menurun</li> <li>6) Menarik diri menurun</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi nyeri</li> <li>2) Identifikasi skala nyeri</li> <li>3) Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5) Identifikasi pengetahuan dan</li> </ol>

No	Diagnosa	Luaran & Kriteria hasil	Intervensi
	<p>S : pasien mengatakan nyeri skala 7</p> <p>T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan</li> <li>- Karakteristik nyeri</li> </ul> <p>P : saat beraktivitas atau bergerak</p> <p>Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : pasien mengatakkn nyeri luka pada kaki kanan</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri skala 8</p> <p>T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka atau ulkus diabetikum pada kaki kanan</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif</li> <li>- TTV :            TD : 123/81 mmHg            N : 77x/menit            RR : 18x/menit            S : 36,6°C</li> <li>- Terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> </ul>	<p>7) Berfokus pada diri sendiri menurun</p> <p>8) Perasaan depresi (tertekan) menurun</p> <p>9) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</p> <p>10) Ketegangan otot menurun</p>	<p>keyakinan tentang nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3) Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</li> <li>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3) Ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi Kolaborasi untuk pemberian analgetik</p>

No	Diagnosa	Luaran & Kriteria hasil	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif</li> <li>- TTV : TD : 130/82 mmHg N : 82x/menit RR : 20x/menit S : 37,6°C</li> </ul>		
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan susah untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka/ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan saat bergerak</li> <li>- pasien mengatakan jarang beraktivitas saat dirumah karena kaki nyeri saat dibuat aktivitas</li> <li>- pasien mengatakan susah untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka/ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan saat bergerak</li> <li>- pasien mengatakan jarang beraktivitas saat dirumah karena kaki nyeri saat dibuat aktivitas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien hanya berbaring di atas bed</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2) Kekuatan otot meningkat</li> <li>3) Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	<p>Dukungan Ambulasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu</li> <li>2) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan, duduk, setengah duduk)</li> </ol>

No	Diagnosa	Luaran & Kriteria hasil	Intervensi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak</li> <li>- TTV : TD : 123/81 mmHg N : 77x/menit RR : 18x/menit</li> <li>- S : 36,6°C</li> <li>- Kekuatan otot menurun  <div style="text-align: center;"> <math display="block">\begin{array}{r l} 5 &amp; 5 \\ \hline 3 &amp; 4 \end{array}</math> </div> </li> <li>- pasien hanya berbaring di atas bed</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Keluarga jarang menggerakan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak</li> <li>- TTV : TD : 130/82 mmHg N : 82x/menit RR : 20x/menit</li> <li>- S : 37,6°C</li> <li>- Kekuatan otot menurun  <div style="text-align: center;"> <math display="block">\begin{array}{r l} 5 &amp; 5 \\ \hline 3 &amp; 4 \end{array}</math> </div> </li> </ul>		
4.	Resiko ketidakstabilan kadar gula darah	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, diharap kestabilan kadarglukosa darah meningkat dengankriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Koordinasi meningkat</li> <li>2) Kesadaran meningkat</li> <li>3) Mengantuk menurun</li> <li>4) Pusing menurun</li> <li>5) Lelah/lesu menurun</li> <li>6) Keluhan lapar menurun</li> <li>7) Gemetar menurun</li> </ol>	Manajemen Hiperglikemia Observasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>2) Monitor kadar glukosa darah jika perlu</li> <li>3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>4) Monitor intake dan output cairan</li> <li>5) Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi</li> </ol>

No	Diagnosa	Luaran & Kriteria hasil	Intervensi
		8) Berkeringat menurun 9) Mulut kering menurun 10) Rasa haus menurun 11) Perilaku aneh menurun 12) Kesulitan bicara menurun 13) Kadar glukosa dalam darah membaik 14) Kadar glukosa dalam urine membaik 15) Palpitasi membaik 16) Perilaku membaik 17) Jumlah urine membaik	Terapeutik 1) Berikan asupan cairan oral 2) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 1) Anjurkan kepatuhan diet dan olahraga 2) Ajarkan pengelolaan diabetes Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian insulin jika perlu 2) Kolaborasi pemberian cairan IV jika perlu 3) Kolaborasi pemberian kalsium jika perlu Manajemen Hipoglikemia Observasi 1) Identifikasi tanda gejala hipoglikemia 2) Identifikasi penyebab hipoglikemia Terapeutik 1) Berikan karbohidrat sederhana 2) Berikan glukagen jika perlu Pertahankan kepatenan jalan nafas 3) Pertahankan akses IV jika perlu Edukasi 1) anjurkan membawa karbohidrat setiap saat 2) anjurkan monitor kadar glukosa darah 3) ajarkan pengelolaan hipoglikemi Kolaborasi Kolaborasi pemberian dextrose jika perlu

Sumber : Tim Pokja SDKI PPNI (2020)

### 13. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tindakan dari sebuah perencanaan. Tindakan keperawatan terdiri dari tindakan mandiri (independen) dan kolaborasi (dependen). Tindakan mandiri merupakan tindakan yang berasal dari keputusan bersama dengan profesi lain (Tarwoto & Wartonah, 2015). Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Implementasi juga meliputi pencatatan perawatan pasien dalam dokumen yang telah disepakati. Dokumen ini dapat digunakan sebagai alat bukti apabila ternyata timbul masalah hukum terkait dengan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit umumnya dan perawat khususnya (Budiono, 2016).

### 14. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi merupakan proses terakhir keperawatan yang menentukan tingkat keberhasilan keperawatan sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Budiono, 2016). Untuk memudahkan mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP.

## E. Evidence Based Nursing (EBN)

### 1. Konsep Modern Dressing

#### a. Pengertian *modern dressing*

*Moderen Dressing* merupakan penanganan luka secara modern atau terkini menggunakan balutan luka (*wound dressing*) Modern seperti, *Hidrocolloid, Hydrogel, Absorbent dressing, Alginate (hydrofiber), Foam* dan *tranparant film*.

#### b. Manfaat perawatan luka modern

Prinsip menggunakan metode *modern dressing* mempunyai manfaat untuk menjaga kehangatan dan kelembaban lingkungan sekitar luka



yang bertujuan untuk meningkatkan penyembuhan dan mempertahankan kehilangan cairan, jaringan dan kematian sel (Yunitamara & Husain, 2022)

Ada beberapa keuntungan prinsip moisture dalam perawatan luka antara lain :

- a) Untuk mencegah luka menjadi kering dan keras
- b) Meningkatkan pembentukan jaringan dermis
- c) Mengontrol inflamasi dan memberikan tampilan yang lebih kosmetis
- d) Mempercepat proses *autolysis debridement*
- e) Menurunkan kejadian infeksi

c. Tujuan perawatan modern

Tujuan dari perawatan *modern dressing* yaitu untuk menggunakan prinsip moisture balance yang mengkondisikan luka dalam keadaan lembap karena lingkungan yang lembap akan mempercepat proses penyembuhan luka (Yunitamara & Husain, 2022).

d. Jenis *Modern dressing*

Jenis *modern dressing* dan terapi alternative yang dapat digunakan untuk merawat dan melindungi luka :

1) *Hydrocolloid*

Balutan ini mengandung bahan-bahan seperti pektin, gelatin, carboxymethylcellulose (CMC), dan elastomer. Berfungsi untuk mendukung proses autolisis, yaitu membantu mengangkat jaringan mati (*nekrotik*) atau slough secara alami. Balutan ini bersifat *occlusive*, menciptakan lingkungan hipoksik (minim oksigen) yang mendukung pembentukan pembuluh darah baru (*angiogenesis*). Selain itu, balutan ini tahan air (*waterproof*), menjaga kelembapan luka dan sekitarnya agar tetap stabil, serta melindungi dari kontaminasi air dan bakteri. Dapat digunakan sebagai balutan primer maupun sekunder, dan umumnya diaplikasikan selama 5–7 hari. Indikasi penggunaan: Cocok untuk luka dalam fase epitelisasi dan luka dengan eksudat minimal hingga sedang. Kontraindikasi:

Tidak disarankan untuk luka yang terinfeksi atau luka dengan tingkat keparahan grade III–IV. Contoh produk: *Duoderm Extra Thin, Hydrocoll, Comfeel*.

## 2) *Alginate*

Terbuat dari rumput laut, membentuk gel diatas permukaan luka, mudah diangkat dan dibersihkan, bisa menyerap nyeri, membantu untuk mengangkat jaringan mati, tersedia dalam bentuk lembaran dan pita, kandungan calsium dapat menghentikan perdarahan. Alginate digunakan 26 pada fase pembersihan luka dalam maupun pembukaan, dengan cairan banyak, maupun terkontaminasi karena apat mengatur eksudat luka dan melindungi terhadap kekeringan dengan membentuk gel serta dapat menyerap luka > 20 kali bobotnya. Balutan ini memiliki sifat tidak melekat pada permukaan luka, sehingga tidak menimbulkan rasa sakit saat penggantian. Dapat digunakan hingga 7 hari pemakaian dan diindikasikan untuk luka dengan eksudat sedang hingga berat, seperti luka dekubitus, ulkus diabetikum, luka pasca operasi, luka bakar, serta luka pada area donor kulit. Kontraindikasi: Tidak cocok digunakan pada luka dengan jaringan nekrotik kering atau luka yang tidak mengeluarkan cairan. Contoh produk: *Kaltostat, Sorbalgon, dan Sorbsan*.

## 3) *Film Dressing*

Balutan ini berbentuk semi-permeabel dan dapat digunakan sebagai balutan primer maupun sekunder. Terbuat dari bahan polyurethane transparan yang dilengkapi dengan perekat (adhesive), fleksibel, tidak mudah sobek atau tergores, serta tidak menyerap eksudat. Fungsinya beragam, mulai dari bantalan untuk mencegah luka dekubitus, pelindung area sekitar luka agar tidak mengalami maserasi, hingga penutup untuk area luka yang sulit dijangkau. Balutan ini juga cocok digunakan di atas luka yang telah diberikan salep, serta dapat berfungsi sebagai balutan sekunder. Karena sifatnya yang transparan, luka bisa dipantau tanpa perlu membuka balutan. Selain itu, balutan ini bersifat breathable (dapat

dilalui udara), namun tetap kedap terhadap air dan bakteri—sehingga pasien tetap bisa mandi saat menggunakannya. Indikasi penggunaan: Cocok untuk luka pada fase epitelisasi, luka dengan eksudat rendah, dan luka insisi (sayatan operasi). Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada luka yang terinfeksi atau yang menghasilkan banyak eksudat. Contoh produk: Tegaderm, Opsite, Mefilm

#### 4) *Foam dressing*

Balutan ini berfungsi untuk menyerap eksudat luka dalam jumlah sedang hingga banyak. Memiliki permukaan yang tidak menempel pada luka, sehingga membantu menjaga kelembapan area luka dan melindunginya dari kontaminasi serta mencegah masuknya bakteri dan cairan dari luar. Penggantian balutan dapat dilakukan tanpa menimbulkan rasa sakit atau kerusakan jaringan. Balutan ini fleksibel karena dapat digunakan sebagai balutan primer maupun sekunder, dengan durasi penggunaan antara 5 hingga 7 hari. Dirancang sebagai lapisan kontak luka yang tidak melekat (non-adherent wound contact layer), memiliki daya serap tinggi, serta bersifat semi-permeabel. Indikasi penggunaan: Cocok untuk luka dengan eksudat sedang hingga berat. Kontraindikasi: Tidak dianjurkan untuk luka dengan eksudat yang sangat sedikit atau luka yang mengandung jaringan nekrotik berwarna hitam. Contoh produk: Cutinova, Lyofoam, Tielle, Allevyn, dan Versiva.

#### e. Proses penyembuhan luka

Proses penyembuhan luka menurut (CWCCA, 2022) dibagi menjadi tiga tahap yaitu inflamasi, rekonstruksi dan maturase. Berikut merupakan penjelasan lebih detail mengenai 3 tahap tersebut :

##### 1) Inflamansi

Fase ini dimulai sesaat setelah tubuh mengalami luka atau trauma. Pada tahap awal, pembuluh kapiler di sekitar luka menyempit, dan trombosit langsung bekerja untuk menghentikan perdarahan melalui proses yang disebut hemostasis. Setelah itu, tubuh mulai

mengaktifkan sistem pertahanan alaminya. Sel-sel darah putih, seperti polimorfonuklear leukosit (polimorfs), bertugas menjaga luka agar tidak terinfeksi oleh bakteri. Sementara itu, makrofag—semacam "pembersih" alami tubuh—akan mengangkat jaringan mati dan kotoran (debris) dari area luka, agar proses penyembuhan bisa berjalan lancar. Proses ini biasanya berlangsung sejak hari pertama hingga hari ketiga setelah luka terjadi.

## 2) Rekonstruksi

Fase ini terbagi menjadi dua tahap utama: fase destruktif dan fase proliferasi (atau fibroblastik). Pada tahap awal, sel-sel pertahanan tubuh seperti polimorfs dan makrofag bekerja sama membersihkan luka. Mereka menelan dan menghancurkan bakteri patogen serta membersihkan sisa-sisa jaringan mati (debris) melalui proses fagositosis, sehingga area luka menjadi lebih bersih dan siap untuk proses penyembuhan. Setelah itu, makrofag juga membantu merangsang selfibroblast, yaitu sel yang bertugas membentuk kolagen—komponen penting dalam pembentukan jaringan baru. Di saat yang sama, proses angiogenesis atau pembentukan pembuluh darah baru juga mulai berlangsung untuk memasok oksigen dan nutrisi ke jaringan baru. Selanjutnya, sel-sel epitel mulai bermigrasi dan menyebar menutupi permukaan luka yang mulai terbentuk jaringan granulasi. Di fase ini juga terjadi kontraksiluka, di mana ukuran luka secara bertahap mengecil sebagai bagian dari proses rekonstruksi jaringan. Fase ini umumnya berlangsung dari hari ke-3 hingga hari ke-21 setelah luka terjadi

## 3) Maturasi

Ini adalah fase *remodeling* atau pematangan luka, yang berperan penting dalam memperkuat jaringan baru agar mendekati kondisi kulit normal. Selama fase ini, kolagen yang sebelumnya terbentuk mulai tersusun lebih rapi dan terorganisir di area luka. Penataan

ini membantu meningkatkan kekuatan dan elastisitas jaringan, sehingga luka menjadi lebih kuat dan tidak mudah terbuka kembali. Fase maturasi ini berjalan secara bertahap dan bisa berlangsung cukup lama, dimulai dari sekitar hari ke-21 hingga bisa mencapai 3 tahun, tergantung pada kondisi luka dan respons penyembuhan masing-masing individu

f. Faktor yang menghambat penyembuhan luka

Ada beberapa faktor yang menghambat penyembuhan luka yaitu :

Tabel 2. 3 Faktor yang menghambat penyembuhan luka

No	Faktor	Efek pada penyembuhan luka
1.	Lingkungan luka yang kering	a. Memungkinkan sel-sel epitelial mengering dan mati b. Mengganggu migrasi epitelial melewati permukaan luka
2	Penyakit diabetes	a. Menghambat sintesa kolagen b. Mengganggu sirkulasi dan pertumbuhan kapilaria c. Hiperglikemis mengganggu fagositosis d. Hambatan terhadap sekresi insulin akan mengakibatkan peningkatan gula darah, sehingga nutrisi tidak dapat masuk kedalam sel
3	Gangguan sirkulasi	a. Mengurangi suplai nutrisi pada area luka b. Menghambat respon inflamasi dan pengangkatan debris pada area luka
4	Infeksi	a. Meningkatkan inflamasi b. Meningkatkan kerusakan jaringan
5	Akumulasi cairan	a. Akumulasi pada area luka, menghambat jaringan mendekat

## 2. Analisis Jurnal

Tabel 2. 4 Analisis Jurnal

<b>Metode Analisis Jurnal (PICO)</b>	<b>Jurnal 1</b>	<b>Jurnal 2</b>	<b>Jurnal 3</b>	<b>Jurnal 4</b>	<b>Jurnal 5</b>
Judul	Innovative Functional Biomaterials as Therapeutic Wound Dressings for Chronic Diabetic Foot Ulcers Tahun 2023	Hydrogel Wound Dressings for Diabetic Foot Ulcer Treatment: Status-Quo, Challenges, and Future Perspectives Tahun 2023	Perawatan Luka Modern pada Pasien Ulkus Diabetikum: Sebuah Studi Kasus Intervensi Keperawatan Tahun 2023	Perawatan Keluarga dengan Moist Wound Dressing pada Ulkus Diabetikum Tahun 2023	Gambaran Wound Care (Modern Dressing) dalam Mengatasi Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan Ulkus Diabetikum (Studi Kasus) Tahun 2025
Penerbit	Jessica Da Silva, Ermelindo C. Leal, Eugénia Carvalho, Eduardo A. Silva	Anthony Ko, Caizhi Liao	Riza Nuraeni Putri, Nur Hidayat, Dedi Supriadi, Henri Setiawan	Kipa Jundapri, Rahmad Purnama, Suharto	Nina Aliefia Hamidah, Maksun
P (Problem/ Population)	Problem: Diabetic Foot Ulcers (DFUs) terjadi pada 15–25% penderita diabetes dan menjadi penyebab utama amputasi non-traumatik di seluruh dunia. DFUs merupakan luka kompleks yang	Problem: Diabetic foot ulcers (DFU) adalah komplikasi serius diabetes mellitus yang menyebabkan luka kronis, infeksi, gangren, hingga amputasi, dengan prevalensi	Problem: Ulkus diabetikum adalah luka kronis terbuka pada pasien DM yang sulit sembuh, akibat hiperglikemia, neuropati, dan gangguan vaskuler. Luka	Problem: Diabetes mellitus dapat menyebabkan komplikasi serius seperti ulkus diabetikum akibat hiperglikemia kronis, neuropati, dan gangguan vaskular. Luka ulkus diabetikum	Problem: Ulkus diabetikum adalah luka kronis akibat komplikasi diabetes mellitus, ditandai dengan nekrosis jaringan, peningkatan risiko infeksi, gangguan sirkulasi darah, hingga risiko sepsis

	<p>disebabkan oleh hiperglikemia kronis, neuropati perifer, penyakit arteri perifer (PAD), hipoksia, dan gangguan angiogenesis. Kondisi ini memperlambat atau menghentikan proses penyembuhan luka</p> <p>Populasi: Penderita diabetes mellitus dengan komplikasi luka kaki diabetik (diabetic foot ulcer) kronik.</p>	<p>sekitar 15% pada pasien diabetes.</p> <p>Populasi: Pasien dengan diabetes mellitus yang mengalami diabetic foot ulcers.</p>	<p>cenderung berkembang menjadi infeksi berat dan meningkatkan risiko amputasi.</p> <p>Populasi: Pasien laki-laki (Tn. J), usia 67 tahun, menderita diabetes mellitus selama 25 tahun, mengalami ulkus diabetikum grade 3 pada kaki kirinya.</p>	<p>sulit sembuh dan meningkatkan risiko infeksi hingga amputasi apabila tidak ditangani dengan tepat.</p> <p>Populasi: Pasien diabetes mellitus tipe 2 dengan ulkus diabetikum, perempuan berusia &gt;30 tahun yang dirawat dengan pendekatan asuhan keperawatan keluarga.</p>	<p>dan kematian jika tidak tertangani dengan tepat.</p> <p>Populasi: Pasien dewasa usia 40–70 tahun dengan ulkus diabetikum (studi kasus pada pasien laki-laki, usia 70 tahun, dirawat di RSUD dr. Gondo Suwarno).</p>
I (Intervention)	<p>Penggunaan bahan biomaterial fungsional sebagai balutan luka (wound dressings) inovatif untuk memperbaiki penyembuhan luka kronis. Biomaterial yang digunakan meliputi bahan alami (seperti alginat,</p>	<p>Penggunaan hydrogel wound dressings – yaitu balutan luka berbasis jaringan polimer hidrofilik tiga dimensi, yang mempertahankan kelembapan luka, mendukung migrasi sel,</p>	<p>Intervensi yang diberikan kepada Tn. J berupa perawatan luka modern wound dressing selama dua minggu dari tanggal 30 Mei hingga 12 Juni 2023. Prosedur intervensi ini</p>	<p>Intervensi yang dilakukan pada pasien I dan pasien II adalah penerapan moist wound dressing. Penerapan moist wound dressing pasien I dimulai 16 Mei 2022 sampai</p>	<p>Intervensi yang dilakukan untuk pengelolaan pada pasien ulkus diabetikum yaitu perawatan luka dengan pendekatan modern dressing berbahan alginate, dilakukan dengan teknik steril,</p>

	<p>selulosa, kitosan, kolagen, dekstran, fibrin, gelatin, asam hialuronat) dan bahan sintetis. Biomaterial ini dapat meningkatkan lingkungan penyembuhan luka dengan sifat biokompatibilitas, biodegradabilitas, kemampuan menahan kelembaban, antimikroba, dan mendukung regenerasi jaringan</p>	<p>angiogenesis, mempercepat regenerasi jaringan, serta dapat mengantarkan agen antimikroba atau faktor pertumbuhan untuk mempercepat penyembuhan.</p>	<p>meliputi pembersihan luka menggunakan larutan NaCl steril, debridemen jaringan nekrotik dengan teknik steril, aplikasi salep Metcovazin yang mengandung chitosan dan zinc oxide untuk menjaga kelembapan dan mempercepat autolisis jaringan mati, serta penggunaan balutan luka modern berbahan polimer seperti hydrogel dan alginate. Perawatan dilakukan secara rutin setiap pagi selama 14 hari berturut-turut.</p>	<p>dengan 18 Mei 2022 dan pada pasien II dimulai 18 Mei 2022 sampai dengan 21 Mei 2022. Prosedur ini meliputi pembersihan luka dengan larutan saline, penggunaan balutan lembab (moist dressing seperti hydrogel atau hydrocolloid), edukasi keluarga tentang perawatan luka steril, dan pemantauan perubahan kondisi luka setiap kali mengganti balutan selama 7 hari.</p>	<p>mengganti balutan setiap hari, membersihkan jaringan luka, menghilangkan slough, mempertahankan kelembapan luka, serta mencegah infeksi. Intervensi ini dilakukan selama 3 hari mulai 2 Juni 2024 – Selasa 4 Juni 2024</p>
C (Comparation)	<p>Penelitian yang dilakukan Faraji</p>	<p>Penelitian yang dilakukan</p>	<p>Penelitian yang dilakukan Yu</p>	<p>Rahimi (2023) melakukan</p>	<p>Babamiri (2024) melakukan penelitian</p>



	(2023)menggunakan salep madu, terapi larva dan silver alginate dressings untuk mengatasi ulkus diabetikum. Intervensi ini dilakukan kepada pasien berusia 70 tahun dengan riwayat diabetes selama 15 tahun. Penyembuhan luka ulkus menggunakan metode ini dilakukan selama 6 bulan dan didapatkan hasil bahwa kombinasi salep madu, terapi larva dan silver alginate dressings dapat dilakukan pada penderita ulkus diabetikum,	Sharma(2021) dengan judul <i>Efficacy of hyperbaric oxygen therapy for diabetic foot ulcer</i> dilakukan dengan metode kuantitatif. Hasil yang diperoleh ialah terapi oksigen hiperbarik dapat mengatasi luka ulkus diabetikum. Metode ini dapat menyembuhkan ulkus diabetikum dalam waktu kurang lebih 12 bulan	(2023) kepada pasien ulkus diabetikum menggunakan stem cell secara topikal dan injeksi menghasilkan bahwa metode tersebut efektif menyembuhkan luka dalam jangka waktu 4-12 bulan	penelitian kepada dua pasien yang mengalami ulkus diabetikum selama dua tahun. Penelitian ini menggunakan skin graft dan manggot therapy untuk menyembuhkan luka ulkus dan didapatkan hasil bahwa luka dapat sembuh setelah pemberian intervensi selama 2 bulan	kepada penderita ulkus diabetikum yang berusia 46 tahun dengan luka ulkus pada kaki kanan dengan lebar 7 cm, terdapat edema, tanda infeksi dan jaringan nekrotik di sekitar luka. Penelitian ini dilakukan selama 3 bulan dan didapatkan hasil bahwa luka ulkus sepenuhnya sembuh.
O (Outcome)	Biomaterial sebagai balutan luka (wound dressings) dapat meningkatkan penyembuhan luka dengan memperbaiki	Metode wound dressing dengan hydrogel berkontribusi besar dalam mempercepat	Hasil pengkajian perawatan Tn. J selama dua minggu dari tanggal 30 Mei hingga 12 Juni	Setelah dilakukan tindakan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien I dan pasien	Setelah 3 hari dilakukan perawatan, terjadi perbaikan integritas kulit dan jaringan: luka menjadi lebih kecil

	<p>angiogenesis, mengurangi inflamasi kronik, mencegah infeksi mikroba, dan mempercepat re-epitelisasi luka dibandingkan terapi standar. Penggunaan biomaterial menghasilkan lingkungan luka yang lebih kondusif untuk regenerasi jaringan dan menurunkan risiko amputasi</p>	<p>penyembuhan luka diabetes. Penggunaan hydrogel dressing menciptakan lingkungan luka yang lembap, yang berfungsi untuk mendukung proses regenerasi jaringan melalui peningkatan migrasi dan proliferasi sel. Lingkungan lembap ini sangat penting karena mencegah luka mengering dan membentuk krusta, sehingga mempercepat tahapan penyembuhan.</p>	<p>2023 menunjukkan terjadi perbaikan signifikan pada kondisi luka pasien. Luka menunjukkan granulasi, luka semakin memerah dan mengecil.</p>	<p>ke II dimulai 16 Mei 2022 sampai dengan 18 Mei 2022 dan pada pasien II dimulai 18 Mei 2022 sampai dengan 21 Mei 2022 maka di dapatkan evaluasi yaitu hasil keadaan luka ulkus diabetikum yang dimiliki pasien I ada perubahan yaitu 3 cm dengan kedalaman luka 0,3 cm, sebagian ketebalan kulit mulai timbul membentuk jaringan epidermis dan dermis, jumlah eksudat kurang lebih 0,5 cc, warna kulit sekitar luka merah seperti pembentukan jaringan baru, keadaan luka bersih</p>	<p>(dari <math>6 \times 3,5</math> cm ke <math>6 \times 2,5</math> cm), jaringan baru mulai terbentuk, slough hilang, tidak ada perdarahan, kulit sekitar luka tidak kemerahan, dan nyeri berkurang secara signifikan</p>
--	---	--	---	--	---

				<p>namun masih ada sedikit jaringan mati di tengah luka. Sedangkan pada pasien II yaitu 3 cm panjang, 2 cm lebar dan kedalamannya 0,3 cm, jumlah eksudat kurang lebih 0,5 cc, warna kulit sekitar luka merah seperti pembentukan jaringan baru, keadaan luka bersih. Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, perfusi jaringan membaik, keadaan luka membaik dan menunjukkan terjadi proses penyembuhan luka.</p>	
--	--	--	--	---	--

### **BAB III**

## **METODOLOGI KARYA TULIS AKHIR**

### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Karya tulis akhir ini menggunakan metode kualitatif, yaitu suatu prosedur penelitian yang menggunakan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan pelaku yang dapat diamati (Sugiyono, 2020). Karya tulis akhir ini menggunakan jenis rancangan penelitian deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan mendeskripsikan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Studi kasus merupakan rancangan penelitian deskriptif yang mencakup pengkajian suatu unit penelitian secara intensif misalnya satu Partisipan, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Harahap, 2018). Karya tulis akhir ini mendeskripsikan tentang penerapan perawatan luka modern dressing pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit di ruangan central pria RSUP Mdjamil Padang.

### **B. Waktu dan Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Ruang rawat central pria RS M.Djamil Tahun 2025. Proses penerapan intervensi EBN teknik modern dressing ini dilakukan mulai tanggal 21 April sampai – 10 Mei 2025.

### **C. Prosedur Pemilihan Intervensi EBN**

Metode pencarian artikel dalam penelitian ini dilakukan melalui Google Scholar. Kriteria pencarian difokuskan pada jurnal yang telah terindeks secara nasional maupun internasional dan diterbitkan dalam rentang waktu lima tahun terakhir. Pencarian dilakukan dengan menggunakan kata kunci tertentu yang relevan dengan topik penelitian yaitu : Perawatan Luka metode *modern dressing*, ulkus diabetikum, dan Gangguan Integritas Kulit.

## D. Populasi dan Sampel

### 1. Populasi

Populasi merupakan subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Sugiyono, 2020). Populasi dalam karya tulis akhir ini yaitu pasien ulkus diabetikum yang mengalami gangguan integritas kulit dengan tindakan perawatan luka modern dressing di ruang central pria RSUP Mdjamil Padang.

### 2. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2019). Sampel dalam karya tulis akhir adalah dua pasien post operasi debridemen ulkus diabetikum yang mengalami gangguan integritas kulit dengan tindakan perawatan luka modern dressing di ruang central pria RSUP Mdjamil Padang. Sampel didapatkan dari *accidental sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria penelitian yang akan dilakukan dalam penelitian ini adalah :

#### a) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dalam suatu populasi yang akan diteliti. Berikut merupakan kriteria inklusi dari penelitian ini :

- 1) Pasien bersedia menjadi responden.
- 2) Pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit.
- 3) Pasien ulkus diabetikum yang sudah kooperatif dan sudah bisa berkomunikasi secara verbal dengan cukup baik.
- 4) Pasien ulkus diabetikum dengan masalah gangguan integritas kulit yang berada di Ruang central pria RSUP Mdjamil Padang.

#### b) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena dapat mengganggu pengukuran maupun interpretasi hasil. Berikut merupakan kriteria eksklusi dari penelitian ini:

- 1) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden.

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

## **E. Jenis dan Teknik Pengumpulan Data**

### **1. Jenis Data**

Data yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini terdiri dari dua jenis, yaitu data primer dan data sekunder:

#### **a. Data Primer**

Dalam suatu penelitian adalah data-data yang diperoleh langsung dari sumbernya dengan melakukan pengukuran, menghitung sendiri dalam bentuk angket, observasi, wawancara dan lain-lain. Pada karya tulis akhir ini data primer didapatkan dari melakukan pengkajian yang dilakukan dengan wawancara langsung dengan klien dimulai dari format pengkajian keluarga yang terdiri dari : identitas pasien, riwayat kesehatan (riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga), riwayat psikososial dan spiritual, pola kebiasaan sehari-hari, pengkajian status mental, dan pengkajian lingkungan.

#### **b. Data Sekunder**

Data sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung dari orang lain, seperti profil, buku pedoman/pustaka. Data sekunder pada karya tulis akhir ini diperoleh dari profil kesehatan Indonesia tahun 2024, profil kesehatan Sumatera Barat tahun 2024, profil kesehatan Padang tahun 2024, dan data yang didapatkan di RSUP Mdjamil Padang

### **2. Metode Pengumpulan Data**

Menurut Sugiyono (2020) pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam sebuah penelitian. Metode pengumpulan data menggunakan metode wawancara, edukasi, penerapan dan observasi terstruktur. Pengukuran wawancara terstruktur meliputi strategi yang

memungkinkan adanya suatu kontrol dari pembicaraan sesuai dengan isi yang diinginkan peneliti. Daftar pertanyaan biasanya sudah disusun sebelum wawancara dan ditanyakan secara urut. Observasi terstruktur dimana peneliti secara cermat mendefinisikan apa yang akan diobservasi melalui suatu perencanaan yang matang.

## **F. Instrumen**

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data pada karya tulis akhir profesi Ners ini adalah format pengkajian asuhan keperawatan Medikal Bedah. Instrumen ini digunakan untuk memperoleh informasi seperti biodata, keluhan utama, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, hasil pemeriksaan fisik, format pengkajian luka, serta Standar Prosedur Operasional (SPO).

## **G. Prosedur Karya Tulis Akhir**

Prosedur karya tulis akhir, dilakukan oleh peneliti dengan tahapan :

### **1. Tahapan Persiapan**

Tahapan persiapan yang dilakukan oleh peneliti :

- a. Berdiskusi dengan perseptor akademik mengenai penelitian yang akan dilakukan
- b. Menemui preceptor klinik untuk mengkonfirmasi akan melakukan penelitian di wilayah kerja RSUP Mdjamil Padang.
- c. Menemui perawat penanggung jawab atas kasus post operasi debridemen ulkus diabetikum yang mengalami gangguan integritas kulit dengan tindakan perawatan luka modern dressing.

### **2. Tahapan pelaksanaan penelitian**

- a. Peneliti mendiskusikan bersama kepala rs kriteria inklusi dan eksklusi sampel.
- b. Peneliti melakukan skrining dengan perawat penanggung jawab kasus yang berkaitan dengan topik penelitian.
- c. Peneliti memilih responden menyesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang peneliti tentukan

- d. Setelah dilakukan skrining, peneliti memilih 2 orang sebagai Partisipan dalam peneltian, dengan meminta persetujuan Partisipan, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Jika Partisipan bersedia, peneliti akan meminta tanda-tangan dilembar persetujuan Partisipan
  - e. Partisipan yang telah dipilih, selanjutnya dilakukan pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan dan perencanaan keperawatan, menerapkan impementasi keperawatan, serta melakukan evaluasi keperawatan
3. Tahapan akhir
- Pada tahapan ini peneliti akan melakukan konfirmasi akhir kepada kepala RS bahwasanya peneliti telah selesai melaksanakan penelitian di Ruang Bedah central pria RSUP Mdjamil Padang.

## **H. Analisis Data**

Pengolahan dan analisis data dalam karya tulis akhir profesi Ners ini dilakukan dengan pendekatan analisis data kualitatif. Proses analisis dimulai sejak tahap pengumpulan data di lokasi penelitian hingga seluruh data berhasil dikumpulkan. Data yang diperoleh kemudian dianalisis dengan mengemukakan fakta, membandingkannya dengan teori yang relevan, dan disusun dalam bentuk opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan adalah analisis naratif, yaitu dengan menguraikan hasil jawaban dan pengamatan secara mendalam berdasarkan studi dokumentasi, sebagai bentuk jawaban terhadap rumusan masalah. Adapun tahapan analisis dalam karya ilmiah akhir ini meliputi:

### **1. Reduksi data**

Data hasil wawancara dan observasi yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan disajikan dalam satu transkrip dan dikelompokkan menjadi data-data sesuai dengan yang diperlukan untuk menjawab tujuan penelitian.

### **2. Penyajian data**

Penyajian data disesuaikan dengan rancangan penelitian yang sudah dipilih yaitu rancangan penelitian deskriptif dengan metode pendekatan studi kasus. Data disajikan secara terstruktur atau narasi dan dapat



disertakan dengan ungkapan verbal dari subjek penelitian sebagai data pendukung.

### 3. Kesimpulan

Langkah setelah data disajikan yaitu pembahasan dan membandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan teori secara teoritis dengan perilaku kesehatan, kemudian ditarik kesimpulan dengan metode induksi yang diurutkan sesuai proses keperawatan dan terapi inovasi meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi, hasil analisis pemberian terapi inovasi.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil

Gambaran kasus ini menjelaskan tentang ringkasan pelaksanaan asuhan keperawatan Penerapan Perawatan Luka Modern Dressing Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruang Central Pria RSUP Mjamil Padang pada tanggal 23 April sampai 31 April 2025.

#### 1. Pengkajian keperawatan

Tabel 4. 1 Hasil Pengkajian Keperawatan

	Partisipan 1	Partisipan 2
<b>Identitas Pasien</b>	Pasien atas nama Tn. S berusia 59 tahun dengan tanggal lahir 29-11-65, beragama islam, pendidikan terakhir SLTP, pekerjaan petani dan tinggal di pulau tujuh	Pasien atas nama Tn. D berusia 57 tahun dengan tanggal lahir 26-01-67, beragama islam, pendidikan terakhir SLTP, pekerjaan buruh dan tinggal di padang
<b>Keluhan Utama</b>	Tn. S mengatakan nyeri ulkus diabetikum di tungkai bawah kanan sejak 3 hari yang lalu dengan skala 2 hilang timbul. Pasien mengatakan kekuatan pada ekstermitas bawah menurun, gerakan terbatas dan fisik lemah.	Pasien mengatakan nyeri pada luka kaki kanan dengan skala 3 hilang timbul dirasa sejak 1 bulan lalu. Pasien mengatakan kekuatan otot menurun pada ekstermitas bawah apalagi yang sebelah kanan gerakan terbatas dan fisik lemah.
<b>Riwayat Kesehatan Sekarang</b>	Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 April 2025 pukul 09: 00wib di ruang bedah central pria RSUP dr. M Djamil Padang, nyeri ulkus diabetikum di tungkai bawah kiri dan kanan sejak 3 hari yang lalu, awalnya kaki pasien sembab hilang timbul sejak 3 tahun terakhir. Sejak 3 hari terakhir kulit di tungkai bawah kanan pasien memerah, timbul lepuh dan	Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 26 April 2025 pukul 15.00 wib di ruang bedah central pria RSUP dr. M Djamil Padang, nyeri luka kaki kanan kurang lebih dirasa 1 bulan. Keadaan luka kuarang lebih 8 cm, terdapat push, bau dan balutan luka nerembes. Nyeri (+), panas (+), demam (+). Pasien memiliki riwayat penyakit diabetes millitus sejak 4 tahun lalu awalnya tidak terkontrol

	pecah. Nyeri (+), panas (+), demam (+) dan hilang timbul. Dengan tanda-tanda vital TD: 123/81 mmHg, N: 77x/menit, RR: 18x/menit, S: 36,6°C..	kemudia 2 tahun ini pasien sering kontrol. Dengan tanda-tanda vital TD: 130/82 mmHg, N: 82x/menit, RR: 20x/menit, S: 37,6°C.
<b>Riwayat Kesehatan Dahulu</b>	Pasien pernah dilakukan EVLA tungkai kiri pada November 2024. Pasien memiliki riwayat diabetes 5 tahun yang lalu	Pasien mengatakan mempunyai riwayat kesehatan diabetes millitus sejak 4 tahun lalu.
<b>Riwayat Kesehatan Keluarga</b>	Tn. S mengatakan tidak mengetahui anggota keluarga dengan riwayat kesehatan yang berhubungan.	Pasien mengatakan tidak mengetahui anggota keluarga dengan riwayat kesehatan yang berhubungan.
<b>Kebutuhan oksigen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas.</li> <li>2. Sakit: saat dirawat dirumah sakit pasien tidak ada keluhan sesak nafas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas.</li> <li>2. Sakit: saat dirawat dirumah sakit pasien tidak ada keluhan sesak nafas.</li> </ol>
<b>Kebutuhan Nutrisi dan Cairan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3x/hari. Makanan yang dihabiskan 1 porsi. Nafsu makan baik. Frekuensi minum 6-8x/hari (<math>\pm 1000-2000</math> cc/hari).</li> <li>2. Sakit: Saat dirumah sakit pasien mengahabiskan makanan hanya <math>\frac{1}{2}</math> porsinya. Frekuensi minum 5-7x/hari</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3x/hari. Makanan yang dihabiskan 1 porsi. Nafsu makan baik. Frekuensi minum 6-8x/hari (<math>\pm 1000-2000</math> cc/hari).</li> <li>2. Sakit: Saat dirumah sakit pasien mengahabiskan makanan hanya <math>\frac{1}{2}</math> porsinya. Frekuensi minum 5-7x/hari</li> </ol>
<b>Kebutuhan Eliminasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK <math>\pm 6-8</math></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK <math>\pm 6-8</math></li> </ol>

	<p>x/hari, bewarna kuning jernih, tidak ada keluhan nyeri saat BAK. Pasien mengatakan BAB 1x/hari waran kecoklatan, lunak.</p> <p>2. Sakit: Saat dirumah sakit pasien frekuensi BAK <math>\pm</math> 5-7 x/hari, warna kuning, BAB tidak tentu terkadang 1kali dalam 2 hari.</p>	<p>x/hari, bewarna kuning jernih, tidak ada keluhan nyeri saat BAK. Pasien mengatakan BAB 1x/hari waran kecoklatan, lunak.</p> <p>2. Sakit: Saat dirumah sakit pasien frekuensi BAK <math>\pm</math> 5-7 x/hari, warna kuning, BAB tidak tentu terkadang 1kali dalam 2 hari.</p>
<b>Kebutuhan Istirahat dan Tidur</b>	<p>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada mengalami kesulitan tidur, tidak ada keluhan sering terbangun, tidur siang 1-2 jam dan di malam hari 7-8 jam.</p> <p>2. Sakit: Saat dirumah sakit pasien mengatakan sulit tidur, tidur siang <math>\frac{1}{2}</math> - 1 jam, tidur malam <math>\pm</math> 5-7 jam, pasien mengeluh sering terbangun di malam hari, pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun tidur, ada keluhan sulit tidur karena tidak nyaman dan nyeri.</p>	<p>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada mengalami kesulitan tidur, tidak ada keluhan sering terbangun, tidur siang 1-2 jam dan di malam hari 7-8 jam.</p> <p>2. Sakit: Saat dirumah sakit pasien mengatakan sulit tidur, tidur siang <math>\frac{1}{2}</math> - 1 jam, tidur malam <math>\pm</math> 5-7 jam, pasien mengeluh sering terbangun di malam hari, pasien mengatakan tidak merasa segar saat bangun tidur, ada keluhan sulit tidur karena tidak nyaman dan nyeri.</p>
<b>Kebiasaan aktivitas/mobilitas</b>	<p>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan otot, tidak ada keterbatasan pergerakan, aktivitas dilakukan secara mandiri.</p> <p>2. Sakit: Saat dirumah sakit pasien mengeluh lemah otot, terutama pada ekstermitas bawah, pusing dan terasa lelah setelah beraktivitas, ada keluhan pemenuhan</p>	<p>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada keluhan kelemahan otot, tidak ada keterbatasan pergerakan, aktivitas dilakukan secara mandiri.</p> <p>2. Sakit: Saat dirumah sakit pasien mengeluh lemah otot, terutama pada ekstermitas bawah, pusing dan terasa lelah setelah beraktivitas, ada keluhan pemenuhan kebutuhan</p>

	kebutuhan aktivitas, aktivitas dibantu keluarga dan perawat.	aktivitas, aktivitas dibantu keluarga dan perawat.
<b>Kebutuhan rasa aman dan nyaman</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehat: Sebelum dirawat, pasien mengeluh nyeri di bagian perut dengan skala 4.</li> <li>2. Sakit: Saat dirumah sakit pasien mengeluh nyeri ulkus diabetikum di tungkai kaki kanan, nyeri bertambah jika beraktifitas atau bergerak, nyeri tekan ada, dan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien saat pengkajian yaitu 7, nyeri dirasakan hilang timbul, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, dan pasien tampak lemah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehat: Sebelum dirawat, pasien mengeluh nyeri di bagian luka dengan skala 4.</li> <li>2. Sakit: Saat dirumah sakit pasien mengeluh nyeri pada luka kaki sebelah kanan, nyeri bertambah jika beraktifitas atau bergerak, nyeri tekan ada, dan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien saat pengkajian yaitu 8, nyeri dirasakan hilang timbul, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, dan pasien tampak lemah.</li> </ol>
<b>Kebutuhan personal hygiene</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada kesulitan melakukan personal hygiene</li> <li>2. Sakit: Saat dirawat di rumah sakit pasien dibantu keluarga dan perawat dalam melakukan personal hygiene.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehat: Sebelum sakit pasien mengatakan tidak ada kesulitan melakukan personal hygiene</li> <li>2. Sakit: Saat dirawat di rumah sakit pasien dibantu keluarga dan perawat dalam melakukan personal hygiene.</li> </ol>
<b>Pola aktivitas dan latihan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Makan/minum mandiri</li> <li>b. Mandi dibantu orang lain</li> <li>c. Toileting dibantu orang lain</li> <li>d. Berpakaian mandiri</li> <li>e. Mobilitas di tempat tidur mandiri</li> <li>f. Berpindah mandiri</li> <li>g. Ambulasi/ROM dibantu orang lain</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Makan/minum mandiri</li> <li>b. Mandi dibantu orang lain</li> <li>c. Toileting dibantu orang lain</li> <li>d. Berpakaian mandiri</li> <li>e. Mobilitas di tempat tidur mandiri</li> <li>f. Berpindah mandiri</li> <li>g. Ambulasi/ROM dibantu orang lain</li> </ol>

<b>Pola perceptual</b>	Pasien dapat melihat dalam batas normal, pasien dapat mendengar saat diajak bicara, pasien nafsu makan, pasien dapat merasakan sensasi jika disentuh, tidak ada keluhan.	Pasien dapat melihat dalam batas normal, pasien dapat mendengar saat diajak bicara, pasien nafsu makan, pasien dapat merasakan sensasi jika disentuh, tidak ada keluhan.
<b>Pola persepsi diri</b>	Pasien yakin penyakitnya cobaan dari Allah dan pasien yakin bisa sembuh. Pasien dapat menyebutkan identitas, waktu dan tempat saat pengkajian	Pasien yakin penyakitnya cobaan dari Allah dan pasien yakin bisa sembuh. Pasien dapat menyebutkan identitas, waktu dan tempat saat pengkajian
<b>Pola peran hubungan</b>	Pasien dapat melakukan komunikasi 2 arah dengan baik	Pasien dapat melakukan komunikasi 2 arah dengan baik
<b>Pola manajemen coping stres</b>	Pasien akhir akhir ini merasa badannya lemas sehingga pasien memutuskan untuk ke faskes	Pasien akhir akhir ini merasa badannya lemas sehingga pasien memutuskan untuk ke faskes
<b>Sistem nilai dan keyakinan</b>	Pasien yakin kepada Allah dan pasien selalu berdoa dan beribadah	Pasien yakin kepada Allah dan pasien selalu berdoa dan beribadah
<b>Pemeriksaan Fisik (Keadaan Umum)</b>	Keadaan umum pasien lemas TD : 130/82 mmhg Nadi : 82x/menit RR : 18 x/menit Suhu : 36,5 C SpO2 : 99%	Keadaan umum pasien lemas TD : 130/82 mmhg Nadi : 82x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 37,5 C SpO2 : 99%
<b>(Tingkat Kesadaran)</b>	Kesadaran Pasien Composmentis kooperatif (CMC) GCS : 15 (E4V6M5)	Kesadaran Pasien Composmentis kooperatif (CMC) GCS : 15 (E4V6M5)
<b>(Mata)</b>	Posisi mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sklera anikterik, pupil isokor, tidak ada	Posisi mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sklera anikterik, pupil isokor,

	kesulitan menggerakkan bola mata.	tidak ada kesulitan menggerakkan bola mata.
<b>(Telinga)</b>	Bentuk daun telinga normal, tidak ada lesi, membran timpani utuh, tidak ada serumen berlebih, fungsi pendengaran baik.	Bentuk daun telinga normal, tidak ada lesi, membran timpani utuh, tidak ada serumen berlebih, fungsi pendengaran baik.
<b>(Dada)</b>	I : terlihat simetris kiri dan kanan P : fremitus kiri dan kanan sama P : sonor kiri dan kanan A: terdengar bunyi vesikuler, rh+/-	I : terlihat simetris kiri dan kanan P : fremitus kiri dan kanan sama P : sonor kiri dan kanan A: terdengar bunyi vesikuler, rh+/-
<b>(Jantung)</b>	I : ictus cordis tidak terlihat P : ictus cordis teraba jelas di 1 jari lateral LMC RIC V P : batas kiri : ictus cordis di 1 jari lateral LMC RIC V A : S1-S2 reguler, murmur (-), gallop (-)	I : ictus cordis tidak terlihat P : ictus cordis teraba jelas di 1 jari lateral LMC RIC V P : batas kiri : ictus cordis di 1 jari lateral LMC RIC V A : S1-S2 reguler, murmur (-), gallop (-)
<b>(Abdomen)</b>	I : simetris, bulat, asites (-) A : bising usus terdengar P : tidak terdapat nyeri tekan P : bunyi thympani	I : simetris, bulat, asites (-) A : bising usus terdengar P : tidak terdapat nyeri tekan P : bunyi thympani
<b>(Ekstremitas)</b>	Atas : a. Kanan : dapat digerakkan, CRT < 2 detik, akral hangat b. Kiri : terpasang IVFD RL, dapat digerakkan, CRT < 2 detik, akral hangat Bawah : a. Kanan : dapat digerakkan, kekuatan otot menurun, tidak ada odema, CRT < 2 detik, terdapat ulkus diabetikum b. Kiri : dapat digerakkan, kekuatan otot menurun, tidak ada odema, CRT < 2 detik	Atas : a. Kanan : dapat digerakkan, CRT < 2 detik, akral hangat b. Kiri : terpasang IVFD RL, dapat digerakkan, CRT < 2 detik, akral hangat Bawah : a. Kanan : dapat digerakkan, kekuatan otot menurun, terdapat ulkus diabetikum pada tungkai, tidak ada odema, CRT < 2 detik b. Kiri : dapat digerakkan, kekuatan otot menurun, tidak ada odema, CRT < 2 detik

<p><b>(Pengkajian ulkus)</b></p>	<p>Terdapat ulkus diabetikum pada tungkai lebar luka kurang lebih 5 cm, ulkus derajat 1, tampak warna luka hitam kemerahan, tampak ada luka dengan dasar kuning atau pus atau eksudat sedang, terdapat bau luka sedang tidak menyengat, terdapat luka dengan jaringan nekrotik tampak sedang hitam dan menutupi &gt;25% - 50% bagian luka, tidak ada pembengkakan atau edema, mengeluh nyeri dengan skala 2 saat beraktivitas atau bergerak, CRT &lt; 2 detik</p>	<p>Terdapat ulkus diabetikum pada tungkai, Ulkus derajat I, lebar luka kurang lebih 8 cm, tampak warna luka hitam kemerahan, ada luka dengan dasar kuning atau pus atau eksudat purulen, terdapat bau luka sedang, terdapat luka dengan jaringan nekrotik tampak luas hitam dan menutupi &gt;50% - 75% bagian luka, tidak ada pembengkakan atau edema, mengeluh nyeri dengan skala 3 saat beraktivitas atau bergerak, CRT &lt; 2 detik</p>
<p><b>(Genetalia)</b></p>	<p>Bersih, tidak ada kelainan</p>	<p>Bersih, tidak ada kelainan.</p>
<p><b>Pemeriksaan Penunjang</b></p>	<p>Pemeriksaan lab:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hemoglobin 10.8 g/dL</li> <li>b. Leukosit 6.74 <math>10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>c. Hematocrit 31 %</li> <li>d. Trombosit 167 <math>10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>e. MCV 91 fL</li> <li>f. MCH 31 pg</li> <li>g. MCHC 34 %</li> <li>h. RDW CV 14.9 %</li> <li>i. APTT 49.2 detik</li> <li>j. Albumin 2.5 g/dL</li> <li>k. Globulin 3.3 g/dL</li> <li>l. Total protein 5.8 g/dL</li> <li>m. SGOT 17 U/L</li> <li>n. SGPT 19 U/L</li> <li>o. Kreatinin darah 1.9 mg/dL</li> <li>p. Ureum darah 103 mg/dL</li> <li>q. Gula darah 118 mg/dL</li> </ul> <p>Radiologi:</p> <p>Hasil pemeriksaan EKG didapatkan SR, QRS trste 75 x/i, axis LAD, P wave N,</p>	<p>Pemeriksaan lab:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hemoglobin 10.5 g/dL</li> <li>b. Leukosit 9.31 <math>10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>c. Eritrosit 3,78 <math>10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>d. Hematocrit 30,3 %</li> <li>e. Trombosit 308 <math>10^3/\text{mm}^3</math></li> <li>f. MCV 82,5 fL</li> <li>g. MCH 27,8 pg</li> <li>h. MCHC 34 %</li> <li>i. RDW CV 14.9 %</li> <li>j. APTT 49.2 detik</li> <li>k. Albumin 2.33 g/dL</li> <li>l. Globulin 3.5 g/dL</li> <li>m. Total protein 4.2 g/dL</li> <li>n. SGOT 17 U/L</li> <li>o. SGPT 19 U/L</li> <li>p. Kreatinin darah 1.7 mg/dL</li> <li>q. Ureum darah 108 mg/dL</li> <li>r. Gula darah 125 mg/dL</li> </ul> <p>Radiologi:</p> <p>Hasil pemeriksaan EKG didapatkan SR, QRS trste 75 x/i, axis LAD, P wave N, PR</p>



	<p>PR int 0,20s, ST depresi dengan T inverted V1-V6,I, aVL , LVH (-), RVH (-), CXR : CRT 60 %, Sg Ao melebar, Sg Po N, CW (-), infiltrat (+), kranialisasi (-)</p> <p>Hasil pemeriksaan radiografi thorax didapatkan trakea di tengah, mediastinum superior tidak melebar, aorta baik, jantung posisi normal, ukuran tidak membesar (CTR&lt;50%), kedua hillus tidak melebar, corakan bronkovaskular kedua paru baik, tidak tampak infiltrat maupun nodul di kedua lapangan paru</p> <p>Kesimpulan: Tidak ada kelainan pada hasil radiografi thoraks.</p>	<p>int 0,20s, ST depresi dengan T inverted V1-V6,I, aVL , LVH (-), RVH (-), CXR : CRT 60 %, Sg Ao melebar, Sg Po N, CW (-), infiltrat (+), kranialisasi (-)</p> <p>Hasil pemeriksaan radiografi thorax didapatkan trakea di tengah, mediastinum superior tidak melebar, aorta baik, jantung posisi normal, ukuran tidak membesar (CTR&lt;50%), kedua hillus tidak melebar, corakan bronkovaskular kedua paru baik, tidak tampak infiltrat maupun nodul di kedua lapangan paru</p> <p>Kesimpulan: Tidak ada kelainan pada hasil radiografi thoraks.</p>
<b>Terapi Medis</b>	<p>a. IVFD utosol 500 cc/8 jam</p> <p>b. Heparinsasi bolus 5000, dilanjutkan drip heparin 20.000 IU/24 jam</p> <p>c. Inj.Ampisilin sulbactam 3X1,5 gr</p> <p>d. Inj. Ranitidine 2X50 mg</p> <p>e. Inj. Ketorolac 3X30 mg</p> <p>f. PO paracetamol 3X500 mg</p> <p>g. PO Metformin 2X500 mg</p>	<p>a. Infus NaCl 20 tpm</p> <p>b. Inj. Metronidazole 3X500 mg</p> <p>c. PO Metformin 2X500 mg</p> <p>d. Inj. Omeprazole 2X40 mg</p> <p>e. Inj. Metclopramide 3X10 mg</p> <p>f. Inj. Ketorolac 3X30 mg</p> <p>g. PO paracetamol 3X500 mg</p>

### 3. Analisa data

Tabel 4. 2 Hasil Analisa Data

Diagnosa Keperawatan	Partisipan 1	Partisipan 2
Gangguan integritas kulit/jaringan	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan sejak 3 har lalu</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Terdapat ulkus diabetikum pada tungkai</li> <li>b. lebar luka kurang lebih 4,5 cm,</li> <li>c. ulkus derajat 1,</li> <li>d. tampak warna luka hitam kemerahan,</li> <li>e. tampak ada luka dengan dasar kuning atau pus atau eksudat sedang,</li> <li>f. terdapat bau luka sedang tidak menyengat,</li> <li>g. terdapat luka dengan jaringan nekrotik tampak sedang hitam dan menutupi &gt;25% - 50% bagian luka</li> </ul>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan dirasa sejak 1 bulan lalu</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Terdapat ulkus diabetikum pada tungkai,</li> <li>b. Ulkus derajat I, lebar luka kurang lebih 7 cm,</li> <li>c. tampak warna luka hitam kemerahan,</li> <li>d. ada luka dengan dasar kuning atau pus atau eksudat purulen,</li> <li>e. terdapat bau luka sedang,</li> <li>f. terdapat luka dengan jaringan nekrotik tampak luas hitam dan menutupi &gt;50% - 75% bagian luka</li> </ul>
Nyeri akut	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan</li> <li>- Karakteristik nyeri               <ul style="list-style-type: none"> <li>P : saat beraktivitas atau bergerak</li> <li>Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : pasien mengatakni nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan</li> <li>S : pasien mengatakan nyeri skala 2</li> <li>T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak.</li> </ul> </li> </ul>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan</li> <li>- Karakteristik nyeri               <ul style="list-style-type: none"> <li>P : saat beraktivitas atau bergerak</li> <li>Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>R : pasien mengatakni nyeri luka pada kaki kanan</li> <li>S : pasien mengatakan nyeri skala 3</li> <li>T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak.</li> </ul> </li> </ul>

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 2</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif</li> <li>- TTV : TD : 123/81 mmHg N : 77x/menit RR : 18x/menit S : 36,6°C</li> </ul>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 3</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif</li> <li>- TTV : TD : 130/82 mmHg N : 82x/menit RR : 20x/menit S : 37,6°C</li> </ul>
Gangguan mobilitas fisik	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan susah untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka/ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan saat bergerak</li> <li>- pasien mengatakan jarang beraktivitas saat dirumah karena kaki nyeri saat dibuat aktivitas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien hanya berbaring di atas bed</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Keluarga jarang menggerakan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak</li> <li>- TTV : TD : 123/81 mmHg N : 77x/menit RR : 18x/menit S : 36,6°C</li> <li>- Kekuatan otot menurun  <math display="block">\begin{array}{r l} 5 &amp; 5 \\ \hline 3 &amp; 4 \end{array}</math> </li> </ul>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan susah untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka/ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan saat bergerak</li> <li>- pasien mengatakan jarang beraktivitas saat dirumah karena kaki nyeri saat dibuat aktivitas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien hanya berbaring di atas bed</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Keluarga jarang menggerakan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak</li> <li>- TTV : TD : 130/82 mmHg N : 82x/menit RR : 20x/menit S : 37,6°C</li> <li>- Kekuatan otot menurun  <math display="block">\begin{array}{r l} 5 &amp; 5 \\ \hline 3 &amp; 4 \end{array}</math> </li> </ul>
Ketidakstabilan kadar glukosa darah	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mempunyai riwayat</li> </ul>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mempunyai riwayat</li> </ul>

	diabetes sejak 5 tahun lalu DO : - pasien tampak lemas - gula darah puasa 118 mg/dL - pasien tampak kontrol rutin DM - TTV : TD : 123/81 mmHg N : 77x/menit RR : 18x/menit S : 36,6°C.	diabetes sejak 4 tahun lalu DO : - pasien tampak lemas - gula darah puasa 176 mg/dL - pasien tampak kontrol rutin DM - TTV : TD : 130/82 mmHg N : 82 x/menit RR : 20 x/menit S : 37,6°C.
--	---	---

#### 4. Diagnosa keperawatan

Tabel 4. 3 Diagnosa Keperawatan

Partisipan 1	Partisipan 2
1. D. 0129 Gangguan integritas kulit/jaringan <b>b.d</b> kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan <b>d.d</b> kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan nyeri 2. D.0077 Nyeri akut <b>b.d</b> agen pencedera fisiologis <b>d.d</b> mengeluh nyeri, tampak meringis dan gelisah 3. D. 0054 Gangguan mobilitas fisik <b>b.d</b> kerusakan integritas struktur tulang <b>d.d</b> mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun dan nyeri saat bergerak 4. D.0027 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah <b>b.d</b> gangguan glukosa darah puasa <b>d.d</b> kadar glukosa dalam darah/urine tinggi	1. D. 0129 Gangguan integritas kulit/jaringan <b>b.d</b> kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan <b>d.d</b> kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan nyeri 2. D.0077 Nyeri akut <b>b.d</b> agen pencedera fisiologis <b>d.d</b> mengeluh nyeri, tampak meringis dan gelisah 3. D. 0054 Gangguan mobilitas fisik <b>b.d</b> kerusakan integritas struktur tulang <b>d.d</b> mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun dan nyeri saat bergerak 4. D.0027 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah <b>b.d</b> gangguan glukosa darah puasa <b>d.d</b> kadar glukosa dalam darah/urine tinggi

## 5. Rencana keperawatan

Tabel 4. 4 Rencana Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
<p><b>D.0129</b> Gangguan integritas kulit/jaringan <b>b.d</b> kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan <b>d.d</b> kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan nyeri</p> <p><b>Partisipan 1:</b> DS: - pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan sejak 3 har lalu</p> <p>DO: - Terdapat ulkus diabetikum pada tungkai - lebar luka kurang lebih 4,5 cm, - ulkus derajat 1, - tampak warna luka hitam kemerahan, - tampak ada luka dengan dasar kuning atau pus atau eksudat sedang, - terdapat bau luka sedang tidak menyengat, - terdapat luka dengan jaringan nekrotik tampak sedang hitam dan menutupi &gt;25% - 50% bagian luka</p> <p><b>Partisipan 2:</b> DS: - pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan dirasa sejak 1 bulan lalu</p> <p>DO: - Terdapat ulkus diabetikum pada tungkai, - Ulkus derajat I, lebar luka kurang lebih 7 cm, - tampak warna luka hitam kemerahan,</p>	<p><b>L.14125</b> Integritas Kulit dan Jaringan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> <li>3. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>4. Suhu kulit membaik</li> <li>5. Sensasi membaik</li> <li>6. Tekstur membaik</li> <li>7. Pertumbuhan rambut membaik</li> </ol>	<p><b>I.14564 Perawatan Luka</b></p> <p><b>Observasi</b> - Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) - Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Terapeutik</b> - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Melakukan perawatan luka modern dengan jenis hidrokolid dengan bahan daryant tulle - Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien - Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</p> <p><b>Edukasi</b> - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi</b> Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- ada luka dengan dasar kuning atau pus atau eksudat purulen,</li> <li>- terdapat bau luka sedang,</li> <li>- terdapat luka dengan jaringan nekrotik tampak luas hitam dan menutupi &gt;50% - 75% bagian luka</li> </ul>		
<p><b>D.0077</b> Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis dan gelisah</p> <p><b>Partisipan 1:</b> DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan</li> <li>- Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan S : pasien mengatakan nyeri skala 2 T : hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 2</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif</li> <li>- TTV : TD : 123/81 mmHg N : 77x/menit RR : 18x/menit S : 36,6°C</li> </ul> <p><b>Partisipan 2:</b> DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan</li> </ul>	<p><b>Tingkat nyeri menurun (L.08066)</b> Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun sesuai dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Gelisah menurun</li> <li>5. Kesulitan tidur menurun</li> <li>6. Menarik diri menurun</li> <li>7. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>8. Perasaan depresi (tertekan) menurun</li> <li>9. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>10. Ketegangan otot menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b> <b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>- identifikasi skala nyeri</li> <li>- identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>- identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- berikan tehnik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>- control lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>- fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>- jelaskan strategi meredakan nyeri dengan terapi zikir</li> <li>- ajarkan tehnik non farmakologis erapi</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan S : pasien mengatakan nyeri skala 3 T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 3</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif</li> <li>- TTV : TD : 130/82 mmHg N : 82x/menit RR : 20x/menit S : 37,6°C</li> </ul>		<p>zikir untuk mengurangi rasa nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kolaborasi pemberian analgesik</li> </ul>
<p>Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri d.d pasien sulit berpindah posisi (D.0054)</p> <p><b>Partisipan 1:</b></p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan susah untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka/ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan saat bergerak</li> <li>- pasien mengatakan jarang beraktivitas saat dirumah karena kaki nyeri saat dibuat aktivitas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien hanya berbaring di atas bed</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> </ul>	<p><b>Mobilitas fisik meningkat (L.05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam, maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (L.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi nyeri atau adanya keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi fisik toleransi melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur)</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak</li> <li>- TTV : TD : 123/81 mmHg N : 77x/menit RR : 18x/menit</li> <li>- S : 36,6°C</li> <li>- Kekuatan otot menurun <math display="block">\begin{array}{r l} 5 &amp; 5 \\ \hline 3 &amp; 4 \end{array}</math></li> </ul> <p><b>Partisipan 2:</b> DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan susah untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka/ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan saat bergerak</li> <li>- pasien mengatakan jarang beraktivitas saat dirumah karena kaki nyeri saat dibuat aktivitas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien hanya berbaring di atas bed</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak</li> <li>- TTV : TD : 130/82 mmHg N : 82x/menit RR : 20x/menit</li> <li>- S : 37,6°C</li> <li>- Kekuatan otot menurun <math display="block">\begin{array}{r l} 5 &amp; 5 \\ \hline 3 &amp; 4 \end{array}</math></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan mobilisasi din</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk)</li> </ul>
<p>D.0027 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah <b>b.d</b> gangguan glukosa darah puasa <b>d.d</b> kadar glukosa dalam darah/urine tinggi</p> <p><b>Partisipan 1:</b></p>	<p><b>L.03022</b> <b>Kestabilan kadar glukosa darah</b> Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam,</p>	<p><b>I.I.03115</b> <b>Manajemen Hiperglikemia Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>- Identifikasi</li> </ul>



<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 5 tahun lalu</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemas</li> <li>- gula darah puasa 118 mg/dL</li> <li>- pasien tampak kontrol rutin DM</li> <li>- TTV : TD : 123/81 mmHg N : 77x/menit RR : 18x/menit S : 36,6°C.</li> </ul> <p><b>Partisipan 2:</b></p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 4 tahun lalu</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemas</li> <li>- gula darah puasa 176 mg/dL</li> <li>- pasien tampak kontrol rutin DM</li> <li>- TTV : TD : 130/82 mmHg N : 82 x/menit RR : 20 x/menit S : 37,6°C.</li> </ul>	<p>diharap kestabilan kadarglukosa darah meningkat dengankriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koordinasi meningkat</li> <li>2. Kesadaran meningkat</li> <li>3. Mengantuk menurun</li> <li>4. Pusing menurun</li> <li>5. Lelah/lesu menurun</li> <li>6. Keluhan lapar menurun</li> <li>7. Gemetar menurun</li> <li>8. Berkeringat menurun</li> <li>9. Mulut kering menurun</li> <li>10. Rasa haus menurun</li> <li>11. Perilaku aneh menurun</li> <li>12. Kesulitan bicara menurun</li> <li>13. Kadar glukosa dalam darah membaik</li> <li>14. Kadar glukosa dalam urine membaik</li> <li>15. Palpitasi membaik</li> <li>16. Perilaku membaik</li> <li>17. Jumlah urine membaik</li> </ol>	<p>kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kadar glukosa darah</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li> <li>- Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>- Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</li> </ul>
---	--	--

## 6. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Partisipan 1			Partisipan 2		
Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1. D. 0129 Gangguan integritas kulit/jaringan <b>b.d</b> kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan <b>d.d</b> kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan nyeri					
<b>Kamis / 24 April 2025</b>  <b>Pertemuan 1</b>	Jam: 09.00 1. Memonitor luka (ukuran,warna,eksudat,bau) <b>Hasil :</b> a. lebar luka 4,5 cm, b. warna luka hitam kemerahan c. eksudat sedang d. bau luka sedang tidak menyengat, e. luka dengan jaringan nekrotik tampak sedang hitam dan menutupi >25% - 50% bagian luka 2. Memonitor tanda-tanda infeksi <b>Hasil :</b> skala nyeri (+), kemerahan (+), bengkak (-), panas (-) 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan <b>Hasil :</b> perawat membuka balutan pelan-pelan dan sambil diguyur NaCl	<b>S:</b> - pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan sejak 3 har lalu <b>O:</b> - lebar luka 4,5 cm, - warna luka hitam kemerahan - eksudat sedang - bau luka sedang tidak menyengat, - luka dengan jaringan nekrotik tampak sedang hitam dan menutupi >25% - 50% bagian luka - nyeri (+) - kemerahan (+) - akral hangat - klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan - TTV:	<b>Kamis / 24 April 2025</b>  <b>Pertemuan 1</b>	Jam: 09.00 1. Memonitor luka (ukuran,warna,eksudat,bau) <b>Hasil :</b> a. lebar luka 7 cm, b. warna luka hitam kemerahan c. eksudat purulen d. bau luka sedang tidak menyengat, e. luka dengan jaringan nekrotik tampak luas hitam dan menutupi >50% - 75% bagian luka 2. Memonitor tanda-tanda infeksi <b>Hasil :</b> nyeri (+), kemerahan (+), bengkak (-), panas (+) 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan. <b>Hasil :</b> perawat membuka balutan pelan-pelan dan sambil diguyur NaCl 4. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih	<b>S:</b> - pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan dirasa sejak 1 bulan lalu <b>O:</b> - terdapat luka pada kaki kanan - lebar luka 7 cm, - warna luka hitam kemerahan - eksudat purulen - bau luka sedang tidak menyengat, - luka dengan jaringan nekrotik tampak luas hitam dan menutupi >50% - 75% bagian

	<p>4. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan <b>Hasil</b> : luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl dengan kassa</p> <p>5. Membersihkan jaringan nekrotik <b>Hasil</b> : Luka telah dibersihkan dari jaringan nekrotik menggunakan larutan NaCl 0,9% dan alat steril.</p> <p>6. Melakukan perawatan luka modern dengan teknik hidrocoloid dengan bahan daryant tulle <b>Hasil</b> : memasang modern dressing dengan daryant tulle. Pasien melaporkan tidak ada rasa perih atau panas berlebihan setelah pemasangan</p> <p>7. Memasang balutan sesuai jenis luka <b>Hasil</b> : Balutan foam dressing telah digunakan untuk menyerap eksudat dengan optimal. Luka ditutup dengan teknik yang sesuai, balutan melekat baik dan pasien merasa nyaman</p>	<p>TD : 142/81 mmHg N : 78 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,6°C</p> <p><b>A:</b> Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)</li> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> <li>- Kolaborasi prosedur debridement (mis:</li> </ul>		<p>nontoksik, sesuai kebutuhan. <b>Hasil</b> : luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl dengan kassa</p> <p>5. Membersihkan jaringan nekrotik <b>Hasil</b> : Luka telah dibersihkan dari jaringan nekrotik menggunakan larutan NaCl 0,9% dan alat steril.</p> <p>6. Melakukan perawatan luka modern dengan teknik hidrocoloid dengan bahan daryant tulle <b>Hasil:</b> memasang modern dressing dengan daryant tulle. Pasien melaporkan tidak ada rasa perih atau panas berlebihan setelah pemasangan</p> <p>7. Memasang balutan sesuai jenis luka <b>Hasil</b> : Balutan foam dressing telah digunakan untuk menyerap eksudat dengan optimal. Luka ditutup dengan teknik yang sesuai, balutan melekat baik dan pasien merasa nyaman</p> <p>8. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>	<p>luka</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- akral hangat</li> <li>- klien tampak kesakitan pada luka kaki kanan</li> <li>- TTV: TD : 142/81 mmHg N : 78 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,6°C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>3. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>4. Jelaskan tanda</li> </ol>
--	--	---	--	---	---

	<p>8. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka <b>Hasil</b> : Seluruh prosedur perawatan luka dilakukan dengan teknik steril.</p> <p>9. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <b>Hasil</b> : Jadwal perubahan posisi diterapkan secara konsisten tiap 2 jam. Pasien kooperatif dan tidak menunjukkan peningkatan rasa tidak nyaman. Tidak ditemukan luka tekan baru.</p> <p>10. Memberikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi <b>Hasil</b> : Pasien mengonsumsi suplemen dengan baik dan tidak ada keluhan gastrointestinal.</p>	enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu		<p><b>Hasil</b> : Seluruh prosedur perawatan luka dilakukan dengan teknik steril.</p> <p>9. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <b>Hasil</b> : Jadwal perubahan posisi diterapkan secara konsisten tiap 2 jam. Pasien kooperatif dan tidak menunjukkan peningkatan rasa tidak nyaman. Tidak ditemukan luka tekan baru.</p> <p>10. Memberikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi <b>Hasil</b> : Pasien mengonsumsi suplemen dengan baik dan tidak ada keluhan gastrointestinal.</p>	<p>dan gejala infeksi</p> <p>5. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>6. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>7. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</p>
<p><b>Sabtu / 25 April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 2</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Memonitor luka (ukuran, warna, eksudat, bau) <b>Hasil</b> :</p> <p>a. Tampak lebar luka masih 4,5 cm,</p> <p>b. Tampak warna luka masih hitam kemerahan</p>	<p><b>S:</b></p> <p>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan sejak 3 hari lalu hilang timbul</p> <p><b>O:</b></p>	<p><b>Sabtu / 25 April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 2</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Memonitor luka (ukuran, warna, eksudat, bau) <b>Hasil</b> :</p> <p>a. Tampak lebar luka masih 6,5 cm,</p> <p>b. Tampak warna luka masih hitam kemerahan</p>	<p><b>S:</b></p> <p>- pasien mengatakan nyeri pada luka kaki sebelah kanan</p> <p><b>O:</b></p> <p>- terdapat luka</p>

	<p>c. Tampak eksudat masih sedang</p> <p>d. bau luka masih sedang tidak menyengat,</p> <p>e. Tampak luka masih terdapat jaringan nekrotik tampak sedang hitam dan menutupi &gt;25% - 50% bagian luka</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi <b>Hasil</b> : Tidak ditemukan tanda infeksi lokal seperti eritema, edema, nyeri tekan meningkat, atau demam. Suhu tubuh dalam batas normal (36,8°C).</p> <p>3. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <b>Hasil</b> : Pasien dibantu dan diingatkan untuk mengubah posisi setiap 2 jam. Tidak ditemukan luka tekan baru dan kenyamanan pasien tetap terjaga.</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi <b>Hasil</b> : Pasien diberikan edukasi mengenai gejala infeksi seperti kemerahan, nyeri, bengkak, pus, dan</p>	<p>- Tampak lebar luka masih 4,5 cm,</p> <p>- Tampak warna luka masih hitam kemerahan</p> <p>- Tampak eksudat masih sedang</p> <p>- bau luka masih sedang tidak menyengat,</p> <p>- Tampak luka masih terdapat jaringan nekrotik tampak sedang hitam dan menutupi &gt;25% - 50% bagian luka</p> <p>- akral hangat</p> <p>- klien terkadang tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan</p> <p>- TTV: TD : 123/81 mmHg N : 77 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,5°C</p> <p><b>A:</b> Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>		<p>c. Tampak eksudat masih purulen</p> <p>d. bau luka masih sedang tidak menyengat,</p> <p>e. Tampak luka masih terdapat jaringan nekrotik tampak luas hitam dan menutupi &gt;50% - 75% bagian luka</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi <b>Hasil</b> : nyeri (+), kemerahan(+), panas (-), bengkak (-).</p> <p>3. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien <b>Hasil</b> : Pasien dibantu dan diingatkan untuk mengubah posisi setiap 2 jam. Tidak ditemukan luka tekan baru dan kenyamanan pasien tetap terjaga.</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi <b>Hasil</b> : Pasien diberikan edukasi mengenai gejala infeksi seperti kemerahan, nyeri, bengkak, pus, dan demam. Pasien mampu mengulang kembali informasi dengan benar dan</p>	<p>pada kaki kanan tertutup balutan</p> <p>- Tampak lebar luka masih 6,5 cm,</p> <p>- Tampak warna luka masih hitam kemerahan</p> <p>- Tampak eksudat masih purulen</p> <p>- bau luka masih sedang tidak menyengat,</p> <p>- Tampak luka masih terdapat jaringan nekrotik tampak luas hitam dan menutupi &gt;50% - 75% bagian luka</p> <p>- nyeri (+)</p> <p>- kemerahan (+)</p> <p>- panas (-)</p> <p>- akral hangat</p> <p>- klien terkadang tampak kesakitan pada</p>
--	---	--	--	---	--

	<p>demam. Pasien mampu mengulang kembali informasi dengan benar dan menunjukkan pemahaman baik.</p> <p>5. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein  <b>Hasil</b> : Pasien dianjurkan untuk meningkatkan asupan makanan seperti telur, daging, ikan, serta minum susu tinggi protein. Pasien menyatakan bersedia mengikuti anjuran tersebut dan menunjukkan peningkatan nafsu makan</p> <p>6. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri  <b>Hasil</b> : Pasien dan keluarga diajarkan cara membersihkan luka dengan NaCl, mengoleskan salep, dan memasang balutan sederhana. Keluarga dapat mendemonstrasikan 70embali prosedur dengan benar</p> <p>7. Mengkolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>- Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>- Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>- Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> </ul>		<p>menunjukkan pemahaman baik.</p> <p>5. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein  <b>Hasil</b> : Pasien dianjurkan untuk meningkatkan asupan makanan seperti telur, daging, ikan, serta minum susu tinggi protein. Pasien menyatakan bersedia mengikuti anjuran tersebut dan menunjukkan peningkatan nafsu makan</p> <p>6. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri  <b>Hasil</b> : Pasien dan keluarga diajarkan cara membersihkan luka dengan NaCl, mengoleskan salep, dan memasang balutan sederhana. Keluarga dapat mendemonstrasikan 70embali prosedur dengan benar</p> <p>7. Mengkolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu  <b>Hasil</b> : untuk saat ini masih memonitor keadaan luka</p>	<p>luka kaki kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV:  TD : 125/88 mmHg  N : 77 x/menit  RR : 20 x/menit  S : 36,8°C</li> </ul> <p><b>A:</b>  Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <p><b>P:</b>  Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li> </ol>
--	--	--	--	---	---

	<p>perlu</p> <p>8. <b>Hasil</b> : untuk saat ini keadaa luka masih baik jadi tidak dilakukan prosedur debridement</p>			<p>masih baik jadi tidak dilakukan prosedur debridement</p>	<p>4. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</p> <p>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>6. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
<p><b>Senin / 28 April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 3</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Memonitor luka (ukuran,warna,eksudat,bau)</p> <p><b>Hasil</b> :</p> <p>a. Tampak lebar luka berkurang menjadi 4 cm,</p> <p>b. Tampak warna luka kemerahan</p> <p>c. Tampak eksudat sedikit</p> <p>d. bau luka ringan</p> <p>e. Tampak luka masih terdapat jaringan nekrotik tampak sedikit hitam dan menutupi &lt;25% bagian luka</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Hasil</b> : Tidak ditemukan tanda infeksi lokal seperti eritema, edema, nyeri tekan</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan sejak 3 hari lalu hilang timbul</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan</li> <li>- Tampak lebar luka masih 4 cm,</li> <li>- Tampak warna luka kemerahan</li> <li>- Tampak eksudat sedikit</li> <li>- Bau luka ringan</li> <li>- Tampak luka masih terdapat jaringan</li> </ul>	<p><b>Senin / 28 April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 3</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Memonitor karakteristik luka (ukuran,warna,eksudat,bau)</p> <p><b>Hasil</b> :</p> <p>a. Tampak lebar luka berkurang menjadi 6cm,</p> <p>b. Tampak warna luka masih hitam kemerahan</p> <p>c. Tampak eksudat masih purulen</p> <p>d. bau luka masih sedang tidak menyengat,</p> <p>e. Tampak luka terdapat jaringan nekrotik tampak sedang hitam dan menutupi &gt;25% - 50% bagian luka</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Hasil</b> :nyeri (+), kemerahan(+), panas (-), bengkak (-).</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri pada luka dikaki sebelah kanan hilang timbul</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- terdapat luka pada kaki kanan tertutup balutan</li> <li>- Tampak lebar luka berkurang menjadi 6 cm,</li> <li>- Tampak warna luka masih</li> </ul>

	<p>meningkat, atau demam. Suhu tubuh dalam batas normal (36,8°C).</p> <p>3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan <b>Hasil</b> : perawat membuka balutan pelan-pelan dan sambil diguyur NaCl</p> <p>4. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan <b>Hasil</b> : luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl dengan kassa</p> <p>5. Membersihkan jaringan nekrotik <b>Hasil</b> : Luka telah dibersihkan dari jaringan nekrotik menggunakan larutan NaCl 0,9% dan alat steril.</p> <p>6. Melakukan perawatan luka modern dengan teknik hidrocoloid dengan bahan daryant tulle <b>Hasil</b> : memasang modern dressing dengan daryant tulle. Pasien melaporkan tidak ada rasa perih atau panas berlebihan setelah pemasangan</p>	<p>nekrotik tampak sedikit hitam dan menutupi &lt;25% bagian luka</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral hangat</li> <li>- Klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan menurun</li> <li>- Luka tampak tertutup balutan</li> <li>- TTV: TD : 129/78 mmHg N : 80 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,7°C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul>	<p>3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan <b>Hasil</b> : perawat membuka balutan pelan-pelan dan sambil diguyur NaCl</p> <p>4. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan <b>Hasil</b> : luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl dengan kassa</p> <p>5. Membersihkan jaringan nekrotik <b>Hasil</b> : Luka telah dibersihkan dari jaringan nekrotik menggunakan larutan NaCl 0,9% dan alat steril.</p> <p>6. Memasang daryant tulle <b>Hasil</b> : memasang modern dressing dengan daryant tulle. Pasien melaporkan tidak ada rasa perih atau panas berlebihan setelah pemasangan</p> <p>7. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka <b>Hasil</b> : Seluruh prosedur perawatan luka dilakukan dengan teknik steril.</p>	<p>hitam kemerahan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak eksudat masih purulen</li> <li>- bau luka masih sedang tidak menyengat,</li> <li>- Tampak luka terdapat jaringan nekrotik tampak sedang hitam dan menutupi &gt;25% - 50% bagian luka</li> <li>- akral hangat</li> <li>- klien tampak kesakitan saat dibersihkan lukanya</li> <li>- luka tampak tertutup balutan</li> <li>- TTV: TD : 140/78 mmHg N : 76 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,7°C</li> </ul> <p><b>A:</b></p>
--	---	---	---	---



	<p>7. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p><b>Hasil :</b> Seluruh prosedur perawatan luka dilakukan dengan teknik steril.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</li> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul>			<p>Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)</li> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</li> </ul>
--	--	---	--	--	---

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul>
<b>Rabu / 30 April 2025</b>  <b>Pertemuan 4</b>	Jam: 09.00 1. Memonitor luka (ukuran, warna, eksudat, bau) <b>Hasil :</b> a. Tampak lebar luka berkurang menjadi 3,5 cm, b. Tampak warna luka masih kemerahan c. Tampak eksudat tampak mulaidikit d. bau luka mulai ringan tidak menyengat, e. Tampak luka terdapat jaringan nekrotik tampak sedikit hitam dan menutupi <25% bagian luka 2. Memonitor tanda-tanda infeksi	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan sejak 3 hari lalu hilang timbul</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan</li> <li>- Terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan</li> <li>- Tampak lebar luka berkurang menjadi 3,5 cm,</li> </ul>	<b>Rabu / 30 April 2025</b>  <b>Pertemuan 4</b>	Jam: 09.00 1. Memonitor luka (ukuran, warna, eksudat, bau) <b>Hasil :</b> a. Tampak lebar luka tampak berkurang menjadi 5,5 cm, b. Tampak warna luka mulai kemerahan c. Tampak eksudat sedang d. bau luka mulai ringan tidak menyengat, e. Tampak luka terdapat jaringan nekrotik menjadisedang hitam dan menutupi >25% - 50% bagian luka 2. Memonitor tanda-tanda infeksi	<b>S:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan berkurang</li> </ul> <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Tampak lebar luka tampak berkurang menjadi 5,5 cm,</li> </ul>

	<p><b>Hasil</b> : nyeri berkurang , kemerahan berkurang, tidak ada bengkak dan demam</p> <p>3. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p><b>Hasil</b> : jika balutan kotor atau jumlah eksudat berlebihan perawat mengganti kassa dan perawatan luka dijadwalkan 2 hari sekali</p> <p>4. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p><b>Hasil</b> : pasien dan keluarga melakukan anjuran untuk setiap 2 jam merubah posisinya</p> <p>5. Memberikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</p> <p><b>Hasil</b> : pasien tampak mengkonsumsi suplemen yang telah dianjurkan</p> <p>6. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p><b>Hasil</b> : Balutan diganti setiap 2 hari sekali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak warna luka masih kemerahan</li> <li>- Tampak eksudat tampak mulai sedikit</li> <li>- Bau luka mulai ringan tidak menyengat,</li> <li>- Tampak luka masih terdapat jaringan nekrotik tampak sedikit hitam dan menutupi &lt;25% bagian luka</li> <li>- Akral hangat</li> <li>- klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan menurun</li> <li>- luka tampak tertutup balutan</li> <li>- TTV: TD : 119/78 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,7°C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>		<p><b>Hasil</b> : nyeri berkurang , kemerahan berkurang, tidak ada bengkak dan demam</p> <p>3. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p><b>Hasil</b> : jika balutan kotor atau jumlah eksudat berlebihan perawat mengganti kassa dan perawatan luka dijadwalkan 2 hari sekali</p> <p>4. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p><b>Hasil</b> : pasien dan keluarga melakukan anjuran untuk setiap 2 jam merubah posisinya</p> <p>5. Memberikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</p> <p><b>Hasil</b> : pasien tampak mengkonsumsi suplemen yang telah dianjurkan</p> <p>8. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p><b>Hasil</b> : Balutan diganti setiap 2 hari sekali</p> <p>6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak warna luka mulai kemerahan</li> <li>- Tampak eksudat sedang</li> <li>- bau luka mulai ringan tidak menyengat,</li> <li>- Tampak luka terdapat jaringan nekrotik menjadi sedang hitam dan menutupi &gt;25% - 50% bagian luka</li> <li>- akral hangat</li> <li>- klien tampak kesakitan pada luka kaki kanan menurun</li> <li>- luka tampak tertutup balutan</li> <li>- TTV: TD : 119/78 mmHg N : 76 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,6°C</li> </ul>
--	--	---	--	---	--

	<p>7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi  <b>Hasil</b> : pasien dan keluarga tampak memahami penjelasan yang disampaikan perawat</p> <p>8. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein  <b>Hasil</b> : Pasien dianjurkan untuk meningkatkan asupan makanan seperti telur, daging, ikan, serta minum susu tinggi protein. Pasien menyatakan bersedia mengikuti anjuran tersebut dan menunjukkan peningkatan nafsu makan</p> <p>9. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri  <b>Hasil</b> : Pasien dan keluarga diajarkan cara membersihkan luka dengan NaCl, mengoleskan salep, dan memasang balutan sederhana. Keluarga dapat mendemonstrasikan kembali prosedur dengan benar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>- Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>- Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>- Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> </ul>		<p><b>Hasil</b> : pasien dan keluarga tampak memahami penjelasan yang disampaikan perawat</p> <p>7. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein  <b>Hasil</b> : Pasien dianjurkan untuk meningkatkan asupan makanan seperti telur, daging, ikan, serta minum susu tinggi protein. Pasien menyatakan bersedia mengikuti anjuran tersebut dan menunjukkan peningkatan nafsu makan</p> <p>8. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri  <b>Hasil</b> : Pasien dan keluarga diajarkan caramembersihkan luka dengan NaCl, mengoleskan salep, dan memasang balutan sederhana. Keluarga dapat mendemonstrasikankembali prosedur dengan benar</p>	<p><b>A:</b>  Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi</p> <p><b>P:</b>  Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>- Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>- Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>- Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> </ul>
--	---	--	--	--	---

<p><b>Jum'at / 02 mei 2025</b></p> <p><b>Pertemuan ke 5</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Memonitor luka (ukuran, warna, eksudat, bau)</p> <p><b>Hasil :</b></p> <p>a. Tampak lebar luka berkurang menjadi 3 cm,</p> <p>b. Tampak warna luka kemerahan</p> <p>c. Tampak eksudat tidak ada</p> <p>d. Tidak terdapat bau luka</p> <p>e. Tampak luka masih terdapat jaringan nekrotik menutupi bagian luka sudah tidak ada</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Hasil :</b> nyeri berkurang, kemerahan berkurang, tidak ada bengkak dan demam</p> <p>3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan.</p> <p><b>Hasil :</b> perawat membuka balutan pelan-pelan dan sambil diguyur NaCl</p> <p>4. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan.</p> <p><b>Hasil :</b> luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl dengan kassa</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan sejak 3 hari lalu hilang timbul</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan</li> <li>- Tampak lebar luka berkurang menjadi 3 cm,</li> <li>- Tampak warna luka kemerahan</li> <li>- Tampak eksudat tidak ada</li> <li>- Tidak terdapat bau luka</li> <li>- Tampak luka masih terdapat jaringan nekrotik menutupi bagian luka sudah tidak ada</li> <li>- akral hangat</li> <li>- klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan menurun</li> </ul>	<p><b>Jum'at / 02 mei 2025</b></p> <p><b>Pertemuan ke 5</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Memonitor luka (ukuran, warna, eksudat, bau)</p> <p><b>Hasil :</b></p> <p>a. Tampak lebar luka berkurang menjadi 5 cm,</p> <p>b. Tampak warna luka kemerahan</p> <p>c. Tampak eksudat mulai sedikit</p> <p>d. bau luka mulai ringan tidak menyengat,</p> <p>e. Tampak luka terdapat jaringan nekrotik tampak mulai sedikit hitam dan menutupi &lt;25% bagian luka</p> <p>2. Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p><b>Hasil :</b> nyeri berkurang, kemerahan berkurang, tidak ada bengkak dan demam</p> <p>3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p><b>Hasil :</b> perawat membuka balutan pelan-pelan dan sambil diguyur NaCl</p> <p>4. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p><b>Hasil :</b> luka dibersihkan menggunakan cairan NaCl dengan kassa</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan berkurang</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Tampak lebar luka berkurang menjadi 5 cm,</li> <li>- Tampak warna luka kemerahan</li> <li>- Tampak eksudat mulai sedikit</li> <li>- bau luka mulai ringan tidak menyengat,</li> <li>- Tampak luka terdapat jaringan nekrotik tampak mulai sedikit hitam dan menutupi &lt;25% bagian luka</li> <li>- akral hangat</li> <li>- klien tampak kesakitan pada</li> </ul>
---	---	---	---	---	---

	<p>5. Membersihkan jaringan nekrotik.  <b>Hasil</b> : Luka telah dibersihkan dari jaringan nekrotik menggunakan larutan NaCl 0,9% dan alat steril.</p> <p>6. Melakukan perawatan luka modern dengan teknik hidrocoloid dengan bahan daryant tulle.  <b>Hasil</b> : memasang modern dressing dengan daryant tulle. Pasien melaporkan tidak ada rasa perih atau panas berlebihan setelah pemasangan</p> <p>7. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka.  <b>Hasil</b> : Seluruh prosedur perawatan luka dilakukan dengan teknik steril.</p> <p>8. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase  <b>Hasil</b> : Balutan diganti setiap hari atau lebih sering jika eksudat banyak. Hari ini eksudat dalam jumlah sedang, warna kuning pucat, tidak berbau menyengat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- luka tampak tertutup balutan</li> <li>- TTV:  TD : 129/81 mmHg  N : 72 x/menit  RR : 19 x/menit  S : 36,9°C</li> </ul> <p><b>A:</b>  Masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b>  Hentikan dilanjutkan Membuat discharge planning karena pasien direncanakan pulang oleh dokter pada hari ini</p>		<p>5. Membersihkan jaringan nekrotik  <b>Hasil</b> : Luka telah dibersihkan dari jaringan nekrotik menggunakan larutan NaCl 0,9% dan alat steril.</p> <p>6. Melakukan perawatan luka modern dengan teknik hidrocoloid dengan bahan daryant tulle  <b>Hasil</b> : memasang modern dressing dengan daryant tulle. Pasien melaporkan tidak ada rasa perih atau panas berlebihan setelah pemasangan</p> <p>7. Mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka  <b>Hasil</b> : Seluruh prosedur perawatan luka dilakukan dengan teknik steril.</p> <p>8. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase  <b>Hasil</b> : Balutan diganti setiap hari atau lebih sering jika eksudat banyak. Hari ini eksudat dalam jumlah sedang, warna kuning pucat, tidak berbau menyengat.</p>	<p>luka di kaki kanan menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- luka tampak tertutup balutan</li> <li>- TTV:  TD : 129/81 mmHg  N : 72 x/menit  RR : 19 x/menit  S : 36,9°C</li> </ul> <p><b>A:</b>  Masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b>  Hentikan dilanjutkan Membuat discharge planning karena pasien direncanakan pulang oleh dokter pada hari ini</p>
--	---	--	--	--	--

2. D.0077 Nyeri akut <b>b.d</b> agen pencedera fisiologis <b>d.d</b> mengeluh nyeri, tampak meringis dan gelisah					
<b>Kamis</b> / 24 <b>April</b> 2025  <b>Perte</b> <b>muan 1</b>	Jam: 09.00 1. Memonitor Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi,            kualitas, intensitas nyeri <b>Hasil</b> : pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan seperti ditusuk-tusuk hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil</b> : skala nyeri 2 3. Mengidentifikasi pengaruh pada kualitas hidup <b>Hasil</b> : pasien belum bisa beraktivitas seperti biasanya karena kaki jika digerakan terasa nyeri 4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>Hasil</b> : pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif 5. Memberikan teknik non farmakologis            untuk mengurangi rasa nyeri <b>Hasil</b> : pasien diajarkan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	<b>S :</b> - pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan - Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakna nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan S : pasien mengatakan nyeri skala 2 T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak. <b>O :</b> - Terdapat luka atau ulkus diabetikum pada kaki kanan - Pasien tampak meringis - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak lemah	<b>Kamis</b> / 24 <b>April</b> 2025  <b>Perte</b> <b>muan 1</b>	Jam: 09.00 1. Memonitor Mengidentifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri <b>Hasil</b> : pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan seperti ditusuk-tusuk hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil</b> : skala nyeri 3 3. Mengidentifikasi pengaruh pada kualitas hidup <b>Hasil</b> : pasien belum bisa beraktivitas seperti biasanya karena kaki jika digerakan terasa nyeri 4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>Hasil</b> : pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif 5. Memberikan teknik non farmakologis            untuk mengurangi rasa nyeri <b>Hasil</b> : pasien diajarkan terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <b>Hasil</b> : pasien dan keluarga memahami penjelsan perawat	<b>S :</b> - pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan - Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakna nyeri luka pada kaki kanan S : pasien mengatakan nyeri skala 3 T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak. <b>O :</b> - Terdapat luka pada kaki kanan - Pasien tampak meringis

	<p><b>Hasil</b> : pasien dan keluarga memahami penjelasan perawat mengenai penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>7. Mengkolaborasi pemberian analgesic, jika perlu</p> <p>8. <b>Hasil</b> : inj. Ketorolac 3X30 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersikap protektif</li> <li>- TTV : TD : 142/81 mmHg N : 78 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,6°C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Identifikasi pengaruh pada kualitas hidup</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>5. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>6. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ol>	<p>mengenai penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>7. Mengkolaborasi pemberian analgesic, jika perlu</p> <p><b>Hasil</b> : inj. Ketorolac 3X30 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif</li> <li>- TTV : TD : 142/81 mmHg N : 78 x/menit RR : 20 x/menit S : 37 °C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Identifikasi pengaruh pada kualitas hidup</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan,</li> </ol>
--	---	---	---	--



		7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 8. Kolaborasi pemberian analgesic,			pencahayaan, kebisingan) 5. Fasilitasi istirahat tidur 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 8. Kolaborasi pemberian analgesic,
<b>Sabtu / 26 April 2025</b>  <b>Perte muan2</b>	Jam: 09.00 1. Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil</b> : skala 2 2. Mengidentifikasi pengaruh pada kualitas hidup <b>Hasil</b> : pasien masih belum bisa beraktivitas seperti biasa 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>Hasil</b> : Pasien tampak meringis dan bersikap protektif berkurang 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	<b>S :</b> - pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan berkurang - Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakkn nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan S : pasien mengatakan nyeri skala 2 T :hilang timbul, biasanya dirasakan	<b>Sabtu / 26 April 2025</b>  <b>Perte muan2</b>	Jam: 09.00 1. Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil</b> : skala 3 2. Mengidentifikasi pengaruh pada kualitas hidup <b>Hasil</b> : pasien masih belum bisa beraktivitas seperti biasa 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>Hasil</b> : Pasien tampak meringis dan bersikap protektif berkurang 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	<b>S :</b> - pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan berkurang - Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakn nyeri luka pada kaki kanan

	<p><b>Hasil</b> : Keluarga mengusahakan suhu ruangan, pecayaan yang nyaman dan tanpa kebisingan disekitar</p> <p>5. Menfasilitasi istirahat tidur <b>Hasil</b> :Pasien sudah mendapatkan fasilitas isitirahat tidur yang nyaman</p> <p>6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri <b>Hasil</b> : Keluarga dan pasien memahami apa yang disampaikan oleh perawat</p> <p>7. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <b>Hasil</b> : pasien diajarkan teknik guide imagery atau imajinasi terbimbing dan mendengarkan musik yang disukai</p> <p>8. Mengkolaborasi pemberian analgesic <b>Hasil</b> : inj. Ketorolac 3X30 mg</p>	<p>saat beraktifitas atau bergerak.</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka atau ulkus diabetikum pada kaki kanan</li> <li>- Pasien tampak meringis menurun</li> <li>- Pasien tampak gelisah menurun</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif menurun</li> <li>- TTV: TD : 123/81 mmHg N : 77 x/menit RR : 18 x/menit S : 36,5°C</li> </ul> <p><b>A</b>: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P</b>: Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skla nyeri</li> <li>2. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Identifikasi</li> </ol>		<p><b>Hasil</b> : Keluarga mengusahakan suhu ruangan, pecayaan yang nyaman dan tanpa kebisingan disekitar</p> <p>5. Menfasilitasi istirahat tidur <b>Hasil</b> :Pasien sudah mendapatkan fasilitas isitirahat tidur yang nyaman</p> <p>6. Menjelaskan strategi meredakan nyeri <b>Hasil</b> : Keluarga dan pasien memahami apa yang disampaikan oleh perawat</p> <p>7. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <b>Hasil</b> : pasien diajarkan teknik guide imagery atau imajinasi terbimbing dan mendengarkan musik yang disukai</p> <p>8. Mengkolaborasi pemberian analgesic <b>Hasil</b> : inj. Ketorolac 3X30 mg</p>	<p>S : pasien mengatakan nyeri skala 3</p> <p>T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak.</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Pasien tampak meringis menurun</li> <li>- Pasien tampak gelisah menurun</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif menurun</li> <li>- TTV: TD : 125/88 mmHg N : 77 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,8°C</li> </ul> <p><b>A</b>: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P</b>: Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>4. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>6. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p>			<p>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>4. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>6. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol>
<b>Senin / 28</b>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p><b>S :</b></p> <p>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum</p>	<b>Senin / 28</b>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p><b>S :</b></p> <p>- pasien mengatakan</p>

<p><b>April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 3</b></p>	<p><b>Hasil</b> : skala nyeri 1</p> <p>2. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <b>Hasil</b> : nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan nyeri berkurang jika melakukan relaksasi napas dalam</p> <p>3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <b>Hasil</b> : pasien dan keluarga memahami tentang nyeri karena sudah pernah dijelaskan oleh perawat</p> <p>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup <b>Hasil</b> : pasien tampak belum beraktivitas seperti biasanya, aktivitasnya masih dibantu keluaraganya</p> <p>5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <b>Hasil</b> : pasien mampu mengontrol lingkungan dalam hal memperingan nyerinya</p> <p>6. Mempertimbangkan</p>	<p>pada tungkai kaki kanan berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakkn nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan S : pasien mengatakan nyeri skala 1 T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak.</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka atau ulkus diabetikum pada kaki kanan</li> <li>- Pasien tampak meringis menurun</li> <li>- Pasien tampak gelisah menurun</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif menurun</li> <li>- TTV:</li> </ul>	<p><b>April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 3</b></p>	<p><b>Hasil</b> : skala nyeri 3</p> <p>2. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri <b>Hasil</b> : nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan nyeri berkurang jika melakukan relaksasi napas dalam</p> <p>3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <b>Hasil</b> : pasien dan keluarga memahami tentang nyeri karena sudah pernah dijelaskan oleh perawat</p> <p>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup <b>Hasil</b> : pasien tampak belum beraktivitas seperti biasanya, aktivitasnya masih dibantu keluaraganya</p> <p>5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <b>Hasil</b> : pasien mampu mengontrol lingkungan dalam hal memperingan nyerinya</p> <p>6. Mempertimbangkan jenis</p>	<p>nyeri luka pada kaki kanan berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakkn nyeri luka pada kaki kanan S : pasien mengatakan nyeri skala 3 T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak.</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Pasien tampak meringis menurun</li> <li>- Pasien tampak gelisah menurun</li> </ul>
--	--	---	--	--	---

	<p>jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>9. <b>Hasil</b> : pasien jika dirasa nyeri terkadang dibuat istirahat sambil mendengarkan musik</p>	<p>TD : 129/78 mmHg N : 80 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,7°C</p> <p><b>A:</b> Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skla nyeri</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>3. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>4. Berikan tehnik non farmakologi untuk mrngurangi rasa nyeri</li> <li>5. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>6. Kolaborasi pemberian obat analgesik</li> </ol>		<p>dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Hasil</b> : pasien jika dirasa nyeri terkadang dibuat istirahat sambil mendengarkan musik</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif menurun</li> <li>- TTV: TD : 140/78 mmHg N : 76 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,7°C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skla nyeri</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>3. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>4. Berikan tehnik non farmakologi untuk mrngurangi rasa nyeri</li> </ol>
--	---	---	--	--	---

					5. Fasilitasi istirahat dan tidur 6. Kolaborasi pemberian obat analgesik
<b>Rabu / 30 April 2025</b>  <b>Pertemuan 4</b>	Jam: 09.00 1. Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil</b> : skala nyeri 1 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>Hasil</b> : pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif menurun 3. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup <b>Hasil</b> : pasien masih belum bisa beraktivitas sehari-hari, aktivitasnya masih dibantu orang lain 4. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <b>Hasil</b> : pasien tampak melakukan relaksasi napas dalam karena dapat membuatnya nyaman 5. Memfasilitasi istirahat dan tidur	<b>S :</b> - pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan berkurang - Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan S : pasien mengatakan nyeri skala 1 T : hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktivitas atau bergerak. <b>O :</b> - Terdapat luka atau ulkus diabetikum pada kaki kanan - Pasien tampak meringis menurun	<b>Rabu / 30 April 2025</b>  <b>Pertemuan 4</b>	Jam: 09.00 1. Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil</b> : skala nyeri 2 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>Hasil</b> : pasien tampak meringis, gelisah dan bersikap protektif menurun 3. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup <b>Hasil</b> : pasien masih belum bisa beraktivitas sehari-hari, aktivitasnya masih dibantu orang lain 4. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <b>Hasil</b> : pasien tampak melakukan relaksasi napas dalam karena dapat membuatnya nyaman 5. Memfasilitasi istirahat dan tidur	<b>S :</b> - pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan berkurang - Karakteristik nyeri P : saat beraktivitas atau bergerak Q : pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R : pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan S : pasien mengatakan nyeri skala 2 T : hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktivitas atau bergerak. <b>O :</b>

	<p><b>Hasil</b> : pasien merasa nyaman dengan fasilitas yang diberikan</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian obat analgesik</p> <p><b>Hasil</b> : inj. Ketorolac 3X30 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah menurun</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif menurun</li> <li>- TTV: TD : 119/78 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,7°C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>4. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>5. Ajarkan teknik non farmakologis</li> </ol>		<p><b>Hasil</b> : pasien merasa nyaman dengan fasilitas yang diberikan</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian obat analgesik</p> <p><b>Hasil</b> : inj. Ketorolac 3X30 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Pasien tampak meringis menurun</li> <li>- Pasien tampak gelisah menurun</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif menurun</li> <li>- TTV: TD : 119/78 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,7°C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi skala nyeri</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa</li> </ol>
--	---	---	--	---	--

		<p>untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>6. Kolaborasi pemberian analgesic</p>			<p>nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>4. Fasilitasi istirahat tidur</p> <p>5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>6. Kolaborasi pemberian analgesic</p>
<p><b>Jumat / 2 mei 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 5</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil</b> : skala 0</p> <p>2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>Hasil</b> : Pasien tampak meringis dan bersikap protektif berkurang</p> <p>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <b>Hasil</b> : Keluarga mengusahakan suhu ruangan, pencahayaan yang nyaman dan tanpa kebisingan disekitar</p> <p>4. Memfasilitasi istirahat tidur</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan berkurang</li> <li>- Karakteristik nyeri</li> </ul> <p><b>P :</b> saat beraktivitas atau bergerak</p> <p><b>Q :</b> pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p><b>R :</b> pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan</p> <p><b>S :</b> pasien mengatakan nyeri skala 0</p> <p><b>T :</b> hilang timbul, biasanya dirasakan saat</p>	<p><b>Jumat / 2 mei 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 5</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi skala nyeri <b>Hasil</b> : skala 2</p> <p>2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <b>Hasil</b> : Pasien tampak meringis dan bersikap protektif berkurang</p> <p>3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <b>Hasil</b> : Keluarga mengusahakan suhu ruangan, pencahayaan yang nyaman dan tanpa kebisingan disekitar</p> <p>4. Memfasilitasi istirahat tidur</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan berkurang</li> <li>- Karakteristik nyeri</li> </ul> <p><b>P :</b> saat beraktivitas atau bergerak</p> <p><b>Q :</b> pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p><b>R :</b> pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan</p>



	<p><b>Hasil</b> :Pasien sudah mendapatkan fasilitas isitirahat tidur yang nyaman</p> <p>5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Hasil</b> : pasien diajarkan teknik guide imagery atau imajinasi terbimbing dan mendengarkan musik yang disukai</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian analgesic</p> <p>10. <b>Hasil</b> : inj. Ketorolac 3X30 mg</p>	<p>beraktifitas atau bergerak.</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka atau ulkus diabetikum pada kaki kanan</li> <li>- Pasien tampak meringis menurun</li> <li>- Pasien tampak gelisah menurun</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif menurun</li> <li>- TTV: TD : 129/81 mmHg N : 72 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,9°C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah nyeri akut terarasi</p> <p><b>P:</b> Hentikan dilanjutkan Membuat discharge planning karena pasien direncanakan pulang oleh dokter pada hari ini</p>		<p><b>Hasil</b> :Pasien sudah mendapatkan fasilitas isitirahat tidur yang nyaman</p> <p>5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Hasil</b> : pasien diajarkan teknik guide imagery atau imajinasi terbimbing dan mendengarkan musik yang disukai</p> <p>6. Mengkolaborasi pemberian analgesic</p> <p><b>Hasil</b> : inj. Ketorolac 3X30 mg</p>	<p>S : pasien mengatakan nyeri skala 2</p> <p>T :hilang timbul, biasanya dirasakan saat beraktifitas atau bergerak.</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Pasien tampak meringis menurun</li> <li>- Pasien tampak gelisah menurun</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Pasien tampak bersikap protektif menurun</li> <li>- TTV: TD : 129/81 mmHg N : 72 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,9°C</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah nyeri akut terarasi</p> <p><b>P:</b></p>
--	--	---	--	--	--

					Hentikan dilanjutkan Membuat discharge planning karena pasien direncanakan pulang oleh dokter pada hari ini
3. D. 0054 Gangguan mobilitas fisik <b>b.d</b> kerusakan integritas struktur tulang <b>d.d</b> mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun dan nyeri saat bergerak					
<b>Kamis / 24 April 2025</b>  <b>Pertemuan 1</b>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi nyeri atau adanya keluhan fisik lainnya <b>Hasil</b> : Pasien mengeluh nyeri di area luka saat bergerak. Tidak ada keluhan lain seperti pusing, mual, atau sesak napas.</p> <p>2. Mengidentifikasi fisik toleransi melakukan pergerakan <b>Hasil</b> : Pasien mampu duduk di sisi tempat tidur selama 10–15 menit tanpa keluhan berarti. Daya tahan fisik cukup untuk mobilisasi ringan</p> <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan susah untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka/ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan saat bergerak</li> <li>- pasien mengatakan jarang beraktivitas saat dirumah karena kaki nyeri saat dibuat aktivitas</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien hanya berbaring di atas bed</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak</li> </ul>	<b>Kamis / 24 April 2025</b>  <b>Pertemuan 1</b>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi nyeri atau adanya keluhan fisik lainnya <b>Hasil</b> : Pasien mengeluh nyeri di area luka saat bergerak. Tidak ada keluhan lain seperti pusing, mual, atau sesak napas.</p> <p>2. Mengidentifikasi fisik toleransi melakukan pergerakan <b>Hasil</b> : Pasien mampu duduk di sisi tempat tidur selama 10–15 menit tanpa keluhan berarti. Daya tahan fisik cukup untuk mobilisasi ringan</p> <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <b>Hasil</b> : Sebelum mobilisasi, tekanan darah 130/80</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan susah untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan saat bergerak</li> <li>- pasien mengatakan jarang beraktivitas saat dirumah karena kaki nyeri saat dibuat aktivitas</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien hanya berbaring di atas bed</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> </ul>

	<p><b>Hasil</b> : Sebelum mobilisasi, tekanan darah 130/80 mmHg, denyut nadi 84 kali/menit – dalam batas aman untuk memulai mobilisasi.</p> <p>4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p><b>Hasil</b> : Selama proses duduk dan berdiri dibantu, tidak terjadi penurunan kesadaran atau perubahan tanda vital. Pasien tampak stabil.</p> <p>5. Menfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur)</p> <p><b>Hasil</b> : Pagar tempat tidur dinaikkan dan digunakan pasien sebagai penyangga saat bergerak. Mobilisasi dilakukan secara bertahap dengan aman.</p> <p>6. Menfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p><b>Hasil</b> : Perawat membantu pasien dalam memindahkan posisi dari berbaring ke duduk. Pasien kooperatif dan</p>	<p>- TTV : TD : 123/81 mmHg N : 77x/menit RR : 18x/menit - S : 36,6°C - Kekuatan otot menurun</p> $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ 3 \quad 4 \end{array}$ <p><b>A:</b> Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>3. Anjurkan melakukan mobilisasi di</li> <li>4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk)</li> </ol>		<p>mmHg, denyut nadi 84 kali/menit – dalam batas aman untuk memulai mobilisasi.</p> <p>4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p><b>Hasil</b> : Selama proses duduk dan berdiri dibantu, tidak terjadi penurunan kesadaran atau perubahan tanda vital. Pasien tampak stabil.</p> <p>5. Menfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur)</p> <p><b>Hasil</b> : Pagar tempat tidur dinaikkan dan digunakan pasien sebagai penyangga saat bergerak. Mobilisasi dilakukan secara bertahap dengan aman.</p> <p>6. Menfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p><b>Hasil</b> : Perawat membantu pasien dalam memindahkan posisi dari berbaring ke duduk. Pasien kooperatif dan mengikuti instruksi dengan baik.</p> <p>7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	<p>- Pasien tampak lemah - Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki - Pasien terlihat sulit dalam bergerak - TTV : TD : 142/81 mmHg N : 78 x/menit RR : 20 x/menit S : 37 °C - Kekuatan otot menurun</p> $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ 4 \quad 2 \end{array}$ <p><b>A:</b> Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>2. Jelaskan tujuan</li> </ol>
--	--	---	--	---	--

	<p>mengikuti instruksi dengan baik.</p> <p>7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>7. <b>Hasil</b> : Keluarga telah diberi instruksi mengenai cara mendampingi pasien saat duduk dan berdiri. Keluarga bersedia mendukung dan sudah mulai membantu aktivitas harian ringan pasien</p>			<p><b>Hasil</b> : Keluarga telah diberi instruksi mengenai cara mendampingi pasien saat duduk dan berdiri. Keluarga bersedia mendukung dan sudah mulai membantu aktivitas harian ringan pasien</p>	<p>dan prosedur mobilisasi</p> <p>3. Anjurkan melakukan mobilisasi din</p> <p>4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk</p>
<p><b>Sabtu / 26 April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan2</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Hasil</b> :Keluarga telah diberi instruksi mengenai cara mendampingi pasien saat duduk dan berdiri</p> <p>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p><b>Hasil</b> : keluarga dan pasien masih memahami penjelasan perawat</p> <p>3. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p><b>Hasil</b> : pasien melakukan mobilisasi sesuai anjuran</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan susah untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka/ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan saat bergerak berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien hanya berbaring di atas bed</li> <li>- Pasien tampak meringis berkurang</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki</li> </ul>	<p><b>Sabtu / 26 April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan2</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Hasil</b> :Keluarga telah diberi instruksi mengenai cara mendampingi pasien saat duduk dan berdiri</p> <p>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p><b>Hasil</b> : keluarga dan pasien masih memahami penjelasan perawat</p> <p>3. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p><b>Hasil</b> : pasien melakukan mobilisasi sesuai anjuran</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan susah untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan saat bergerak berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien hanya berbaring di atas bed</li> <li>- Pasien tampak meringis berkurang</li> </ul>

	<p>dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk)</p> <p><b>Hasil</b> : pasien belajar mobilisasi didampingi keluarga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak berkurang</li> <li>- TTV :</li> <li>- Kekuatan otot menurun</li> </ul> $\begin{array}{r} 5 \mid 5 \\ 3 \mid 4 \end{array}$ <p>TTV :  TD : 123/81 mmHg  N : 77 x/menit  RR : 18 x/menit  S : 36,5°C</p> <p><b>A:</b>  Masalah gangguan mobilisasi fisik teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b>  Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi nyeri atau adanya keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi fisik toleransi melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol>		<p>dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk)</p> <p><b>Hasil</b> : pasien belajar mobilisasi didampingi keluarga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak berkurang</li> <li>- Kekuatan otot menurun</li> </ul> $\begin{array}{r} 5 \mid 5 \\ 4 \mid 2 \end{array}$ <p>TTV :  TD : 123/81 mmHg  N : 77 x/menit  RR : 18 x/menit  S : 36,5°C</p> <p><b>A:</b>  Masalah gangguan mobilisasi fisik teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b>  Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi nyeri atau adanya keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi fisik toleransi</li> </ol>
--	---	---	--	---	--

		5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur)			<p>melakukan pergerakan</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur)</p>
<p><b>Senin / 28 April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 3</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi nyeri atau adanya keluhan fisik lainnya  <b>Hasil</b> : Pasien menyatakan nyeri berkurang dibanding hari sebelumnya. Tidak ada keluhan pusing, lemas, atau sesak saat akan bergerak.</p> <p>2. Mengidentifikasi fisik toleransi melakukan pergerakan  <b>Hasil</b> : Pasien mampu duduk di sisi tempat tidur selama <math>\pm 20</math> menit dan berdiri dengan bantuan</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sudah tidak terlalu sakit untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka/ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan saat bergerak berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis berkurang</li> </ul>	<p><b>Senin / 28 April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 3</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi nyeri atau adanya keluhan fisik lainnya  <b>Hasil</b> : Pasien menyatakan nyeri berkurang dibanding hari sebelumnya. Tidak ada keluhan pusing, lemas, atau sesak saat akan bergerak.</p> <p>2. Mengidentifikasi fisik toleransi melakukan pergerakan  <b>Hasil</b> : Pasien mampu duduk di sisi tempat tidur selama <math>\pm 20</math> menit dan berdiri dengan bantuan selama beberapa saat</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan sudah tidak terlalu sakit untuk bergerak</li> <li>- pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan saat bergerak berkurang</li> </ul> <p><b>O :</b></p>

	<p>selama beberapa saat tanpa keluhan berarti. Toleransi fisik terhadap mobilisasi meningkat</p> <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi  <b>Hasil</b> : Tanda vital stabil sebelum mobilisasi: TD 125/78 mmHg, nadi 80x/menit. Tidak ditemukan tanda ketidaksiapan fisik untuk bergerak.</p> <p>4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi  <b>Hasil</b> : Selama proses mobilisasi, pasien tampak stabil, tidak terjadi penurunan kesadaran atau kelelahan berlebihan. Ekspresi wajah pasien tenang, kooperatif, dan mampu mengikuti instruksi</p> <p>5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur)  <b>Hasil</b> : Pasien menggunakan pagar tempat tidur sebagai pegangan dengan baik dan mandiri saat duduk serta berdiri. Tidak ditemukan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak berkurang</li> <li>- TTV :</li> <li>- Kekuatan otot menurun</li> </ul> $\begin{array}{r} 5 \ 5 \\ 3 \ 4 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV :  TD : 129/78 mmHg  N : 80 x/menit  RR : 19 x/menit  S : 36,7°C</li> </ul> <p><b>A:</b>  Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b>  Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> </ol>		<p>tanpa keluhan berarti. Toleransi fisik terhadap mobilisasi meningkat</p> <p>3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi  <b>Hasil</b> : Tanda vital stabil sebelum mobilisasi: TD 125/78 mmHg, nadi 80x/menit. Tidak ditemukan tanda ketidaksiapan fisik untuk bergerak.</p> <p>4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi  <b>Hasil</b> : Selama proses mobilisasi, pasien tampak stabil, tidak terjadi penurunan kesadaran atau kelelahan berlebihan. Ekspresi wajah pasien tenang, kooperatif, dan mampu mengikuti instruksi</p> <p>5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur)  <b>Hasil</b> : Pasien menggunakan pagar tempat tidur sebagai pegangan dengan baik dan mandiri saat duduk serta berdiri. Tidak ditemukan kehilangan keseimbangan. Tingkat kemandirian dalam pergerakan meningkat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis berkurang</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak berkurang</li> <li>- TTV :</li> <li>- Kekuatan otot menurun</li> </ul> $\begin{array}{r} 5 \ 5 \\ 4 \ 2 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV :  TD : 129/78 mmHg  N : 80 x/menit  RR : 19 x/menit  S : 36,7°C</li> </ul> <p><b>A:</b>  Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b>  Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	---	--	---	--

	kehilangan keseimbangan. Tingkat kemandirian dalam pergerakan meningkat	4. Anjurkan melakukan mobilisasi din 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk			1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur) 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 4. Anjurkan melakukan mobilisasi din 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk
<b>Rabu / 30 April 2025</b>  <b>Pertemuan 4</b>	Jam: 09.00 1. Menfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur) <b>Hasil</b> : Pasien menggunakan pagar tempat tidur sebagai alat	<b>S :</b> - pasien mengatakan sudah tidak terlalu sakit untuk bergerak - pasien mengatakan nyeri luka/ulkus diabetikum pada	<b>Rabu / 30 April 2025</b>  <b>Pertemuan 4</b>	Jam: 09.00 1. Menfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: Pagar tempat tidur) <b>Hasil</b> : Pasien menggunakan pagar tempat tidur sebagai alat bantu saat berpindah posisi dari	<b>S :</b> - pasien mengatakan sudah tidak terlalu sakit untuk bergerak - pasien mengatakan



	<p>bantu saat berpindah posisi dari berbaring ke duduk. Gerakan dilakukan dengan lancar dan aman tanpa kehilangan keseimbangan</p> <p>2. Menfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu <b>Hasil</b> : Pasien dibantu untuk duduk di sisi tempat tidur dan berdiri dengan pendampingan minimal. Tidak ditemukan keluhan lemas atau nyeri berarti, menandakan peningkatan kemampuan fisik.</p> <p>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <b>Hasil</b> : Edukasi diberikan kepada pasien mengenai manfaat mobilisasi, seperti mencegah komplikasi imobilisasi dan mempercepat penyembuhan luka. Pasien memahami dan menyatakan kesediaan melakukan mobilisasi secara bertahap</p> <p>4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini <b>Hasil</b> : Pasien dianjurkan untuk duduk di kursi setiap pagi dan sore selama <math>\pm 30</math></p>	<p>tungkai kaki kanan saat bergerak berkurang</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis berkurang</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak berkurang</li> <li>- TTV :</li> <li>- Kekuatan otot menurun</li> </ul> $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ 3 & 4 \end{array}$ <p>- TTV : TD : 119/78 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,7°C</p> <p><b>A</b> : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien</p>		<p>berbaring ke duduk. Gerakan dilakukan dengan lancar dan aman tanpa kehilangan keseimbangan</p> <p>2. Menfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu <b>Hasil</b> : Pasien dibantu untuk duduk di sisi tempat tidur dan berdiri dengan pendampingan minimal. Tidak ditemukan keluhan lemas atau nyeri berarti, menandakan peningkatan kemampuan fisik.</p> <p>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <b>Hasil</b> : Edukasi diberikan kepada pasien mengenai manfaat mobilisasi, seperti mencegah komplikasi imobilisasi dan mempercepat penyembuhan luka. Pasien memahami dan menyatakan kesediaan melakukan mobilisasi secara bertahap</p> <p>4. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini <b>Hasil</b> : Pasien dianjurkan untuk duduk di kursi setiap pagi dan sore selama <math>\pm 30</math> menit. Anjuran dilakukan dan pasien tampak lebih</p>	<p>nyeri luka pada kaki kanan saat bergerak berkurang</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis berkurang</li> <li>- Pasien tampak lemah menurun</li> <li>- Keluarga jarang menggerakkan ke dua kaki</li> <li>- Pasien terlihat sulit dalam bergerak berkurang</li> <li>- TTV :</li> <li>- Kekuatan otot menurun</li> </ul> $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ 4 & 3 \end{array}$ <p>- TTV : TD : 119/78 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,7°C</p> <p><b>A</b> :</p>
--	---	---	--	---	---

	<p>menit. Anjuran dilakukan dan pasien tampak lebih aktif dibanding hari sebelumnya.</p> <p>5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk)</p> <p><b>Hasil</b> : Pasien diajarkan teknik duduk mandiri di tempat tidur dengan bantuan minimal. Pasien dapat mempraktikkannya dengan benar dan percaya diri.</p>	<p>dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>3. Anjurkan melakukan mobilisasi din</p> <p>4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk)</p>		<p>aktif dibanding hari sebelumnya.</p> <p>5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk)</p> <p><b>Hasil</b> : Pasien diajarkan teknik duduk mandiri di tempat tidur dengan bantuan minimal. Pasien dapat mempraktikkannya dengan benar dan percaya diri.</p>	<p>Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>3. Anjurkan melakukan mobilisasi din</p> <p>4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk)</p>
<p><b>Jumat / 2 mei 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 5</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Hasil</b> :Keluarga telah diberi instruksi mengenai</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh nyeri pada ulkus diabetikum di tungkai kaki kanan dan</li> </ul>	<p><b>Jumat / 2 mei 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 5</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Hasil</b> :Keluarga telah diberi instruksi mengenai cara</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengeluh nyeri pada luka di kaki kanan dan terkadang</li> </ul>

	<p>cara mendampingi pasien saat duduk dan berdiri</p> <p>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <b>Hasil</b> : keluarga dan pasien masih memahami penjelasan perawat</p> <p>3. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini <b>Hasil</b> : pasien melakukan mobilisasi sesuai anjuran</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk) <b>Hasil</b> : pasien belajar mobilisasi didampingi keluarga</p>	<p>terkadang merasa gatal berkurang</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka atau ulkus diabetikum di tungkai kaki kanan</li> <li>- Nyeri berkurang</li> <li>- Kemerahan (+), bengkak (-), panas (-)</li> <li>- Lebar luka kurang lebih 0</li> <li>- TTV: TD : 129/81 mmHg N : 72 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,9°C</li> </ul> <p><b>A</b>: Masalah gangguan mobilisasi teratasi</p> <p><b>P</b>: Hentikan dilanjutkan Membuat discharge planning karena pasien direncanakan pulang oleh dokter pada hari ini</p>		<p>mendampingi pasien saat duduk dan berdiri</p> <p>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <b>Hasil</b> : keluarga dan pasien masih memahami penjelasan perawat</p> <p>3. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini <b>Hasil</b> : pasien melakukan mobilisasi sesuai anjuran</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur duduk) <b>Hasil</b> : pasien belajar mobilisasi didampingi keluarga</p>	<p>merasa gatal berkurang</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka pada kaki kanan</li> <li>- Nyeri berkurang</li> <li>- Kemerahan (+), bengkak (-), panas (-)</li> <li>- Lebar luka kurang lebih 8-10 cc</li> <li>- TTV: TD : 129/81 mmHg N : 72 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,9°C</li> </ul> <p><b>A</b>: Masalah gangguan mobilisasi teratasi</p> <p><b>P</b>: Hentikan dilanjutkan Membuat discharge planning karena pasien direncanakan pulang oleh dokter pada hari ini</p>
4. D.0027 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah <b>b.d</b> gangguan glukosa darah puasa <b>d.d</b> kadar glukosa dalam darah/urine tinggi					

<b>Kamis / 24 April 2025</b>  <b>Pertemuan 1</b>	<p>Jam: 09.00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi tanda dan gejala hiperglikemia <b>Hasil</b> : Pasien tidak menunjukkan gejala hiperglikemia seperti haus berlebihan, sering buang air kecil, kelelahan ekstrem, atau penglihatan kabur. Kondisi klinis tampak stabil.</li> <li>Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia <b>Hasil</b> : Telah dilakukan penelusuran riwayat makan dan pengobatan. Tidak ditemukan pola makan berlebih, kelalaian minum obat, atau stres emosional sebagai pencetus. Pasien menyatakan patuh terhadap diet dan pengobatan.</li> <li>Memonitor kadar glukosa darah <b>Hasil</b> : gula darah puasa 118 mg/dL</li> <li>Mengkonsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <b>Hasil</b> : Karena kondisi pasien stabil dan tidak</li> </ol>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 5 tahun lalu</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemas</li> <li>- gula darah puasa 118 mg/dL</li> <li>- pasien tampak kontrol rutin DM</li> <li>- TTV : TD : 123/81 mmHg N : 77x/menit RR : 18x/menit S : 36,6°C.</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p><b>P:</b></p> <p>Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li> <li>Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> </ol>	<b>Kamis / 24 April 2025</b>  <b>Pertemuan 1</b>	<p>Jam: 09.00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi tanda dan gejala hiperglikemia <b>Hasil</b> : Pasien tidak menunjukkan gejala hiperglikemia seperti haus berlebihan, sering buang air kecil, kelelahan ekstrem, atau penglihatan kabur. Kondisi klinis tampak stabil.</li> <li>Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia <b>Hasil</b> : Telah dilakukan penelusuran riwayat makan dan pengobatan. Tidak ditemukan pola makan berlebih, kelalaian minum obat, atau stres emosional sebagai pencetus. Pasien menyatakan patuh terhadap diet dan pengobatan.</li> <li>Memonitor kadar glukosa darah <b>Hasil</b> : GD 176 mg/dL</li> <li>Mengkonsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <b>Hasil</b> : Karena kondisi pasien stabil dan tidak ditemukan gejala hiperglikemia yang menetap</li> </ol>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 4 tahun lalu</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemas</li> <li>- nafsu makan menurun</li> <li>- GD 176 mg/dL</li> <li>- pasien tampak kontrol rutin DM</li> <li>- TTV : TD : 142/81 mmHg N : 78 x/menit RR : 20 x/menit S : 37 °C.</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <p>Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <p><b>P:</b>Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor kadar glukosa darah</li> </ol>
--	--	---	--	--	--

	ditemukan gejala hiperglikemia yang menetap atau memburuk, belum diperlukan konsultasi medis lanjutan saat ini. Namun, pemantauan tetap dilanjutkan secara rutin.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</li> <li>Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</li> </ol>		atau memburuk, belum diperlukan konsultasi medis lanjutan saat ini. Namun, pemantauan tetap dilanjutkan secara rutin.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li> <li>Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</li> <li>Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</li> </ol>
<b>Sabtu / 26 April 2025</b> <b>Perte muan2</b>	<p>Jam: 09.00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li> </ol> <p><b>Hasil :</b> Pasien memahami anjuran dan menyatakan</p>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 5 tahun lalu</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pasien tampak lemas</li> </ul>	<b>Sabtu / 26 April 2025</b> <b>Perte muan2</b>	<p>Jam: 09.00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor kadar glukosa darah</li> </ol> <p><b>Hasil :</b> GD1 98 mg/dL, GD2: 138 mg/dL</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan menghindari</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 4 tahun lalu</li> </ul>

	<p>akan menghindari aktivitas fisik berat bila kadar glukosa melebihi ambang tersebut. Pasien juga mampu mengulang kembali alasan medis di balik larangan tersebut.</p> <p>2. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga  <b>Hasil</b> : Pasien menunjukkan kepatuhan terhadap pola makan yang telah dianjurkan (tinggi serat, rendah gula sederhana). Pasien juga mulai melakukan mobilisasi ringan secara rutin seperti duduk dan berdiri dengan bantuan, sesuai kemampuan</p> <p>3. Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  <b>Hasil</b> : Edukasi diberikan dan pasien menunjukkan pemahaman terhadap cara penggunaan insulin dan waktu pemberian obat oral. Pasien juga mulai memantau pola makan dan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gula darah puasa 118 mg/dL (tgl. 23-04-2025)</li> <li>- pasien tampak kontrol rutin DM</li> <li>- TTV :  TD : 123/81 mmHg  N : 77x/menit  RR : 18x/menit  S : 36,5°C</li> </ul> <p><b>A:</b>  Masalah ketidakstabilan kadar glukosadarah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b>  Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>2. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>3. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> <li>4. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li> </ol>	<p>olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL  <b>Hasil</b> : Pasien memahami anjuran dan menyatakan akan menghindari aktivitas fisik berat bila kadar glukosa melebihi ambang tersebut. Pasien juga mampu mengulang kembali alasan medis di balik larangan tersebut.</p> <p>3. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga  <b>Hasil</b> : Pasien menunjukkan kepatuhan terhadap pola makan yang telah dianjurkan (tinggi serat, rendah gula sederhana). Pasien juga mulai melakukan mobilisasi ringan secara rutin seperti duduk dan berdiri dengan bantuan, sesuai kemampuan</p> <p>4. Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)  <b>Hasil</b> : Edukasi diberikan dan pasien menunjukkan pemahaman terhadap cara penggunaan insulin dan waktu pemberian obat oral.</p>	<p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemaas</li> <li>- nafsu makan menurun</li> <li>- pasien tampak kontrol rutin DM</li> <li>- GD1 98 mg/dL, GD2: 138 mg/dL</li> <li>- TTV :  TD : 125/88 mmHg  N : 77 x/menit  RR : 20 x/menit  S : 36,8°C</li> </ul> <p><b>A:</b>  Masalah ketidakstabilan kadar glukosadarah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b>  Intervensi dilanjutkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda dan gejala hiperglikemia</li> <li>2. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>3. Monitor kadar glukosa darah</li> </ol>
--	--	---	--	--

	<p>minum dengan lebih teratur serta mengerti pentingnya kontrol rutin.</p> <p>4. Mengkolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu <b>Hasil</b> : IVFD utosol 500 cc/8 jam</p>			<p>Pasien juga mulai memantau pola makan dan minum dengan lebih teratur serta mengerti pentingnya kontrol rutin.</p> <p>5. Mengkolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu <b>Hasil</b> : IVFD utosol 500 cc/8 jam</p>	<p>4. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>5. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</p>
<p><b>Senin / 28 April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 3</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hiperglikemia <b>Hasil</b> : Tidak ditemukan gejala khas hiperglikemia seperti poliuria, polidipsia, kelelahan berlebih, atau penglihatan kabur. Pasien dalam kondisi stabil dan menyatakan tidak ada keluhan</p> <p>2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia <b>Hasil</b> : Dari hasil pengkajian, tidak ditemukan faktor pemicu seperti pola makan tidak terkontrol, lupa minum</p>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 5 tahun lalu</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemas berkurang</li> <li>- gula darah puasa 118 mg/dL (tgl. 23-04-2025)</li> <li>- pasien tampak kontrol rutin DM</li> <li>- TTV : TD : 129/78 mmHg N : 80 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,7°C</li> </ul>	<p><b>Senin / 28 April 2025</b></p> <p><b>Pertemuan 3</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hiperglikemia <b>Hasil</b> : Tidak ditemukan gejala khas hiperglikemia seperti poliuria, polidipsia, kelelahan berlebih, atau penglihatan kabur. Pasien dalam kondisi stabil dan menyatakan tidak ada keluhan</p> <p>2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia <b>Hasil</b> : Dari hasil pengkajian, tidak ditemukan faktor pemicu seperti pola makan tidak terkontrol, lupa minum obat, atau stres</p>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 4 tahun lalu</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemas berkurang</li> <li>- nafsu makan meningkat</li> <li>- GD1 154 mg/dL, GD2: 127 mg/dL</li> <li>- pasien tampak kontrol rutin DM</li> <li>- TTV : TD : 129/78 mmHg</li> </ul>

	<p>obat, atau stres psikologis. Pasien mengaku patuh pada diet, jadwal insulin, dan istirahat cukup.</p> <p>3. Mengkonsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk  <b>Hasil</b> : Karena tidak ada gejala hiperglikemia yang muncul atau memburuk, konsultasi lanjutan dengan dokter tidak diperlukan saat ini. Namun, pengawasan tetap dilakukan secara berkala.</p> <p>4. Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL  <b>Hasil</b> : Edukasi diberikan dan pasien memahami risiko olahraga saat hiperglikemia. Pasien menyatakan akan memeriksa kadar gula sebelum beraktivitas dan menunda olahraga jika melebihi ambang batas yang dianjurkan</p>	<p><b>A:</b> Masalah ketidakstabilan kadar glukosa teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li> <li>2. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>3. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)</li> </ol>		<p>psikologis. Pasien mengaku patuh pada diet, jadwal insulin, dan istirahat cukup. Memonitor kadar glukosa darah</p> <p>3. Memonitor kadar glukosa darah  <b>Hasil</b> : GD1 154 mg/dL, GD2: 127 mg/dL</p> <p>4. Mengkonsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk  <b>Hasil</b> : Karena tidak ada gejala hiperglikemia yang muncul atau memburuk, konsultasi lanjutan dengan dokter tidak diperlukan saat ini. Namun, pengawasan tetap dilakukan secara berkala.</p> <p>5. Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL  <b>Hasil</b> : Edukasi diberikan dan pasien memahami risiko olahraga saat hiperglikemia. Pasien menyatakan akan memeriksa kadar gula sebelum beraktivitas dan menunda olahraga jika melebihi ambang batas yang</p>	<p>N : 80 x/menit  RR : 19 x/menit  S : 36,7°C</p> <p><b>A:</b> Masalah ketidakstabilan kadar glukosa teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kadar glukosa darah</li> <li>2. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL</li> <li>3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>4. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan</li> </ol>
--	---	--	--	---	--



				dianjurkan	bantuan professional kesehatan)
<b>Rabu / 30 April 2025</b>  <b>Perte muan4</b>	Jam: 09.00 1. Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL <b>Hasil</b> : Pasien menunjukkan pemahaman tentang risiko olahraga dalam kondisi hiperglikemia. Pasien menyatakan akan rutin memeriksa kadar gula darah sebelum aktivitas fisik dan menunda olahraga jika kadar >250 mg/dL. 2. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga <b>Hasil</b> : Pasien tampak lebih teratur dalam mengikuti pola makan sesuai anjuran (rendah gula, tinggi serat dan protein). Mulai melakukan aktivitas ringan seperti duduk dan berjalan di kamar dengan bantuan. Pasien menyatakan komitmen menjaga pola hidup sehat 3. Mengajarkan pengelolaan	<b>S</b> : - pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 5 tahun lalu <b>O</b> : - pasien tampak lemas - gula darah puasa 118 mg/dL (tgl. 23-04-2025) - pasien tampak kontrol rutin DM - TTV : TD : 119/78 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,7°C <b>A</b> : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa teratasi sebagian <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi tanda dan gejala hiperglikemia 2. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	<b>Rabu / 30 April 2025</b>  <b>Perte muan4</b>	Jam: 09.00 1. Memonitor kadar glukosa darah <b>Hasil</b> : GD1 167 mg/dL, GD2: 130 mg/dL 2. Menganjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL <b>Hasil</b> : Pasien menunjukkan pemahaman tentang risiko olahraga dalam kondisi hiperglikemia. Pasien menyatakan akan rutin memeriksa kadar gula darah sebelum aktivitas fisik dan menunda olahraga jika kadar >250 mg/dL. 3. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga <b>Hasil</b> : Pasien tampak lebih teratur dalam mengikuti pola makan sesuai anjuran (rendah gula, tinggi serat dan protein). Mulai melakukan aktivitas ringan seperti duduk dan berjalan di kamar dengan bantuan. Pasien menyatakan komitmen menjaga pola	<b>S</b> : - pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 4 tahun lalu <b>O</b> : - pasien tampak lemas - nafsu makan meningkat - GD1 167 mg/dL, GD2: 130 mg/dL - pasien tampak kontrol rutin DM - TTV : TD : 119/78 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,7°C <b>A</b> : Masalah ketidakstabilan kadar glukosa teratasi sebagian <b>P</b> :

	<p>diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</p> <p><b>Hasil</b> : Edukasi dilakukan secara bertahap. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan ulang cara penggunaan insulin, mengenali waktu pemberian obat oral, serta pentingnya mencatat asupan cairan dan makanan. Pasien juga diberikan kontak fasilitas kesehatan untuk konsultasi lanjutan.</p>	<p>3. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>4. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p>		<p>hidup sehat</p> <p>4. Mengajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)</p> <p><b>Hasil</b> : Edukasi dilakukan secara bertahap. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan ulang cara penggunaan insulin, mengenali waktu pemberian obat oral, serta pentingnya mencatat asupan cairan dan makanan. Pasien juga diberikan kontak fasilitas kesehatan untuk konsultasi lanjutan.</p>	<p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Identifikasi tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>2. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p> <p>3. Monitor kadar glukosa darah</p> <p>Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p>
<p><b>Jumat / 2 mei 2025</b></p> <p><b>Perte muan5</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p><b>Hasil</b> : Tidak ditemukan gejala khas hiperglikemia seperti poliuria, polidipsia, kelelahan berlebih, atau penglihatan kabur. Pasien dalam kondisi stabil dan menyatakan tidak ada keluhan</p> <p>2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 5 tahun lalu</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemas</li> <li>- gula darah puasa 118 mg/dL (tgl. 23-04-2025)</li> <li>- pasien tampak kontrol rutin DM</li> <li>- TTV : TD : 129/81 mmHg</li> </ul>	<p><b>Jumat / 2 mei 2025</b></p> <p><b>Perte muan5</b></p>	<p>Jam: 09.00</p> <p>1. Mengidentifikasi tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p><b>Hasil</b> : Tidak ditemukan gejala khas hiperglikemia seperti poliuria, polidipsia, kelelahan berlebih, atau penglihatan kabur. Pasien dalam kondisi stabil dan menyatakan tidak ada keluhan</p> <p>2. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</p>	<p><b>S</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan mempunyai riwayat diabetes sejak 4 tahun lalu</li> </ul> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak lemas</li> <li>- nafsu makan meningkat</li> <li>- GD1 140 mg/dL, GD2: 144 mg/dL</li> </ul>

	<p><b>Hasil</b> : Dari hasil pengkajian, tidak ditemukan faktor pemicu seperti pola makan tidak terkontrol, lupa minum obat, atau stres psikologis. Pasien mengaku patuh pada diet, jadwal insulin, dan istirahat cukup</p> <p>3. Mengkonsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p><b>Hasil</b> : Karena tidak ada gejala hiperglikemia yang muncul atau memburuk, konsultasi lanjutan dengan dokter tidak diperlukan saat ini. Namun, pengawasan tetap dilakukan secara berkala</p>	<p>N : 72 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,9°C</p> <p><b>A:</b> Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah terarasi</p> <p><b>P:</b> Hentikan dilanjutkan Membuat discharge planning karena pasien direncanakan pulang oleh dokter pada hari ini</p>		<p><b>Hasil</b> : Dari hasil pengkajian, tidak ditemukan faktor pemicu seperti pola makan tidak terkontrol, lupa minum obat, atau stres psikologis. Pasien mengaku patuh pada diet, jadwal insulin, dan istirahat cukup</p> <p>5. Memonitor kadar glukosa darah</p> <p><b>Hasil</b> : GD1 140 mg/dL, GD2: 144 mg/dL</p> <p>3. Mengkonsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p><b>Hasil</b> : Karena tidak ada gejala hiperglikemia yang muncul atau memburuk, konsultasi lanjutan dengan dokter tidak diperlukan saat ini. Namun, pengawasan tetap dilakukan secara berkala</p>	<p>- pasien tampak kontrol rutin DM</p> <p>- TTV : TD : 129/81 mmHg N : 72 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,9°C</p> <p><b>A:</b> Masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah terarasi</p> <p><b>P:</b> Hentikan dilanjutkan Membuat discharge planning karena pasien direncanakan pulang oleh dokter pada hari ini</p>
--	--	---	--	--	--

## 7. Indikator Penilaian Penerapan EBN

### a) Deskripsi Luka

Tabel 4. 6Perubahan Bentuk Luka ( Ukuran,Warna,Eksudat,Bau) Pada Responden 1

No	Deskripsi Luka				Deskripsi Jaringan Nekrotik	Skala Nyeri
	Ukuran Luka	Warna	Eksudat	Bau		
1.	4,5	Hitam kemerahan	Sedang	Bau sedang	3	2
2.	4,5	Hitam kemerahan	Sedang	Bau sedang	3	2
3.	4	merah	Sedikit	Bau ringan	2	1
4.	3,5	merah	Sedikit	Bau ringan	2	1
5.	3	merah	Tidak ada	Tidak Bau	1	0

Berdasarkan tabel 4.6 diatas didapatkan bahwa terdapat adanya perbaikan klinis yang signifikan pada kondisi luka pasien dari waktu ke waktu. Pada observasi awal pertemuan ke 1 hingga ke 2, ukuran luka sebesar 4,5 cm dengan warna hitam kemerahan mengindikasikan adanya jaringan nekrotik, yang sesuai dengan skor 3 pada deskripsi jaringan nekrotik. Kondisi ini disertai dengan eksudat dalam jumlah sedang, bau luka yang terklasifikasi sebagai sedang, serta skala nyeri sebesar 2, menunjukkan proses inflamasi yang masih aktif dan potensi adanya infeksi. Namun, pada observasi selanjutnya, terjadi penurunan ukuran luka secara bertahap menjadi 3,0 cm pada pertemuan ke 5. Warna luka berubah menjadi merah, yang mencerminkan fase proliferasi di mana jaringan granulasi mulai terbentuk dan proses penyembuhan berlangsung. Eksudat berkurang dari sedang menjadi tidak ada, bau luka menurun dari bau sedang menjadi tidak ada, serta skala nyeri menurun hingga 0. Penurunan parameter-parameter tersebut secara medis menunjukkan bahwa proses penyembuhan luka berjalan dengan baik, inflamasi menurun, jaringan nekrotik mulai tergantikan oleh jaringan sehat, dan tidak ditemukan lagi tanda-tanda infeksi lokal yang signifikan. Hal ini mengindikasikan efektivitas terapi luka yang diberikan, baik secara lokal maupun sistemik.

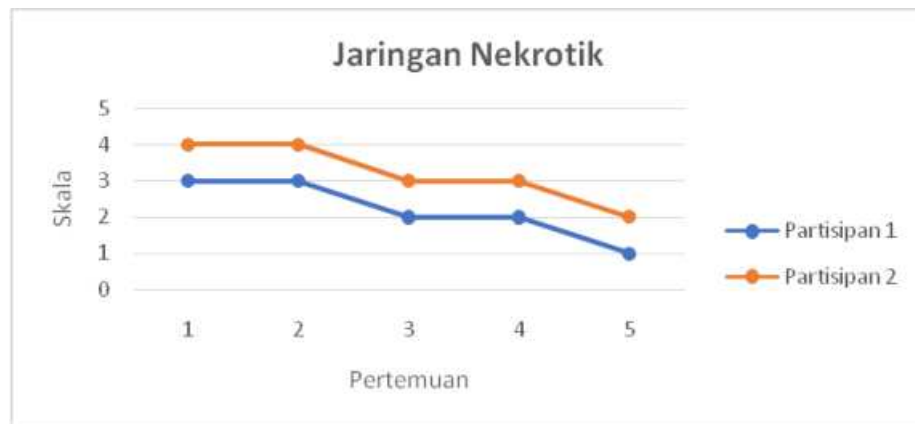
Tabel 4. 7 Perubahan Bentuk Luka ( Ukuran,Warna,Eksudat,Bau) Pada Responden 2

No	Deskripsi Luka				Deskripsi Jaringan Nekrotik	Skala Nyeri
	Ukuran Luka	Warna	Eksudat	Bau		
1.	7	Hitam kemerahan	Purulen (nanah)	Bau sedang	4	3
2.	6,5	Hitam kemerahan	Purulen (nanah)	Bau sedang	4	3
3.	6	Hitam kemerahan	Purulen (nanah)	Bau sedang	3	3
4.	5,5	Merah	sedang	Bau ringan	3	2
5.	5	Merah	sedikit	Bau ringan	2	2

Berdasarkan tabel 4.7 diatas didapatkan bahwa terdapat adanya proses penyembuhan yang berlangsung secara bertahap ditinjau dari perubahan karakteristik luka, ukuran, serta parameter klinis lainnya. Pada awal observasi dipertemuan 1, luka berukuran 7 cm dengan jaringan nekrotik berat (skor 4), eksudat purulen yang menandakan adanya infeksi aktif, disertai bau sedang dan nyeri pada skala 3. Warna hitam kemerahan menunjukkan dominasi jaringan nekrotik dan fase inflamasi yang masih berlangsung. Namun, secara bertahap terjadi penurunan ukuran luka hingga 5 cm pada observasi pertemuan ke 5, disertai perubahan warna menjadi merah, yang merupakan tanda munculnya jaringan granulasi dan transisi menuju fase proliferaatif. Eksudat mengalami penurunan dari purulen menjadi sedikit, bau luka berkurang dari sedang menjadi ringan, dan deskripsi jaringan nekrotik menurun hingga skor 2, yang menandakan keberhasilan proses debridement baik secara mekanik, autolitik, maupun enzimatik. Skala nyeri tetap berada pada tingkat sedang namun cenderung menurun, mencerminkan berkurangnya proses inflamasi lokal. Secara keseluruhan, perubahan parameter-parameter ini menunjukkan respon terapi yang baik dan arah perbaikan luka yang positif secara klinis.

## b) Deskripsi Jaringan Nekrotik

Grafik 4. 1 Perubahan Jaringan Nekrotik pada responden 1 dan 2

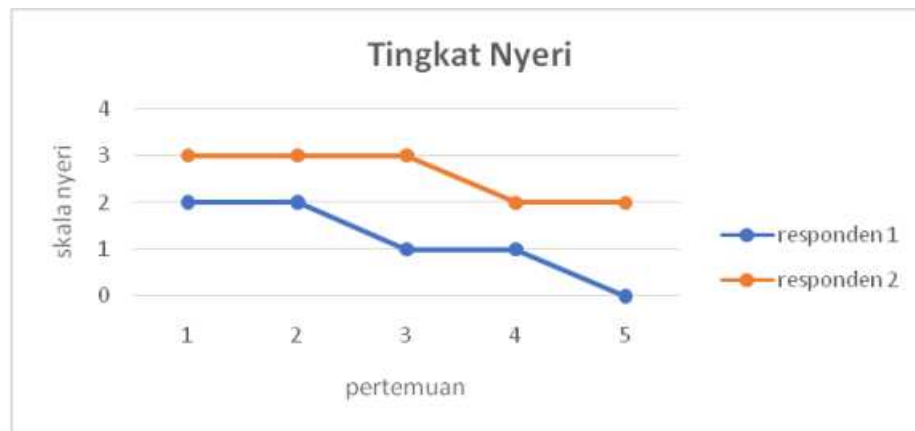


Berdasarkan Grafik 4.1 diatas didapatkan bahwa setelah dilakukan penerapan perawatan luka modern dressing pada kedua responden ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit selama 10x pertemuan dengan melakukan penilaian dalam 2 hari sekali( 5x pertemuan untuk penilaian), menunjukan adanya perubahan jaringan nekrotik yang signifikan dari waktu ke waktu.

Responden 1 menunjukan bahwa pada pertemuan ke 1 didapatkan jaringan nekrotik dengan skala 3 lalu mengalami perbaikan jaringan nekrotik secara bertahap hingga ke 5 dengan skala 1. Sedangkan pada responden 2 juga didapatkan bahwa adanya perbaikan jaringan nekrotik dari skala 4 pada pertemuan 1 hingga skala 2 pada pertemuan ke 5 yang menunjukan perbaikan pada jaringan nekrotik. Meskipun Responden 2 memulai dengan tingkat nekrosis yang lebih tinggi, pada penerapan perawatan modern dressing pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit , tetap didapatkan hasil pada ke 2 responden bahwa adanya perubahan jaringan nekrotik menjadi lebih baik yang konsisten sehingga menunjukan adanya efektivitas intervensi atau terapi yang diterapkan selama periode observasi.

### c) Penilaian Skala Nyeri

Grafik 4. 2 Penurunan Tingkat Nyeri pada responden 1 dan 2



Berdasarkan Grafik 4.2 diatas didapatkan bahwa setelah dilakukan penerapan perawatan luka modern dressing pada kedua responden ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit selama 10x pertemuan dengan melakukan penilaian dalam 2 hari sekali ( 5x pertemuan untuk penilaian), menunjukan adanya penurunan skala nyeri yang signifikan dari waktu ke waktu.

Responden 1 menunjukkan penurunan nyeri yang signifikan dari skala 2 pada pertemuan ke 1 hingga mencapai skala 0 pada pertemuan ke 5, yang mengindikasikan resolusi total terhadap sensasi nyeri. Sementara itu, Responden 2 memulai pada skala nyeri 3 dan mengalami penurunan bertahap hingga mencapai skala 2 pada pertemuan ke 4, kemudian stabil hingga pertemuan ke 5. Secara keseluruhan, grafik ini menunjukkan adanya perbaikan gejala nyeri pada kedua responden, dengan responden 1 menunjukkan perbaikan yang lebih cepat dan signifikan. Hal ini dapat mencerminkan efektivitas terapi atau intervensi yang diberikan dalam mengurangi persepsi nyeri, yang merupakan salah satu indikator penting dalam proses penyembuhan klinis.

## **B. Pembahasan**

Berdasarkan hasil kasus asuhan keperawatan maternitas yang dilakukan pada partisipan 1 dan partisipan 2 dengan kasus Penerapan Perawatan Luka Modern Dressing Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruang Central Pria Rsup Dr. M. Djamil Padang, yang dilakukan sejak tanggal 21 April sampai 10 Mei 2025. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, analisa data, Diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian yang dilakukan pada Tn. S dan kasus Tn.Dyang menderita ulkus diabetikum ditemukan masalah gangguan integritas kulit yaitu kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan nyeri. Kasus Tn. S ditemukan data subjektif bahwa pasien mengatakan nyeri pada tungkai kaki kanan sejak 3 hari yang lalu dan ditemukan data objektif bahwa terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan dengan lebar luka kurang lebih 4,5 cm, hitam kemerahan, eksudat sedang, bau sedang, jaringan nekrotik sedang(>25%-50%), skala nyeri 2 klien tampak kesakitan pada luka tungkai kaki kanan dan memiliki riwayat diabetes sejak 5 tahun yang lalu. Pada kasus Tn. D ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan dirasa sejak 1 bulan yang lalu dan ditemukan data objektif yaitu lebar luka kurang lebih 7 cm, hitam kemerahan, terdapat nanah, bau sedang, jaringan nekrotik luas (>50%-75%), skala nyeri 3 klien tampak kesakitan pada luka kaki kanan dan klien memiliki riwayat diabetes sejak 4 tahun yang lalu.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn. S dan Tn. D sejalan dengan teori yang disampaikan Ningsih (2024) bahwa pasien dengan ulkus diabetikum akan mengalami keluhan nyeri dan terdapat luka pada ekstremitas. Hal serupa diungkapkan oleh Irwan (2022) dalam penelitiannya yang berjudul “Efektivitas Perawatan Luka Modern dan Konvensional terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetik” mengatakan bahwa pasien dengan ulkus diabetikum mengalami kematian jaringan dan iskemik yang ditandai dengan



timbulnya luka, keluhan nyeri dan kemerahan. Hiperglikemia pada pasien diabetes menyebabkan kerusakan endotel vaskular, yang mengurangi aliran darah kaya oksigen ke permukaan kulit (Vebriana, 2024). Hal ini menyebabkan iskemik lokal, memperlambat proses penyembuhan luka, dan meningkatkan risiko infeksi. Selain itu, neuropati perifer yang sering menyertai diabetes mengurangi sensasi nyeri pada ekstremitas, sehingga pasien mungkin tidak menyadari trauma ringan yang menjadi pintu masuk infeksi. Pada Tn. D, adanya pus dan balutan kotor menunjukkan tanda-tanda infeksi lokal, yang memperburuk gangguan integritas kulit dan memperlambat penyembuhan. Sementara itu, luka Tn. S yang lebih kecil dan tanpa tanda infeksi menunjukkan tahap awal ulkus yang masih dapat dikendalikan dengan intervensi dini. Teori lain yang relevan adalah model penyembuhan luka menurut Primadani dan Nurrahmantika (2021) yang membagi proses penyembuhan luka menjadi tiga fase yaitu inflamasi, proliferasi, dan maturasi. Pada pasien diabetes, fase inflamasi sering kali berkepanjangan akibat respons imun yang terganggu, yang menyebabkan peradangan kronis dan memperlambat transisi ke fase proliferasi.

Berdasarkan analisa peneliti, kondisi riwayat diabetes yang dialami kedua pasien menandakan bahwa pasien mengalami peningkatan gula darah yang menyebabkan berbagai perubahan fisiologis termasuk sehingga menyebabkan darah kaya oksigen dialirkan menjauhi permukaan kulit dan menyebabkan timbulnya gangguan integritas kulit/jaringan. Akibat kondisi klien maka perawat perlu melakukan asuhan keperawatan yang dapat mengatasi masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan seperti penerapan modern dressing. Pada Tn. D, keberadaan pus menunjukkan bahwa luka berada pada fase inflamasi yang rumit akibat infeksi, sedangkan luka Tn. S tampaknya masih dalam tahap inflamasi awal dengan kemerahan sebagai tanda peradangan aktif. Pengkajian ulkus diabetikum perlu dilakukan secara menyeluruh untuk menentukan kondisi luka dan intervensi yang tepat. Aspek yang dikaji meliputi kondisi luka (ukuran, dasar, tepi, tanda infeksi), status vaskular dan neurologis (warna kulit, suhu akral,

pulsasi, dan sensasi), serta kondisi sistemik seperti kadar gula darah, status nutrisi, dan kebersihan diri. Selain itu, pengkajian psikososial mencakup pengetahuan pasien, kepatuhan terapi, dan dukungan keluarga. Oleh karena itu, pendekatan keperawatan harus disesuaikan dengan tahapan penyembuhan luka dan kondisi spesifik masing-masing pasien.

## **2. Diagnosis keperawatan**

Berdasarkan data yang ditemukan dalam pengkajian terhadap Tn. S dan Tn. D dapat ditegakkan diagnosa keperawatan menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan ditandai dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan nyeri.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori bahwa diagnosa keperawatan yang muncul dalam kasus Tn. S dan Tn. D sesuai dengan teori serta tanda-tanda mayor dan minor kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan nyeri yang terdapat di dalam buku SDKI yaitu kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan nyeri. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Yunitamara dan Husain (2022) bahwa pasien dengan ulkus diabetikum mengalami masalah keperawatan berupa gangguan integritas kulit/jaringan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan karena gangguan sirkulasi akibat dari hiperglikemi. Gangguan integritas kulit/jaringan pada pasien ulkus diabetikum timbul akibat kerusakan jaringan yang dipicu oleh faktor neuropati, gangguan vascular, infeksi tekanan mekanis dan penyembuhan yang lambat (Melani et al., 2024).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Kusuma (2023), neuropati perifer mengurangi sensasi sehingga pasien tidak menyadari trauma ringan sedangkan gangguan vaskular menyebabkan iskemik lokal yang terlihat pada kemerahan. Diagnosa tambahan yang muncul dari kasus ini adalah nyeri akut, terkait dengan kerusakan jaringan dan peradangan lokal, ditandai

dengan laporan nyeri pada kedua pasien. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Atmi (2025), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri akibat kerusakan jaringan pada ekstremitas, hal ini sejalan dengan Tn. S dan Tn. D yang mengeluh nyeri pada area ulkus diabetikum. Ketidakstabilan kadar glukosa darah yang ditandai dengan riwayat diabetes mellitus pada kedua pasien yang tidak terkontrol dapat memperburuk penyembuhan luka.

Berdasarkan analisa peneliti ditemukan kesesuaian antar teori dan kasus bawa kondisi ulkus diabetikum menimbulkan gangguan integritas kulit/jaringan sehingga diperlukan perumusan diagnosa keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut. Berdasarkan data klinis dan teori, diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada Tn. S dan Tn. D sangat relevan dengan kondisi mereka. Gangguan integritas kulit/jaringan pada kedua pasien mencerminkan dampak fisiologis dari diabetes mellitus, khususnya hiperglikemia yang menyebabkan gangguan vaskular dan penyembuhan luka yang lambat. Untuk menangani diagnosa tersebut, perawat direkomendasikan melakukan perawatan luka dengan modern dressing, memantau tanda infeksi, mengajarkan perawatan kaki, mengontrol kadar gula darah, dan memberikan edukasi pasien. Selain itu, manajemen nyeri perlu dilakukan dengan pemantauan intensitas nyeri, teknik relaksasi, serta pemberian analgetik bila diperlukan. Pendekatan ini penting untuk mempercepat penyembuhan luka dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

### **3. Intervensi keperawatan**

Rencana intervensi keperawatan berdasarkan Persatuan Perawat Indonesia, (2018) yang dilakukan pada penelitian ini yaitu I.14564 perawatan luka dengan fokus penerapan modern *dressing* dengan tindakan observasi yaitu onitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) dan monitor tanda-tanda infeksi, tindakan terapeutik yaitu melepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan daryant tulle, 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, berikan suplemen vitamin dan mineral. Tindakan edukasi yang direncanakan untuk Tn S dan Tn. D ialah jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein serta ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. Tindakan kolaborasi yang direncanakan ialah prosedur debridement. Asuhan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam dengan harapan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun dan perdarahan menurun.

Hasil dari penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Putri (2023) menggunakan modern dressing sebagai intervensi utama yang dilakukan dengan memonitor karakteristik luka dan tanda-tanda infeksi lalu, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9%, membersihkan jaringan nekrotik, memberikan daryant tulle, memasang balutan pada luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan tujuan agar integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun dan nyeri menurun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Irwan (2022) bahwa modern dressing seperti pemberian daryant tulle dilakukan untuk mengatasi gangguan integritas kulit/jaringan. Modern dressing dengan pemberian daryant tulle menciptakan lingkungan penyembuhan yang ideal dengan menjaga kelembapan luka, melindungi luka dari infeksi, mengurangi trauma akibat pergantian balutan dan mengelola eksudat untuk mencegah maserasi jaringan sekitar (Hidayat et al., 2021). Intervensi modern dressing dengan pemberian daryant tulle pada penelitian ini memiliki tujuan yang sejalan dengan penelitian yang dilakukan Hamidah (2025) bahwa penerapan modern dressing dengan daryant tulle bertujuan untuk mendukung regenerasi jaringan dan mengurangi komplikasi.

Berdasarkan analisa peneliti, penerapan modern dressing dengan memberikan daryant tullepada kedua pasien akan membantu masalah keperawatan yaitu gangguan integritas kulit teratasi dengan memberikan lingkungan yang lembab untuk proses penyembuhan luka dan mempercepat dalam regenerasi sel. Penerapan modern dressing dengan pemberian daryant tulle akan meningkatkan penyembuhan luka dengan mempercepat regenerasi sel dan mencegah timbulnya infeksi. Berdasarkan analisa peneliti, daryant tulle mengatasi gangguan integritas kulit dengan kombinasi intervensi yang lain seperti edukasi, observasi dan terapi farmakologi yang disusun secara holistic dapat menangani aspek biologis, klinis dan psikososial pasien.

Sebagai tindak lanjut, perawat direkomendasikan untuk melakukan perawatan luka menggunakan modern dressing, memantau tanda-tanda infeksi, mengontrol kadar glukosa darah, dan memberikan edukasi terkait perawatan kaki. Selain itu, manajemen nyeri dilakukan melalui observasi intensitas nyeri, teknik relaksasi, dan kolaborasi pemberian analgetik. Penting juga dilakukan kolaborasi dengan dokter ahli gizi guna menyusun rencana diet yang mendukung penyembuhan luka, mengontrol kadar gula darah, dan meningkatkan status nutrisi pasien, mengingat nutrisi yang baik mempercepat proses regenerasi jaringan dan mencegah komplikasi lebih lanjut.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi hari ke-1, 3 dan 5 kepada Tn. S dilakukan pada tanggal 24, 26 dan 28 April 2025 sedangkan kepada Tn. D pada tanggal 27 dan 29 April 2025 serta 1 Mei 2025. Implementasi yang dilakukan perawat yaitu memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau), memonitor tanda-tanda infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, membersihkan jaringan nekrotik dan memberikan

daryant tulleyang sesuai ke kulit/lesi, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril, mengganti balutan, menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam dan memberikan suplemen vitamin dan mineral.

Implementasi hari ke-2 dan 4 kepada Tn. S dilakukan pada tanggal 25 dan 27 April 2025 sedangkan kepada Tn. D pada tanggal 28 dan 30 April 2025 ialah memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau), memonitor tanda-tanda infeksi, mempertahankan teknik steril, mengganti balutan, menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dan mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Hamidah (2025) yang menerapkan implementasi perawatan luka mengganti balutan dengan modern dressing dilakukan 2 hari sekali dan pada penelitian ini Tn. S dan Tn. D melakukan modern dressing dengan daryant tulle 2 hari sekali. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Amanda (2021) modern dressing dengan penerapan daryant tulle yang digunakan untuk perawatan luka pada Tn. S dan Tn. D dapat meningkatkan tingkat penyembuhan luka pasien ulkus diabetikum. Pembersihan jaringan nekrotik dan prosedur debridement berperan penting dalam penyembuhan ulkus diabetikum (Escobar et al., 2022). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Minarningtyas dan Setiyaningsih (2025) menyatakan bahwa dengan menghilangkan jaringan nekrotik dan menerapkan daryant tulle maka luka dapat memasuki fase poliferasi lebih cepat sehingga hasil lebih optimal, hal ini sejalan dengan implementasi yang diberikan kepada kedua pasien. Putri dan Puji (2024) mengatakan bahwa modern dressing dapat mengurangi kejadian infeksi dengan menyerap eksudat berlebih.

Berdasarkan analisa peneliti bahwa modern dressing dengan pemberian daryant tulle efektif dalam mengatasi gangguan integritas kulit didukung dengan landasan teoritis. Implementasi yang diterapkan kepada kedua

pasien menggunakan pendekatan komperhensif yang mencakup observasi, tindakan terapeutik dan edukasi. Penggunaan daryant tulle sebagai bagian dari modern dressing yang diterapkan kepada kedua pasien didukung oleh teori yang kuat. Hambatan dalam pemberian implementasi ialah waktu penelitian yang terbatas sehingga implementasi tidak dapat diberikan sampai luka ulkus diabetikum sembuh sepenuhnya. Berdasarkan analisa peneliti implementasi penerapan modern dressing dilakukan secara komperhensif agar integritas kulit dapat meningkat, namun akibat keterbatasan waktu penelitian maka selain memberikan implementasi penerapan modern dressing makan peneliti memberi edukasi terkait penerapan modern dressing kepada pasien dan keluarga pasien agar implementasi tetap dilakukan di rumah dengan tujuan agar ulkus diabetikum segera sembuh.

## **5. Evaluasi keperawatan**

Pada hari ke-1 Tn. S didapatkan hasil setelah implementasi yaitu pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kaki kanan sejak 3 har lalu, terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan, lebar luka kurang lebih 4,5 cm, hitam kemerahan, eksudat sedang, bau sedang, jaringan nekrotik sedang(>25%-50%), skala nyeri 2 ,klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan, TD 142/81 mmHg, N 78 x/menit, RR 20 x/menit, S 36,6 °C sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi dan lanjutkan intervensi. Sedangkan pada Tn. D, lebar luka kurang lebih 7 cm, hitam kemerahan, terdapat nanah, bau sedang, jaringan nekrotik luas (>50%-75%), skala nyeri 3, klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan, TD 142/81 mmHg, N 78 x/menit, RR 20 x/menit, S 37 °C sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi dan lanjutkan intervensi. Pada hari pertama perbedaan kondisi luka pada kedua pasien ialah pus, bau dan eksudat yang dialami Tn. D sedangkan Tn D tidak.

Pada hari ke-2, hasil evaluasi Tn. S yaitu pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kanan sejak 3 hari lalu. terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan, lebar luka kurang lebih 4,5 cm, hitam kemerahan, eksudat sedang, bau sedang, jaringan nekrotik sedang(>25%-50%), skala nyeri 2, TD 123/81 mmHg, N 77 x/menit, RR 18 x/menit dan S 36,5°C dengan kesimpulan masalah gangguan integritas kulit/ jaringan teratasi sebagian. Hasil evaluasi Tn. D ialah pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan, lebar luka kurang lebih 6,5 cm, hitam kemerahan, terdapat nanah, bau sedang, jaringan nekrotik luas (>50%-75%), skala nyeri 3, klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan, TD 142/81 mmHg, N 78 x/menit, RR 20 x/menit, S 37°C sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi dan lanjutkan intervensi. Pada hari kedua terlihat kondisi luka ulkus diabetikum pada kedua pasien masih sama dan belum ada perubahan kondisi.

Pada hari ke-3, hasil evaluasi Tn. S yaitu pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kanan sejak 3 hari lalu. terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan, lebar luka kurang lebih 4cm, merah, eksudat sedikit, bau ringan, jaringan nekrotik sedikit (<25%), skala nyeri 1, TD 129/78 mmHg, N 80 x/menit, RR 19 x/menit dan S 36,7°C dengan kesimpulan masalah gangguan integritas kulit/ jaringan teratasi sebagian. Hasil evaluasi Tn. D ialah pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan, lebar luka kurang lebih 6 cm, hitam kemerahan, terdapat nanah, bau sedang, jaringan nekrotik sedang (>25%-50%), skala nyeri 3, klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan, TD 140/78 mmHg, N 76 x/menit, RR 19 x/menit, S 36,7 °C sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi dan lanjutkan intervensi. Pada hari ke-3 terlihat kondisi luka ulkus diabetikum pada Tn. S terdapat peningkatan kondisi yang ditandai dengan tidak adanya jaringan nekrotik sedangkan pada Tn. D didapatkan peningkatan kondisi berupa jaringan nekrotik (-), akral hangat, pus minimal, eksudat minimal, kemerahan menurun.



Pada hari ke-4 ditemukan bahwa Tn. S yaitu pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kanan sejak 3 hari lalu. terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan, lebar luka kurang lebih 3,5 cm, merah, eksudat sedikit, bau ringan, jaringan nekrotik sedikit (<25%), skala nyeri 1, TD 129/78 mmHg, N 80 x/menit, RR 19 x/menit dan S 36,7 °C dengan kesimpulan masalah gangguan integritas kulit/ jaringan teratasi sebagian. Hasil evaluasi Tn. D ialah pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan, lebar luka kurang lebih 5,5 cm, merah, eksudat sedang, bau ringan, jaringan nekrotik sedang (>25%-50%), skala nyeri 2, klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan, TD 140/78 mmHg, N 76 x/menit, RR 19 x/menit, S 36,7 °C sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi dan lanjutkan intervensi. Pada hari ke-4 terlihat kondisi luka ulkus diabetikum pada Tn. S terdapat peningkatan kondisi yang ditandai dengan tidak adanya jaringan nekrotik sedangkan pada Tn. D didapatkan peningkatan kondisi berupa jaringan nekrotik (-), akral hangat dan pus tidak ada.

Pada hari ke-5 ditemukan bahwa Tn. S yaitu pasien mengatakan nyeri ulkus diabetikum pada tungkai kanan sejak 3 hari lalu. terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan, lebar luka kurang lebih 3 cm, merah, eksudat tidak ada, bau tidak ada, jaringan nekrotik tidak ada, skala nyeri 0, TD 129/81 mmHg, N 72 x/menit, RR 19 x/menit dan S 36,9 °C dengan kesimpulan masalah gangguan integritas kulit/ jaringan teratasi sebagian. Hasil evaluasi Tn. D ialah pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan, lebar luka kurang lebih 5 cm, merah, eksudat sedikit, bau ringan, jaringan nekrotik sedikit (<25%), skala nyeri 2 klien tampak kesakitan pada luka ditungkai kaki kanan, TD 128/81 mmHg, N 72 x/menit, RR 19 x/menit, S 36,7 °C sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi dan lanjutkan intervensi. Pada hari ke-5 terlihat kondisi luka ulkus diabetikum pada Tn. S terdapat peningkatan kondisi yang ditandai dengan tidak adanya jaringan nekrotik sedangkan pada Tn. D

didapatkan peningkatan kondisi berupa pus tidak ada, eksudat tidak ada dan bau tidak ada.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Amanda (2021) bahwa modern dressing dengan penerapan daryant tulle meningkatkan penyembuhan luka pasien ulkus diabetikum yang disebabkan oleh gangguan integritas kulit/jaringan. Gangguan integritas kulit pada ulkus diabetikum merupakan komplikasi serius diabetes mellitus yang ditandai dengan luka terbuka, sering kali pada kaki, akibat neuropati perifer, gangguan vaskular, dan respons imun yang lemah (Rosadi & Putri, 2024). Pendekatan modern dressing telah menjadi standar dalam perawatan luka karena kemampuannya mempercepat penyembuhan, mengurangi risiko infeksi, dan meningkatkan kenyamanan pasien (Hidayat et al., 2021). Penerapan modern dressing dalam perawatan luka dikembangkan oleh Kusumastuty dan Dewi (2020) yang menegaskan bahwa lingkungan lembab mempercepat penyembuhan luka, hal ini sejalan dengan hasil evaluasi penelitian yang menunjukkan peningkatan berupa terlihat kondisi luka ulkus diabetikum pada Tn. S terdapat peningkatan kondisi yang ditandai dengan tidak adanya jaringan nekrotik sedangkan pada Tn. D didapatkan peningkatan kondisi berupa pus tidak ada, eksudat tidak ada dan bau tidak ada. Penerapan modern dressing pada ulkus diabetikum melibatkan pemilihan balutan yang sesuai dengan karakteristik luka, prosedur aplikasi yang tepat, dan evaluasi berkala untuk memastikan efektivitas. Pemilihan balutan didasarkan pada pengkajian luka yang mencakup ukuran, kedalaman, jumlah eksudat, dan tanda infeksi, menggunakan alat seperti Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) (Black et al., 2022).

Menurut analisa peneliti, berdasarkan hasil yang diperoleh pada kedua kasus didapatkan bahwa penerapan modern dressing pada gangguan integritas kulit akibat ulkus diabetikum meningkatkan penyembuhan luka, mengurangi komplikasi, dan mendukung asuhan keperawatan. Hasil penerapan modern dressing menyebabkan perubahandari adanya jaringan

nekrotik, pus dan bau menjadi tidak ada sehingga dapat disimpulkan bahwa penerapan modern dressing ini membantu luka untuk melakukan regenerasi dan membuat luka membaik. Bukti ilmiah mendukung efektivitas modern dressing. Studi oleh Alzain (2024) menunjukkan bahwa balutan ini mempercepat penyembuhan dan mengurangi risiko infeksi. Kolaborasi dengan tim multidisiplin, seperti ahli gizi untuk mendukung status nutrisi dan dokter untuk manajemen glikemik, juga diperlukan untuk mengoptimalkan hasil. Namun, peneliti mengakui bahwa gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi sepenuhnya, terutama pada Tn. D, karena ukuran luka yang lebih besar dan durasi penelitian yang terbatas. Ulkus diabetikum sering memerlukan perawatan jangka panjang, terutama pada pasien dengan kontrol glikemik yang buruk atau komorbiditas seperti gangguan vaskular. Untuk mengatasi keterbatasan ini, edukasi pasien dan keluarga tentang perawatan luka mandiri menjadi strategi kunci. Dengan mengajarkan teknik pembersihan luka, penggantian balutan, dan pengenalan tanda-tanda infeksi, peneliti memastikan kelanjutan perawatan di luar setting klinis

## **6. Penerapan intervensi perawatan luka modern dressing yang dilakukan pada pasien penggunaan balutan modern sebagai bagian dari dokumentasi keperawatan.**

### **a. Deskriptif Luka**

Berdasarkan Tabel 4.6, ditemukan bahwa terapi luka yang diberikan pada partisipan1 dengan ulkus diabetikum menghasilkan perbaikan klinis yang signifikan dari waktu ke waktu. Pada observasi awal (pertemuan 1–2), luka menunjukkan ukuran 4,5 cm dengan warna hitam kemerahan, eksudat sedang, bau sedang, dan nyeri skala 2. Ciri-ciri tersebut menggambarkan kondisi luka pada fase inflamasi, ditandai dengan adanya jaringan nekrotik dan risiko infeksi.

Namun, seiring berjalannya waktu hingga pertemuan ke-5, terdapat penurunan ukuran luka menjadi 3,0 cm, perubahan warna menjadi

merah (indikasi jaringan granulasi aktif), eksudat dan bau luka hilang, serta nyeri menurun hingga skala 0. Kondisi ini menggambarkan transisi dari fase inflamasi ke fase proliferasi, yang merupakan tahap kunci dalam proses penyembuhan luka kronis seperti ulkus diabetikum.

Berdasarkan Tabel 4.7, terlihat bahwa partisipan<sup>2</sup> mengalami proses penyembuhan luka yang berlangsung secara bertahap, ditandai dengan penurunan ukuran luka, perubahan karakteristik jaringan, dan penurunan parameter inflamasi. Awalnya, luka berukuran 7 cm dengan jaringan nekrotik berat (skor 4), eksudat purulen, bau sedang, dan skala nyeri 3, menunjukkan bahwa luka berada pada fase inflamasi akut yang aktif dan terindikasi infeksi.

Namun, pada observasi pertemuan ke-5, ukuran luka menurun menjadi 5 cm, warna luka berubah menjadi merah yang menandakan terbentuknya jaringan granulasi, serta eksudat dan bau luka mulai menurun. Penurunan deskripsi jaringan nekrotik dari skor 4 ke skor 2 menunjukkan efektivitas proses debridement, baik secara autolitik (melalui modern dressing seperti hidrogel), mekanik, maupun enzimatik.

Perubahan tersebut sejalan dengan teori tahapan penyembuhan luka kronik yang meliputi fase inflamasi, fase proliferasi, dan fase maturasi. Dalam konteks ini, respon positif terhadap terapi menunjukkan bahwa luka berhasil melewati fase inflamasi dan mulai memasuki fase proliferasi, di mana pembentukan jaringan baru dan neovaskularisasi berlangsung.

Temuan ini selaras dengan studi Frykberg & Banks (2015) yang menyatakan bahwa keberhasilan penyembuhan luka tergantung pada pengelolaan fase inflamasi yang efektif, debridemen jaringan nekrotik, serta penciptaan lingkungan luka yang optimal melalui terapi lokal

seperti modern dressing. Mereka menegaskan bahwa pengurangan eksudat dan nyeri menjadi indikator penting dari perbaikan klinis luka. Serta menekankan bahwa perawatan luka modern (seperti penggunaan balutan hidrogel, foam, atau alginat) mampu mengontrol eksudat, menjaga kelembapan luka, dan memfasilitasi debridement autolitik, sehingga mempercepat peralihan dari fase inflamasi ke fase proliferasi.

Selain itu, Gupta et al. (2021) dalam *Journal of Diabetes Research* menunjukkan bahwa intervensi dengan balutan modern yang menjaga kelembapan dan mendukung debridemen autolitik mempercepat transisi luka dari fase inflamasi ke fase proliferasi. Penurunan eksudat dan ukuran luka yang disertai hilangnya bau luka, menurut mereka, merupakan bukti bahwa infeksi lokal berhasil dikendalikan, yang menjadi syarat utama untuk memulai regenerasi jaringan.

Selain itu, Atkin et al. (2019) dalam *Wounds International* menyatakan bahwa pengurangan jaringan nekrotik dan eksudat, bersamaan dengan terbentuknya jaringan granulasi merah, merupakan indikator objektif bahwa luka merespon terapi secara optimal. Mereka menekankan pentingnya penilaian holistik luka secara berkala untuk menentukan keberlanjutan intervensi atau perlunya modifikasi.

Meskipun skala nyeri masih berada pada tingkat sedang pada partisipan 2, kecenderungan menurun mengindikasikan bahwa aktivitas inflamasi lokal mulai berkurang, dan intervensi yang diberikan berhasil menurunkan sensitivitas nosiseptor perifer, yang sering terjadi akibat infeksi atau tekanan jaringan.

Secara klinis, hasil ini mendukung bahwa intervensi luka yang tepat – baik dalam bentuk terapi topikal (misalnya modern dressing) maupun pendekatan sistemik (seperti kontrol glukosa darah dan antibiotik bila perlu) – berkontribusi langsung terhadap penurunan tanda inflamasi,

pertumbuhan jaringan sehat, dan kontrol infeksi. Serta menunjukkan bahwa intervensi luka yang dilakukan memberikan hasil klinis yang positif, baik dari sisi morfologi luka maupun gejala subjektif pasien, serta mendukung efektivitas pendekatan perawatan luka modern yang berbasis bukti (evidence-based wound care).

b. Deskriptif Jaringan Nekrotik

Berdasarkan Grafik 4.1 diatas didapatkan Responden 1 menunjukan bahwa pada pertemuan ke 1 didapatkan jaringan nekrotik dengan skala 3 lalu mengalami perbaikan jaringan nekrotik secara bertahap hingga ke 5 dengan skala 1. Sedangkan pada responden 2 juga didapatkan bahwa adanya perbaikan jaringan nekrotik dari skala 4 pada pertemuan 1 hingga skala 2 pada pertemuan ke 5 yang menunjukkan perbaikan pada jaringan nekrotik. Meskipun Responden 2 memulai dengan tingkat nekrosis yang lebih tinggi, pada penerapan perawatan modern dressing pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan integritas kulit , tetap didapatkan hasil pada ke 2 responden bahwa adanya perubahan jaringan nekrotik menjadi lebih baik yang konsisten sehingga menunjukkan adanya efektivitas intervensi atau terapi yang diterapkan selama periode observasi.

Penelitian oleh Frykberg et al. (2015) dalam jurnal *Advances in Wound Care*, yang menyatakan bahwa penggunaan balutan modern seperti hidrogel, alginat, atau foam dressing efektif dalam mempercepat proses debridemen autolitik dan meningkatkan granulasi jaringan pada luka ulkus diabetikum. Penelitian tersebut menekankan bahwa balutan modern menciptakan lingkungan lembap yang optimal untuk penyembuhan luka serta menurunkan risiko infeksi sekunder.

Selain itu, Apelqvist et al. (2017) dalam *Diabetes/Metabolism Research and Reviews* juga melaporkan bahwa terapi luka dengan pendekatan modern menunjukkan waktu penyembuhan yang lebih cepat

dibandingkan metode konvensional, terutama pada pasien dengan gangguan vaskular dan neuropati seperti pada ulkus diabetikum.

Dari hasil observasi dan dukungan teori di atas, dapat diasumsikan bahwa intervensi menggunakan modern dressing memberikan efek positif terhadap perbaikan jaringan nekrotik, bahkan pada kondisi awal yang cukup berat. Proses pembersihan jaringan mati dan stimulasi pertumbuhan jaringan baru dapat terjadi lebih optimal dengan teknik ini.

c. Penilaian Skala Nyeri

Berdasarkan Grafik 4.2 diatas didapatkan Responden 1 menunjukkan penurunan nyeri yang signifikan dari skala 2 pada pertemuan ke 1 hingga mencapai skala 0 pada pertemuan ke 5, yang mengindikasikan resolusi total terhadap sensasi nyeri. Sementara itu, Responden 2 memulai pada skala nyeri 3 dan mengalami penurunan bertahap hingga mencapai skala 2 pada pertemuan ke 4, kemudian stabil hingga pertemuan ke 5. Secara keseluruhan, grafik ini menunjukkan adanya perbaikan gejala nyeri pada kedua responden, dengan responden 1 menunjukkan perbaikan yang lebih cepat dan signifikan. Hal ini dapat mencerminkan efektivitas terapi atau intervensi yang diberikan dalam mengurangi persepsi nyeri, yang merupakan salah satu indikator penting dalam proses penyembuhan klinis.

Penemuan ini sejalan dengan penelitian Frykberg & Banks (2015) yang menyatakan bahwa penggunaan balutan modern seperti hidrogel, alginat, dan foam dapat mengurangi trauma pada luka saat pergantian balutan, menjaga kelembapan optimal, serta meminimalkan stimulasi nosiseptor, sehingga membantu mengurangi sensasi nyeri.

Selain itu, penelitian oleh Brumberg et al. (2021) dalam *Journal Biomedicine* tentang *Modern Wound Dressings : Hidrogel Dressings* menyatakan bahwa balutan hidrogel memiliki sifat degradasi

yang baik dan dapat meningkatkan kenyamanan pasien dengan mengurangi nyeri selama pergantian balutan.

Penurunan nyeri ini mengindikasikan keberhasilan pendekatan perawatan yang digunakan, karena pengurangan nyeri merupakan salah satu indikator klinis utama dalam menilai efektivitas intervensi penyembuhan luka. Dengan demikian, hasil grafik tersebut memperkuat bukti bahwa perawatan luka menggunakan modern dressing tidak hanya mempercepat regenerasi jaringan tetapi juga efektif dalam mengurangi nyeri — aspek penting dalam kualitas hidup pasien dengan ulkus diabetikum.

d. Implikasi

EBN adalah pendekatan keperawatan berbasis bukti ilmiah terbaik yang tersedia, dikombinasikan dengan pengalaman klinis dan preferensi pasien (Beeckman et al., 2024). Dalam konteks gangguan integritas kulit, EBN mendukung penggunaan modern dressing karena efektivitasnya telah terbukti melalui berbagai penelitian.

Modern dressing dapat meningkatkan tingkat penyembuhan luka pasien ulkus diabetikum (Hamidah, 2025). Penelitian yang dilakukan Irwan (2022) membuktikan bahwa modern dressing mempercepat penyembuhan luka hingga 14% dibandingkan balutan tradisional (kasa). Ini berimplikasi pada pengurangan durasi rawat inap atau perawatan rawat jalan.

Modern dressing terbukti dapat menurunkan risiko infeksi dengan mengurangi beban bakteri pada luka seperti yang dilaporkan Putri dan Puji (2024). Hal ini mengurangi kejadian infeksi sekunder, yang sering menjadi komplikasi pada ulkus diabetikum atau dekubitus.

Modern dressing juga memiliki kemampuan manajemen eksudat yang lebih baik. Modern dressing dapat menyerap eksudat berlebih,



mencegah macerasi kulit sekitar luka, sehingga menjaga integritas kulit dan meningkatkan kenyamanan pasien(Raju et al., 2022).

Pendekatan modern dressing menawarkan keunggulan dibandingkan balutan tradisional karena kemampuannya menjaga lingkungan luka yang lembap, yang terbukti mempercepat proliferasi sel dan pembentukan jaringan baru. Namun, tantangan dalam implementasi meliputi biaya yang relatif tinggi dan keterbatasan akses di fasilitas kesehatan tertentu. Oleh karena itu, perawat harus mampu memilih balutan yang efektif namun tetap sesuai dengan kebutuhan pasien.

b. Keterbatasan

Keterbatasan penelitian ini ialah:

- 1) Keterbatasan karakteristik sampel karena heterogenitas pasien
- 2) Durasi penelitian yang terbatas karena penyembuhan luka ulkus diabetikum memerlukan waktu yang lama sembuh sepenuhnya

c. Rencana tindak lanjut

Adapun rencana tindak lanjut dari asuhan keperawatan ini menganjurkan keluarga dan pasien untuk melakukan perawatan luka dengan teknik modern dressing apabila pasien sudah berada di rumah agar keluhan cepat teratasi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan penerapan perawatan luka modern dressing Pada Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Integritas Kulit Di Ruangan Central Pria RSUP Mdjamil Padang dapat disimpulkan bahwa:

1. pengkajian keperawatan pada penerapan intervensiperawatan luka modern dressing pada kasus Tn. S ditemukan data subjektif bahwa pasien mengatakan nyeri pada tungkai kaki kanan sejak 3 hari yang lalu dan ditemukan data objektif bahwa terdapat ulkus diabetikum atau luka pada tungkai kaki kanan dengan lebar luka kurang lebih 4-5 cm, kemerahan, akral hangat dan klien tampak kesakitan pada luka tungkai kaki kanan sedangkan pada kasus Tn. D ditemukan data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri luka pada kaki kanan dirasa sejak 1 bulan yang lalu dan ditemukan data objektif yaitu terdapat luka pada kaki kanan dengan lebar luka kurang lebih 8-10 cm, terdapat pus, balutan kotor dan basah, akral hangat dan klien tampak kesakitan pada luka kaki kanan.
2. Diagnosis keperawatan dilakukan penerapan intervensiperawatan luka modern dressing Tn. S dan Tn. D dapat ditegakkan diagnosa keperawatan utama yaitu gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan ditandai dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit dan nyeri.
3. Intervensi keperawatan dilakukan penerapan intervensiperawatan luka modern dressing berdasarkan Persatuan Perawat Indonesia, (2018) yang dilakukan pada penelitian ini yaitu I.14564 perawatan luka dengan fokus penerapan modern *dressing*. Asuhan keperawatan dilakukan selama 3x24 jam dengan harapan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan

menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun dan perdarahan menurun.

4. Implementasi keperawatan dilakukan penerapan intervensi perawatan luka modern dressing dengan fokus masalah gangguan integritas kulit/jaringan dilakukan dengan penerapan modern dressing yang dilakukan pergantian balutan setiap hari. Observasi yang dilakukan perawat yaitu memonitor karakteristik luka dan memonitor tanda-tanda infeksi. Terapeutik yang dilakukan ialah melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, membersihkan jaringan nekrotik dan memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril, mengganti balutan, menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam dan memberikan suplemen vitamin dan mineral. Tindakan edukasi yang dilakukan ialah menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dan mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. Tindakan kolaborasi yang dilakukan ialah mengkolaborasi prosedur debridement
5. Evaluasi keperawatan dilakukan penerapan intervensi perawatan luka modern dressing pada Tn. S dan D memberikan hasil yang cukup memuaskan. Tn. S mengalami perubahan berupa tidak adanya jaringan nekrotik, tidak ada kemerahan sedangkan perubahan pada Tn. D ialah pus tidak ada, eksudat tidak ada, kemerahan tidak ada.

## **B. Saran**

1. Bagi instansi pendidikan

Poltekkes Kemenkes Padang dapat menjadikan karya tulis ilmiah ini menjadi salah satu referensi untuk menambah pengetahuan dalam asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum dengan penerapan perawatan luka modern *dressing*.

2. Bagi RSUP Dr. Djamil Padang

Penerapan perawatan luka dengan modern *dressing* dapat dijadikan sebagai inovasi rumah sakit untuk penyembuhan luka ulkus diabetikum serta melakukan kolaborasi dengan dokter ,ahli gizi yang dapat memantau diit,obat untuk penyembuhan luka ulkus diabetikum yang baik

3. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian selanjutnya melakukan pengembangan penelitian sejenis dengan lebih menggali beberapa faktor yang mempengaruhi kondisi luka dan dapat menggabungkan dengan terapi lain yang dapat membabntu mengatasi masalah gangguan integritas kulit lebih cepat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alzain, A. S., Althobaiti, I. A., Aljameeli, H. B., & Albahrani, A. R. (2024). *Advancements in Wound Care Nursing : A Review of Innovative Dressings and Techniques*. 4(12), 1016–1023.
- Amanda, A., Iksan, R. R., & Wahyuningsih, S. A. (2021). Penerapan Perawatan Luka Modern Dressing pada Lansia Penderita Diabetes Melitus. *Malahayati Nursing Journal*, 1(1), 13–26. <https://doi.org/10.33024/mnj.v1i1.5324>
- Atmi, H., Rahmah, N., & Anita, D. C. (2025). *Gangguan integritas jaringan pada ulkus diabetikum*. 3, 847–854.
- Babamiri, B., Faramarzi, M. R., Taraj, S. K., Faraji, N., Goli, R., & Mohammadi, F. (2024). Healing of a diabetic foot wound through surgical debridement using med-honey, maggot therapy, and human amniotic membrane: A case study. *International Journal of Surgery Case Reports*, 122(July), 110041. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.110041>
- Beeckman, D., Cooper, M., Greenstein, E., Idensohn, P., Klein, R. J., Kolbig, N., LeBlanc, K., Milne, C., Treadwell, T., Weir, D., & White, W. (2024). The role community-based healthcare providers play in managing hard-to-heal wounds. *International Wound Journal*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/iwj.14402>
- Black, J. M., Hawks, J. H., Syarif, H., & Tutiany, T. (2022). *KMB: Dasar-Dasar Keperawatan Medikal Bedah*. Elsevier Health Sciences. <https://books.google.co.id/books?id=7UWeEAAQBAJ>
- Chopra, S., Bansal, P., & Bansal, P. (2020). Comparison of the Prevalence of Syndrome X in Middle-Aged Indian Males Using International Diabetes Federation (IDF) Versus World Health Organization (WHO) Criteria and Correlation with Insulin Resistance and Microalbuminuria. *J Adv Med Dent Scie Res*, 8(1), 184–186. <https://doi.org/10.21276/jamdsr>
- CWCCA. (2022). Modul Pelatihan Perawatan Luka (5 Ed.). In *Modul*. Yayasan

Woucare Indonesia.

Escobar, S., Afonso, F. J., Álvarez, Y., López-Moral, M., Lázaro-Martínez, J. L., & García-Morales, E. (2022). Ultrasound-Assisted Wound (UAW) Debridement in the Treatment of Diabetic Foot Ulcer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7). <https://doi.org/10.3390/jcm11071911>

Faraji, N., Parizad, N., Goli, R., Nikkhah, F., & Golhkar, M. (2023). Fighting diabetic foot ulcer by combination therapy, including larva therapy, Medi honey ointment, and silver alginate dressings: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 113(November), 109055. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.109055>

Hamidah, N. A. (2025). *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat Gambaran Wound Care ( Modern Dressing ) dalam Mengatasi Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan Ulkus Diabetikum ( Studi Kasus )*. 3(1).

Harahap, S. S. (2018). *Analisis Kritis Atas Laporan Keuangan*. PT. Rajagrafindo Persada.

Hayati, N. A., & Hartiti, T. (2021). Pemberian Aromaterapi Lavender Menurunkan Intensitas Nyeri Post Op Debridement Pada Pasien Ulkus Granulosum. *Ners Muda*, 2(1), 49. <https://doi.org/10.26714/nm.v2i1.6233>

Hidayat, S., R, N. M., Astuti, P., & Ponirah. (2021). Literature Review Efektivitas Modern Dressing Hydrocolloid Terhadap Penyembuhan Luka Pada Pasien Diabetes Mellitus Stikes Bani Saleh , Jawa Barat , Indonesia. *Jurnal Keperawatan Merdeka*, 1(perawatan luka), 81–92.

Irwan, M., Indrawati, Maryati, Risnah, & Arafah, S. (2022a). Efektivitas Perawatan Luka Modern dan Konvensional terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetik. *Jurnal Ilmiah Mappadising*, 4(1), 237–245. <https://doi.org/10.54339/mappadising.v4i1.291>

Irwan, M., Indrawati, Maryati, Risnah, & Arafah, S. (2022b). Efektivitas Perawatan

Luka Modern dan Konvensional terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetik. *Jurnal Ilmiah Mappadising*, 4(1), 237–245.  
<https://doi.org/10.54339/mappadising.v4i1.291>

Khotijah, S., & Susilo, T. (2025). *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat Pengelolaan Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan pada Pasien Ulkus Diabetikum dengan Perawatan Luka Modern ( Studi Kasus )*. 3(1).

Kusuma, R. D. N., Sebayang, S. M., & Wibowo, T. H. (2023). Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit/Jaringan pada Diabetes Mellitus Tipe 2. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(3), 235–241.  
<https://doi.org/10.53801/jnep.v2i3.141>

Kusumastuty, H., & Dewi, N. S. (2020). *Penggunaan Terapi Komplementer dalam Modern Wound Dressing pada Pasien dengan Luka Diabetes : Literature Review*. 3(2), 81–91.

Melani, M., Rahmawati, I., & Janes, C. P. (2024). *Gambaran Derajat Ulkus Diabetic Megit Wagner Pada Pasien Diabetes Militus Di Ruang Poli DM RSUD BANGIL*. <https://repositori.ubs-ppni.ac.id/handle/123456789/3112>

Minarningtyas, A., & Setiyaningsih, Y. (2025). *CASE REPORT : PENGGUNAAN MODERN DRESSING PADA PASIEN ULKUS*. 2, 9–10.

Ningsih, V. A., Basuki, D., & Ningsih, A. (2024). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Gangguan Integritas Kulit Di RSI Sakinah Mojokerto*. <https://repositori.ubs-ppni.ac.id/handle/123456789/2662>

Persatuan Perawat Indonesia. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia*.

PPNI. (2017). *standar diagnosa keperawatan indonesia*. DPP PPNI.

Primadani, A. F., & Nurrahmantika, D. (2021). *Proses Penyembuhan Luka Kaki Diabetik Dengan Perawatan Luka Metode Moist Wound Healing*. 9–16.

- Putri, R. N., Hidayat, N., Supriadi, D., & Setiawan, H. (2023). Perawatan Luka Modern pada Pasien Ulkus Diabetikum: Sebuah Studi Kasus Intervensi Keperawatan. *Indogenius*, 2(2), 64–71. <https://doi.org/10.56359/igj.v2i2.250>
- Putri, T., & Puji, D. (2024). Pengaruh Penerapan Modern Dressing Terhadap Perawatan Luka Infeksi Pada Pasien Post Operasi. *Universitas Kusum Husada Surakarta*.
- Rahimi, K., Hosseinpour, L., Balaneji, S. M., Goli, R., Faraji, N., & Babamiri, B. (2023). Large wound surgery of diabetic foot ulcer with Split-thickness skin graft (STSG), and maggot debridement therapy (MDT): A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 104(November 2022), 107947. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.107947>
- Raju, R., Silina, E., Stupin, V., Manturova, N., Chidambaram, S. B., & Achar, R. R. (2022). Multifunctional and Smart Wound Dressings—A Review on Recent Research Advancements in Skin Regenerative Medicine. *Pharmaceutics* 2022, Vol. 14, Page 1574, 14(8), 1574. <https://doi.org/10.3390/PHARMACEUTICS14081574>
- Rosadi, E., & Putri, A. U. (2024). Hubungan Pengetahuan Terhadap Perawatan Luka Modern Dressing dengan Tingkat Kesembuhan Luka Diabetikum. *Jurnal Kesehatan Terapan*, 11(2), 177–183. <https://doi.org/10.54816/jk.v11i2.811>
- Sharma, R., Sharma, S. K., Mudgal, S. K., Jelly, P., & Thakur, K. (2021). Efficacy of hyperbaric oxygen therapy for diabetic foot ulcer, a systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *Scientific Reports*, 11(1), 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81886-1>
- Sugiyono. (2020). *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*.
- Sugiyono, 2016. (2016). Pengaruh Npm, Roe, Epsterhadap Return Saham Pada Perusahaan Farmasi Di Bei. *Jurnal Ilmu dan Riset Manajemen*, 5(12), 1–18.
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2019). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*:



*Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.

Tim Pokja SDKI PPNI. (2020). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, (Edisi 1). DPP PPNI.

Vebriana. (2024). *GAMBARAN SENSASI KAKI DIABETIK DAN CITRA DIRI PASIEN DIABETES MELITUS DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG*. <http://repository.unissula.ac.id/33552/>

Yu, X., Liu, P., Li, Z., & Zhang, Z. (2023). Function and mechanism of mesenchymal stem cells in the healing of diabetic foot wounds. *Frontiers in Endocrinology*, 14(March), 1–21. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1099310>

Yunitamara, & Husain, F. (2022). Penerapan Modern Dressing terhadap Perubahan Kondisi Luka Ulkus Diabetikum pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II. *Indogenius*, 1(3), 113–119. <https://doi.org/10.56359/igj.v1i3.131>

***Lampiran***

## ORIGINALITY REPORT

21%	18%	5%	10%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1	eprints.untirta.ac.id Internet Source	7%
2	repository.poltekkes-tjk.ac.id Internet Source	2%
3	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
4	Submitted to Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Student Paper	1%
5	123dok.com Internet Source	1%
6	www.scribd.com Internet Source	<1%
7	es.scribd.com Internet Source	<1%
8	repository.poltekkes-kaltim.ac.id Internet Source	<1%
9	repository.uds.ac.id Internet Source	<1%
10	nanopdf.com Internet Source	<1%
11	eprints.umm.ac.id Internet Source	<1%