

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES
MELITUS DENGAN ULKUS DIABETIK DAN TINDAKAN
PERAWATAN LUKA *MODERN DRESSING*
DI RUANG KENANGA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CILACAP**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



Oleh : FINKA JULIETHA, S.Kep

NIM. 113 122 002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
TAHUN 2 0 2 3**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES
MELITUS DENGAN ULKUS DIABETIK DAN TINDAKAN
PERAWATAN LUKA *MODERN DRESSING*
DI RUANG KENANGA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
CILACAP**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners
Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Al-Irsyad Cilacap**

Oleh : FINKA JULIETHA, S.Kep

NIM. 113 122 002

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP
TAHUN 2 0 2 3**

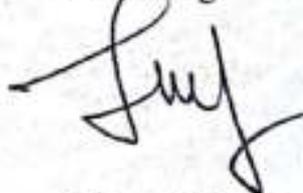
LEMBAR PERSETUJUAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES
MELITUS DENGAN ULKUS DIABETIK DAN TINDAKAN
PERAWATAN LUKA MODERN DRESSING DI RUANG
KENANGA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CILACAP

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah disetujui untuk diujikan dihadapan penguji
Program Studi Profesi Pendidikan Ners Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Al-Irsyad Cilacap

Oleh : Finka Julietha, S.Kep
NIM. 113 122 002

Cilacap, 20 Juni 2023

Pembimbing



Kasron, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 103 100 9718

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners



Trimelita Suprihatingsih, S.Kp., M.Kes
NIP. 103 100 3441

SURAT PERNYATAAN
LAYAK UJI SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Nama Mahasiswa : Finka Julietha
NIM : 113122002
Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus
Dengan Ulkus Diabetik Dan Tindakan Perawatan Luka *Modern Dressing* Di
Ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap
No HP : 089623318215
Penguji : Dewi Prasetyani, M.Kep., Ns

Dinyatakan telah layak untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Ujian Karya Ilmiah Akhir Ners Prodi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap.

Cilacap, 20 Juni 2023

Pembimbing

Kasron, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 103 100 9718

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Finka Julietha

NIM : 113122002

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus

Dengan Ulkus Diabetik Dan Tindakan Perawatan Luka *Modern Dressing* Di Ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap

Program Studi : Profesi Ners

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap

DEWAN PENGUJI

Penguji Utama

(Dewi Prasetyani, M.Kep., Ns)

NIP. 103 100 5519

Penguji Anggota

(Karon, M.Kep., Sp.Kep.MB)

NIP. 103 100 9718

Ditetapkan di : Universitas Al-Irsyad Cilacap

Tanggal : 20 Juni 2023

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners

Trimeitia Suprihatingsih, S.Kp., M.Kes

NIP. 103 100 3441

Mengesahkan

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap

Sofinah, M.Keb

NIP. 103 100 3469

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan KIAN dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetik Dan Tindakan Perawatan Luka *Modern Dressing* Di Ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap. Penulisan KIAN ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Ners dalam Program Studi Profesi Ners Universitas Al-Irsyad Cilacap. Penulis menyadari bahwa penulisan KIAN ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan kian ini dengan baik. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah memberikan kemudahan kelancaran dan kesehatan, sehingga ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Rasulullah Shallallahu'alaihi wassalam yang telah menjadi tauladan yang baik dan penuntun hidup.
3. Orang tua dan keluarga tercinta yang telah memberikan motivasi dan bantuan moral maupun material serta doa restunya.
4. Bapak Sarwa, AMK., Spd., M.Kes selaku Rektor Universitas Al-Irsyad Cilacap yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan studi kasus.
5. Bunda Trimeilia Suprihatingsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Prodi Profesi Ners Universitas Al-Irsyad Cilacap

6. Bapak Kasron, M.Kep., Sp. Kep.MB selaku pembimbing dan penguji II yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing penulis dalam penulisan kian ini.
7. Ibu Dewi Prasetyani, M.Kep., Ns selaku penguji I yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing penulis dalam penulisan kian ini.
8. Segenap dosen dan karyawan Universitas Al-Irsyad Cilacap.
9. Sahabat dan rekan mahasiswa Profesi Ners Universitas Al-Irsyad Cilacap yang saya sayangi dan selalu memberikan semangat dan kerja samanya selama pendidikan.
10. Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap yang sudah memberikan izin untuk melakukan studi kasus dan memperoleh data yang penulis perlukan dalam proses studi kasus.
11. Semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam proses penulisan kian ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa kian ini kurang dari sempurna karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan penulis. Untuk itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi penulisan kian yang lebih baik lagi. Semoga kian ini dapat bermanfaat bagi semua.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Al-Irsyad Cilacap, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Finka Julietha
NIM : 113122002
Program Studi : Profesi Ners
Fakultas : Ilmu Kesehatan
Jenis karya : Karya Ilmiah Akhir Ners

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Al-Irsyad Cilacap Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Al-Irsyad Cilacap berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Cilacap, 20 Juni 2023

(Finka Julietha)

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetik
Dan Tindakan Perawatan Luka *Modern Dressing* Di Ruang Kenanga Rumah
Sakit Umum Daerah Cilacap
Finka Julietha¹, Kasron²**

^{1,2} Universitas Al-Irsyad Cilacap

Jl. Cerme No.24 Sidanegara Cilacap

Email : finkajulietha2@gmail.com, kasronrw2@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang : Diabetes mellitus merupakan penyakit kronis yang terjadi ketika pancreas tidak memproduksi insulin yang cukup atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan. Pendekatan non farmakologi yang biasa dilakukan dalam upaya mengurangi infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan metode *modern dressing*. **Tujuan:** Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan gangguan integritas kulit dan penerapan melakukan perawatan luka dengan metode *modern dressing*. **Metode:** Desain karya ilmiah ini deskripsi dalam bentuk studi kasus, Subjek ini berjumlah 1 kasus dengan masalah gangguan integritas kulit pada pasien diabetes melitus. **Hasil:** Perawatan luka dengan metode *modern dressing* terbukti dapat mencegah adanya infeksi pada pasien ulkus diabetic.

Kata Kunci : Diabetes melitus, Gangguan Integritas Kulit, *Modern Dressing*

***Nursing Care of Diabetes Melitus Patiens with Diabetic Ulcuers and
Modern Wound Care Actions Dressing in The Kenanga Room, Cilacap
Regional General Hospital***

Background : *Diabetes mellitus is a chronic disease that occurs when the pancreas does not produce enough insulin or when the body cannot effectively use the insulin it produces. The usual non-pharmacological approach in an effort to reduce infection is by treating wounds with modern dressing methods. Objectives: To carry out nursing care for patients with diabetes mellitus with impaired skin integrity and to apply wound care using modern dressing methods. Methods: The design of this scientific work is a description in the form of a case study. This subject amounted to 1 case with impaired skin integrity in patients with diabetes mellitus. Results: Wound care with modern dressing methods is proven to prevent infection in diabetic ulcer patients.*

Keywords: *Diabetes mellitus, Impaired Skin Integrity, Modern Dressing*

CURICULUM VITAE

A. Identitas Diri

Nama : Finka Julietha
Tempat/tanggal lahir : Cilacap, 09 Juli 2000
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Jalan Rinjani Gg. Argosari 5 RT 01 RW
07, Kelurahan Sidanegara Kecamatan
Cilacap Tengah
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum kawin
Jumlah Saudara : 2 bersaudara

B. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Jumadi
Nama Ibu : Nur Secha
Alamat : Jalan Rinjani Gg. Argosari 5 RT 01 RW
07, Kelurahan Sidanegara Kecamatan Cilacap Tengah

Riwayat Pendidikan :

1. Tahun 2006-2012 : SD N Sidakaya 06
2. Tahun 2012-2015 : SMP Negeri 2 Cilacap
3. Tahun 2015-2018 : SMA Al-Iryad Cilacap
4. Tahun 2018-2022 : Universitas Al-Irsyad Cilacap, Program Studi S1 Keperawatan

DAFTAR ISI

JUDUL KIAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vii
ABSTRAK.....	viii
CURICULUM VITAE.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Diabetes Melitus.....	8
B. Konsep Asuhan Keperawatan	21
C. Evidence Base Practice (EBP)	31
D. Outcome	34
E. Analisis Keefektifan Penerapan Hasil Penelitian	34
BAB III TINJAUAN KASUS.....	36
A. Identitas	36
B. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik	37
C. Analisa Data	49
D. Diagnosa Keperawatan.....	49
E. Intervensi Keperawatan.....	49

F. Implementasi Keperawatan	50
G. Evaluasi Keperawatan	51
BAB IV PEMBAHASAN	53
A. Analisis Jurnal	53
B. Analisis Intervensi Perawatan Luka Dengan Teknik Modern Dressing Dan Konsep dan Penelitian	55
C. Alternatif Pemecahan Masalah Yang Dilakukan	57
D. Analisis Jurnal Dengan PICO	58
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	63
A. Simpulan	63
B. Saran	65
DAFTAR PUSTAKA	67
LAMPIRAN	69

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Intervensi Keperawatan.....	29
Tabel 3. 2 EBP	31
Tabel 3. 3 Indikator	34
Tabel 3. 4 Data Penunjang Lab	47
Tabel 4. 1 Populasi.....	58
Tabel 4. 2 Comparation.....	59

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathways	21
---------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus merupakan penyakit kronis yang terjadi ketika pancreas tidak memproduksi insulin yang cukup atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan. Insulin adalah hormone yang mengatur gula darah. Hiperglikemia atau gula darah yang meningkat, merupakan efek umum dari diabetes yang tidak terkontrol dan dari waktu ke waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak system tubuh, khususnya saraf dan pembuluh darah (Veranita, 2016).

Keadaan kadar glukosa darah meningkat dapat menyebabkan terjadinya resiko ulkus kaki yang sukar disembuhkan antara lain penurunan kemampuan pembuluh darah dalam berkontraksi maupun relaksasi akibatnya perfusi jaringan bagian distal dari tungkai kurang baik dan keadaan hiperglikemia merupakan lingkungan yang subur untuk berkembang biaknya kuman patogen yang bersifat anaerob karena plasma darah penderita diabetes yang tidak terkontrol baik dan memiliki memiliki kekentalan (viskositas) yang tinggi akibatnya aliran darah melambat dan suplai oksigen berkurang (Veranita, 2016).

Ulkus diabetikum adalah luka yang dialami oleh penderita diabetes melitus pada area kaki dengan kondisi luka mulai dari luka superficial, nekrosis kulit, sampai luka dengan ketebalan penuh, yang dapat meluas ke jaringan lain seperti tendon, tulang dan persendian. Jika ulkus dibiarkan

tanpa penatalaksanaan yang baik akan mengakibatkan infeksi atau gangren (Veranita, 2016).

Ulkus diabetikum merupakan komplikasi yang sulit diatasi karena oksigen dan sel darah putih sulit mencapai jaringan. Salah satu penyebab dari ulkus diabetikum adalah penurunan sirkulasi perifer yang sangat dipengaruhi oleh tingginya kadar glukosa darah dan berhubungan erat dengan penyakit arterial perifer. Sehingga terjadi masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif yang mengakibatkan penyembuhan luka menjadi sangat lambat. Sehingga perawat melakukan tindakan keperawatan untuk mencegah infeksi dengan perawatan luka. (Fitria, 2017).

Pada tahun 2012 prevalensi ulkus kaki diabetik adalah sekitar 40% dari keseluruhan penderita DM di dunia, yaitu sekitar 30 juta orang. Kematian jaringan disertai infeksi bakteri dapat menyebabkan amputasi dan akibat lebih lanjut dapat menyebabkan kematian (Handayani, 2016). Prevalensi penderita ulkus diabetik di Indonesia sebanyak 15%, dengan angka amputasi 30%, angka mortalitas 32% dan ulkus diabetik merupakan sebab perawatan rumah sakit penderita diabetes melitus yang terbanyak sebesar 80% (Bilous *et.al.*,2015)

Menurut hasil penelitian Subandi *et al.*, (2019) bahwa perawatan luka menggunakan balutan modern lebih efektif dibandingkan dengan perawatan luka dengan balutan konvensional terhadap proses penyembuhan luka diabetik. Sama halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Angriani (2019) bahwa adanya efektifitas terapi modern dressing terhadap proses penyembuhan luka kaki diabetik. Balutan konvensional kurang dapat

menjaga kelembaban luka dikarenakan NaCl akan menguap dan membuat kasa menjadi kering. Menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh (Nontji (2015 dalam Angriani (2019)), balutan luka modern dapat merangsang pertumbuhan sitokin sehingga mempercepat proses penyembuhan luka. Selain itu, dalam penelitian yang dilakukan oleh (Fife, et al, (2012) dalam Subandi et al., (2019)), setengah dari luka dapat disembuhkan dengan prinsip lembab tanpa terapi lanjutan. Manajemen perawatan luka modern mengedepankan inovasi produk-produk perawatan luka yang dipilih berdasarkan pertimbangan biaya (cost), kenyamanan (comfort), dan keamanan (safety) (Handayani, 2016).

Perawatan luka merupakan untuk meningkatkan fungsi kualitas hidup, untuk mengontrol infeksi, untuk mempertahankan status kesehatan, untuk mempertahankan status kesehatan, untuk mencegah amputasi, dan mengurangi biaya. Metode perawatan luka yang berkembang saat ini adalah menggunakan prinsip *modern dressing*, yang disebutkan lebih efektif dibandingkan metode konvensional. Perawatan luka menggunakan prinsip moisture balance ini dikenal sebagai metode *modern dressing*. Prinsip moisture dalam perawatan luka antara lain adalah untuk mencegah luka menjadi kering dan keras, meningkatkan laju epitelisasi, mencegah meningkatnya pembentukan jaringan eschar, meningkatkan pembentukan jaringan dermis, mengontrol inflamasi dan memberikan tampilan yang lebih kosmetis, mempercepat proses autolysis debridement, dapat menurunkan kejadian infeksi, cost effective, dapat mempertahankan gradien voltase normal, mempertahankan aktifitas neutrofil, menurunkan nyeri,

memberikan keuntungan psikologis dan mudah digunakan.(Angriani, 2019).

Modern dressing secara klinis dapat mempercepat proses epitelisasi sebanyak 30%-50% dan sintesa kolagen sebanyak 50%. Re-epitelisasi dengan kelembapan terjadi 2-5 kali lebih cepat dan terbukti mampu mengurangi kehilangan cairan pada area permukaan luka (Riani & Handayani, 2016). Kelembaban lingkungan luka yang tetap terjaga akan memfasilitasi proses penyembuhan luka, mempertahankan kehilangan cairan jaringan dan kematian sel (Handayani, 2016).

Pada luka akut, *moisture balance* memfasilitasi aksi faktor pertumbuhan, *cytokines*, dan *chemokines* yang mempromosi pertumbuhan sel dan menstabilkan matriks jaringan luka. Jadi, luka harus dijaga kelembapannya. Lingkungan yang terlalu lembap dapat menyebabkan maserasi tepi luka, sedangkan kondisi kurang lembap menyebabkan kematian sel, tidak terjadi perpindahan epitel dan jaringan matriks. Perawatan luka modern harus tetap memperhatikan tiga tahap, yakni mencuci luka, membuang jaringan mati, dan memilih balutan. Perawatan luka konvensional harus sering mengganti kain kasa pembalut luka, sedangkan perawatan luka modern memiliki prinsip menjaga kelembapan luka dengan menggunakan bahan seperti hydrogel. (Poerwantoro, 2013).

Berdasarkan masalah yang diuraikan diatas, ulkus diabetikum merupakan masalah yang harus segera di atasi. Ulkus diabetikum yang tidak segera diatasi atau berkepanjangan akan menyebabkan infeksi dan inflamasi, maka penulis tertarik untuk melakukan intervensi perawatan luka

modern dressing terhadap ulkus diabetikum pada pasien diabetes melitus di ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah bagaimana asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetes melitus dan tindakan perawatan luka modern dressing di ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetes melitus dan tindakan perawatan luka modern dressing di ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetes melitus dan tindakan perawatan luka modern dressing di ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetes melitus dan tindakan perawatan luka modern dressing di ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetes melitus dan tindakan perawatan luka modern dressing di ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.

- d. Melaksanakan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetes melitus dan tindakan perawatan luka modern dressing di ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.
- e. Melakukan evaluasi pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetes melitus dan tindakan perawatan luka modern dressing di ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.
- f. Mengimplementasikan penerapan *Evidence Base Practice* (EBP) pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetes melitus dan tindakan perawatan luka modern dressing di ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis ini ditujukan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan khususnya pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetes melitus dan tindakan perawatan luka *modern dressing*.

2. Manfaat Praktisi

a. Perawat

Untuk meningkatkan sumber informasi dalam rangka peningkatan mutu pelayanan keperawatan yang optimal, khususnya untuk mengatasi masalah ulkus diabetes melitus pada pasien diabetes melitus dengan tindakan perawatan luka *modern dressing*.

b. Rumah Sakit

Karya tulis ini dapat menjadi masukan dalam peningkatan pelayanan asuhan keperawatan di rumah sakit khususnya untuk mengatasi

masalah ulkus diabetes melitus pada pasien diabetes melitus dengan tindakan perawatan luka *modern dressing* sebagai salah satu intervensi yang bisa dilakukan oleh perawat.

c. Institusi Pendidikan

Karya tulis ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada pihak institusi pendidikan khususnya untuk mengatasi masalah ulkus diabetes melitus pada pasien diabetes melitus dengan tindakan perawatan luka *modern dressing*.

d. Klien

Memperoleh pengetahuan tentang diabetes melitus dan cara mengatasi masalah ulkus pada pasien yang mengalami diabetes melitus dengan perawatan luka *modern dressing*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Diabetes Melitus

1. Pengertian

Diabetes berasal dari bahasa Yunani yang berarti “mengalirkan atau mengalihkan” (*siphon*). Mellitus berasal dari bahasa latin yang bermakna manis atau madu. Penyakit diabetes melitus dapat diartikan individu yang mengalirkan volume urine yang banyak dengan kadar glukosa tinggi. Diabetes melitus adalah penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan ketidakadaan absolute insulin atau penurunan relative insensitivitas sel terhadap insulin (Yunita et al., 2015).

Diabetes Mellitus merupakan suatu penyakit kronis yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein sehingga meningkatkan peningkatan kadar gula darah (hiperglikemia) (Smeltzer & Bare, 2013). Diabetes Mellitus (DM) adalah suatu penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemi yang terjadi karena kelainan sekresi insulin.

2. Etiologi

Etiologi atau faktor penyebab penyakit Diabetes Melitus tipe 1 bersifat heterogen, akan tetapi dominan genetik atau keturunan biasanya menjanai peran utama dalam mayoritas Diabetes Melitus (Riyadi, 2011). Diabetes melitus tipe 2 merupakan penyakit yang disebabkan oleh adanya kekurangan insulin (defisiensi insulin) secara relatif maupun absolut. Defisiensi insulin dapat terjadi melalui 3 jalan, yaitu :

1. Rusaknya sel-sel B pankreas karena pengaruh dari luar (virus,zat kimia,dll)
2. Desensitasi atau penurunan reseptor glukosa pada kelenjar pankreas.
3. Desensitasi atau kerusakan reseptor insulin di jaringan perifer (Soegondo et al.,2011).

Menurut (Soegondo et al.,2011), penyakit diabetes secara umum diakibatkan konsumsi makanan yang tidak terkontrol atau sebagai efek samping dari pemakaian obat-obatan tertentu. Selain itu DM disebabkan oleh tidak cukupnya hormon insulin yang dihasilkan pankreas untuk menetralkan gula darah dalam tubuh.

4. Patofisiologi

Diabetes tipe I tidak berkembang pada semua orang yang mempunyai predisposisi genetik. Pada mereka yang memiliki indikasi risiko penanda gen (DR3 dan DR 4 HLA), diabetes terjadi kurang dari 1%. Faktor lingkungan telah lama dicurigai sebagai pemicu diabetes mellitus tipe I. Autoimun aktif langsung menyerang sel beta pankreas dan produknya. ICA dan antibodi insulin secara progresif menurunkan keefektifitasan kadar sirkulasi insulin. Hal ini secara pelan- pelan terus menyerang sel beta pankreas dan molekul insulin endogen sehingga menimbulkan onset mendadak diabetes mellitus. Hiperglikemia dapat timbul akibat dari penyakit akut atau stres, dimana meningkatkan kebutuhan insulin melebihi cadangan dari kerusakan massa sel beta.

Diabetes mellitus tipe II adalah resistensi terhadap aktivitas insulin biologis, baik di hati maupun jaringan perifer, keadaan ini disebut

sebagai resistensi insulin. Orang dengan diabetes mellitus tipe II memiliki penurunan sensitivitas insulin terhadap kadar glukosa, yang mengakibatkan produksi glukosa hepatic berlanjut, bahkan sampai dengan kadar glukosa darah tinggi. Hal ini bersamaan dengan ketidakmampuan otot dan jaringan lemak untuk meningkatkan ambilan glukosa, mekanisme penyebab resistensi insulin perifer tidak jelas; namun, ini tampak terjadi setelah insulin berikatan terhadap reseptor pada permukaan sel. Insulin adalah hormon pembangun (anabolik).

Pada diabetes tipe II terjadi penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin (resistensi insulin). Hal ini diperberat oleh bertambahnya usia yang mempengaruhi berkurangnya jumlah insulin dari sel-sel beta, lambatnya pelepasan insulin dan atau penurunan sensitifitas perifer terhadap insulin. Resistensi insulin berhubungan dengan faktor eksternal seperti gaya hidup yang salah dan obesitas (Soegondo, 2011). Gaya hidup utamanya pola makan yang tidak seimbang dan pola aktivitas fisik yang tidak teratur dan rutin.

Peningkatan kadar glukosa dalam darah menyebabkan osmolalitas darah meningkat sehingga menyebabkan perpindahan cairan dari ekstra vaskuler ke intra vaskuler dan terjadi dehidrasi pada sel. Peningkatan volume intra vaskular menyebabkan diuresis osmotik yang tinggi sehingga volume diuresis akan meningkat dan frekuensi berkemih akan meningkat (poliuria) (Soegondo, 2011).

Peningkatan osmolalitas sel akan merangsang hypothalamus untuk mengeksresi Anti Diuretic Hormon (ADH) dan merangsang pusat haus

di bagian lateral sehingga menyebabkan peningkatan rasa haus yang disebut polidipsi. Penurunan transport glukosa kedalam sel menyebabkan sel kekurangan glukosa untuk proses metabolisme sehingga mengakibatkan starvasi sel. Penurunan penggunaan dan aktivitas glukosa dalam sel (glukosa sel) akan merangsang pusat makan dibagian lateralhypothalamus sehingga timbul peningkatan rasa lapar disebut polifagia (Tarwoto, 2011)

5. Manifestasi Klinis

Seseorang yang menderita DM biasanya mengalami peningkatan frekuensi buang air (poliuri), rasa lapar (polifagia), rasa haus (polidipsi), cepat lelah, kehilangan tenaga, dan merasa tidak fit, kelelahan yang berkepanjangan dan tidak ada penyebabnya, mudah sakit berkepanjangan, biasanya terjadi pada usia di atas 30 tahun, tetapi prevalensinya kini semakin tinggi pada golongan anak-anak dan remaja. Gejala-gejala tersebut sering terabaikan karena dianggap sebagai kelelahan akibat kerja, jika glukosa darah sudah tumpah ke saluran urin dan urin tersebut tidak disiram, maka dikerubuti oleh semut yang merupakan tanda adanya gula (Smeltzer & Bare, 2013).

Menurut (Riyadi, 2011) menyatakan manifestasi klinik yang sering dijumpai pada pasien DM yaitu :

1. Poliuria (peningkatan pengeluaran urine)

Peningkatan pengeluaran urine mengakibatkan glikosuria karena glukosa darah sudah mencapai kadar "ambang ginjal", yaitu 180 mg/dl pada ginjal yang normal. Dengan kadar glukosa

darah 180 mg/dl, ginjal sudah tidak bisa mereabsorpsi glukosa dari filtrat glomerulus sehingga timbul glikosuria. Karena glukosa menarik air, osmotik diuretik akan terjadi mengakibatkan poliuria.

2. Polidipsi (peningkatan rasa haus)

Peningkatan pengeluaran urine yang sangat besar dan keluarnya air dapat menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH (Antidiuretic Hormone) dan menimbulkan rasa haus

3. Rasa lelah dan kelemahan otot

Rasa lelah dan kelemahan otot terjadi karena adanya gangguan aliran darah, katabolisme protein diotot dan ketidakmampuan organ tubuh untuk menggunakan glukosa sebagai energi sehingga hal ini membuat orang merasa lelah

4. Polipagia (peningkatan rasa lapar)

Sel tubuh mengalami kekurangan bahan bakar (*cell starvation*), pasien merasa sering lapar dan ada peningkatan asupan makanan.

5. Kesemutan rasa baal akibat terjadinya neuropati

Pada penderita DM regenerasi persarafan mengalami gangguan akibat kekurangan bahan dasar utama yang berasal dari unsur

protein. Akibat banyak sel persarafan terutama perifer mengalami kerusakan.

6. Kelemahan tubuh

Kelemahan tubuh terjadi akibat penurunan produksi energi metabolik yang dilakukan oleh sel melalui proses glikolisis tidak dapat berlangsung secara optimal.

7. Luka atau bisul tidak sembuh-sembuh

Proses penyembuhan luka membutuhkan bahan dasar utama dari protein dan unsur makanan yang lain. Pada penderita DM bahan protein banyak diformulasikan untuk kebutuhan energi sel sehingga bahan yang dipergunakan untuk penggantian jaringan yang rusak mengalami gangguan. Selain itu luka yang sulit sembuh juga dapat diakibatkan oleh pertumbuhan mikroorganisme yang cepat pada penderita DM.

6. Komplikasi

Komplikasi yang dapat berkembang pada diabetes baik yang bersifat akut maupun kronik menurut (Rukmi, 2018) yaitu :

1. Komplikasi akut

Ada tiga komplikasi akut pada diabetes mellitus yang penting dan berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek (Suzanne C. Smeltzer, 2013) yaitu :

a. Hipolikemia

Hipoglikemia adalah suatu kondisi yang menunjukkan kadar glukosa dalam darah rendah. Kadar glukosa darah turun dibawah

50 mg/dL. Pada penyandang diabetes keadaan ini dapat terjadi akibat pemberian insulin atau preparat oral yang berlebihan, konsumsi makanan yang terlalu sedikit atau karena aktivitas fisik yang berat dan berlebih.

b. Diabetes ketoasidosis

Diabetes ketoasidosis disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukup jumlah insulin yang nyata. Keadaan ini mengakibatkan gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak.

c. Sindrom hiperglikemia hyperosmolar non ketotik

Merupakan keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia yang disertai perubahan tingkat kesadaran (*Sense of Awareness*). Keadaan hiperglikemia persisten menyebabkan diuresis osmotik sehingga terjadi kehilangan cairan dan elektrolit.

2. Komplikasi kronik

Komplikasi kronik dapat menyerang semua sistem organ tubuh. Kerusakan organ tubuh disebabkan oleh menurunnya sirkulasi darah ke organ akibat kerusakan pada pembuluh darah. Kategori komplikasi kronik diabetes lazim digunakan adalah penyakit makrovaskuler, mikrovaskuler, dan neurologis (Suzanne C. Smeltzer, 2013) yaitu :

a. Komplikasi makrovaskuler

Perubahan pembuluh darah besar akibat aterosklerosis

menimbulkan masalah yang serius pada diabetes. Aterosklerosis yang terbentuk sangat beragam tergantung pada lokasi pembuluh darah yang terkena, derajat sumbatan yang ditimbulkan dan lamanya sumbatan itu telah terjadi. Aterosklerosis yang terjadi pada pembuluh darah arteri koroner, maka akan menyebabkan penyakit jantung koroner. Sedangkan aterosklerosis yang terjadi pada pembuluh darah serebral, akan menyebabkan stroke infark dengan jenis TIA (*Transient Ischemic Attack*). Selain itu aterosklerosis yang terjadi pada pembuluh darah besar ekstremitas bawah, akan menyebabkan penyakit oklusif arteri perifer atau penyakit vaskuler perifer.

b. Komplikasi mikrovaskuler

Berbagai bentuk komplikasi, antara lain :

- 1) Retinopati Diabetikum disebabkan oleh perubahan dalam pembuluh- pembuluh darah kecil pada retina mata, retina mengandung banyak sekali pembuluh darah kecil seperti arteriol, venula kapiler. Retinopati diabetik dapat menyebabkan kebutaan
- 2) Nefropati Diabetikum bila kadar glukosa dalam darah meningkat maka mekanisme filtrasi ginjal akan mengalami stres yang mengakibatkan kerusakan pada membran filtrasi sehingga terjadi kebocoran protein darah ke dalam urin. Kondisi ini mengakibatkan tekanan dalam pembuluh darah ginjal meningkat. Kenaikan tekanan tersebut diperkirakan

berperan sebagai stimulus dalam terjadinya nefropati. Nefropati diabetik dapat menyebabkan gagal ginjal

- 3) Neuropati Diabetikum Hiperglikemi juga merupakan faktor utama terjadinya neuropati diabetikum. Terdapat 2 tipe neuropati diabetik yang paling sering dijumpai yaitu polineuropati sensorik dan neuropati otonom

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang untuk mendiagnosis DM dapat ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah. Pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa secara enzimatik dengan bahan plasma darah vena. Pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler dengan glukometer. Diagnosis tidak dapat ditegakkan atas dasar adanya glukosuria (PERKENI,2015).

Berbagai keluhan dapat ditemukan pada penyandang DM. Kecurigaan adanyaDM perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan seperti (PERKENI, 2015) :

1. Keluhan klasik DM: poliuria, polidipsia, polifagia dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
2. Keluhan lain: lemah badan, kesemutan, gatal ,mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita.

Kriteria diagnosis Diabetes Mellitus menurut PERKENI (2015), yaitu :

- a. Pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl. Puasa adalah kondisi tidak ada asupan kalori minimal 8 jam.
- b. Pemeriksaan glukosa plasma ≥ 200 mg/dl 2 – jam setelah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) dengan beban glukosa 75 gram.
- c. Pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dl dengan keluhan klasik.
- d. Pemeriksaan HbA1c $\geq 6,5\%$ dengan menggunakan metode yang terstandarisasi oleh *National Glycohaemoglobin Standardization Program* (NGSP).

8. Penatalaksanaan medis

Menurut (Soegondo, 2011) penatalaksanaan medis pada pasien dengan diabetes melitus meliputi :

1. Obat hiperglikemia oral (OHO)

Berdasarkan cara kerjanya OHO dibagi menjadi 4 golongan :

- a. Pemicu sekresi urin
- b. Penambah sensitivitas terhadap insulin
- c. Penghambat glukoneogenesis
- d. Penghambat glukosida sealfa

2. Insulin

Diperlukan pada keadaan :

- a. Penurunan berat badan yang cepat
- b. Hiperglikemia berat yang disertai ketoasidosis

- c. Ketoasidosis diabetik
 - d. Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
3. Terapi kombinasi

Pemberian OHO maupun insulin selalu dimulai dengan dosis rendah, untuk kemudian dinaikkan secara bertahap sesuai dengan respon kadar glukosa darah.

Menurut (Smeltzer & Bare, 2013), tujuan utama penatalaksanaan terapi pada diabetes melitus adalah menormalkan aktifitas insulin dan kadar glukosa darah, sedangkan tujuan jangka panjangnya adalah untuk menghindari terjadinya komplikasi. Ada beberapa komponen dalam penatalaksanaan adalah sebagai berikut :

1. Diet

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita diarahkan untuk mencapai tujuan, yaitu memberikan semua unsur makanan esensial, memenuhi kebutuhan energi, mencegah kadar glukosa darah yang tinggi dan menurunkan kadar lemak.

2. Latihan

Dengan latihan misalnya dengan olahraga yang teratur akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian kadar insulin. Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga.

3. Pemantauan

Dengan melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri diharapkan pada penderita diabetes dapat mengatur terapinya secara optimal. Cara ini memungkinkan deteksi dan pencegahan hipoglikemia serta hiperglikemia, dan berperan dalam menentukan kadar glukosa darah normal yang kemungkinan akan mengurangi komplikasi diabetes jangka panjang.

4. Terapi (jika diperlukan)

Penyuntikan insulin sering dilakukan dua kali per hari untuk mengendalikan kenaikan kadar glukosa darah sesudah makan dan pada malam hari. Karena dosis insulin yang diperlukan masing-masing pasien ditentukan oleh kadar glukosa dalam darah, maka pemantauan kadar glukosa yang akurat sangat penting. Pemantauan mandiri kadar glukosa darah telah menjadi dasar dalam memberikan terapi insulin

5. Pendidikan

Tujuan dari pendidikan ini adalah supaya pasien dapat mempelajari keterampilan dalam melakukan penatalaksanaan diabetes yang mandiri dan mampu menghindari komplikasi dari diabetes itu sendiri

6. Control nutrisi dan metabolic

Faktor nutrisi merupakan salah satu faktor yang berperan dalam penyembuhan luka. Adanya anemia dan hipoalbuminemia akan

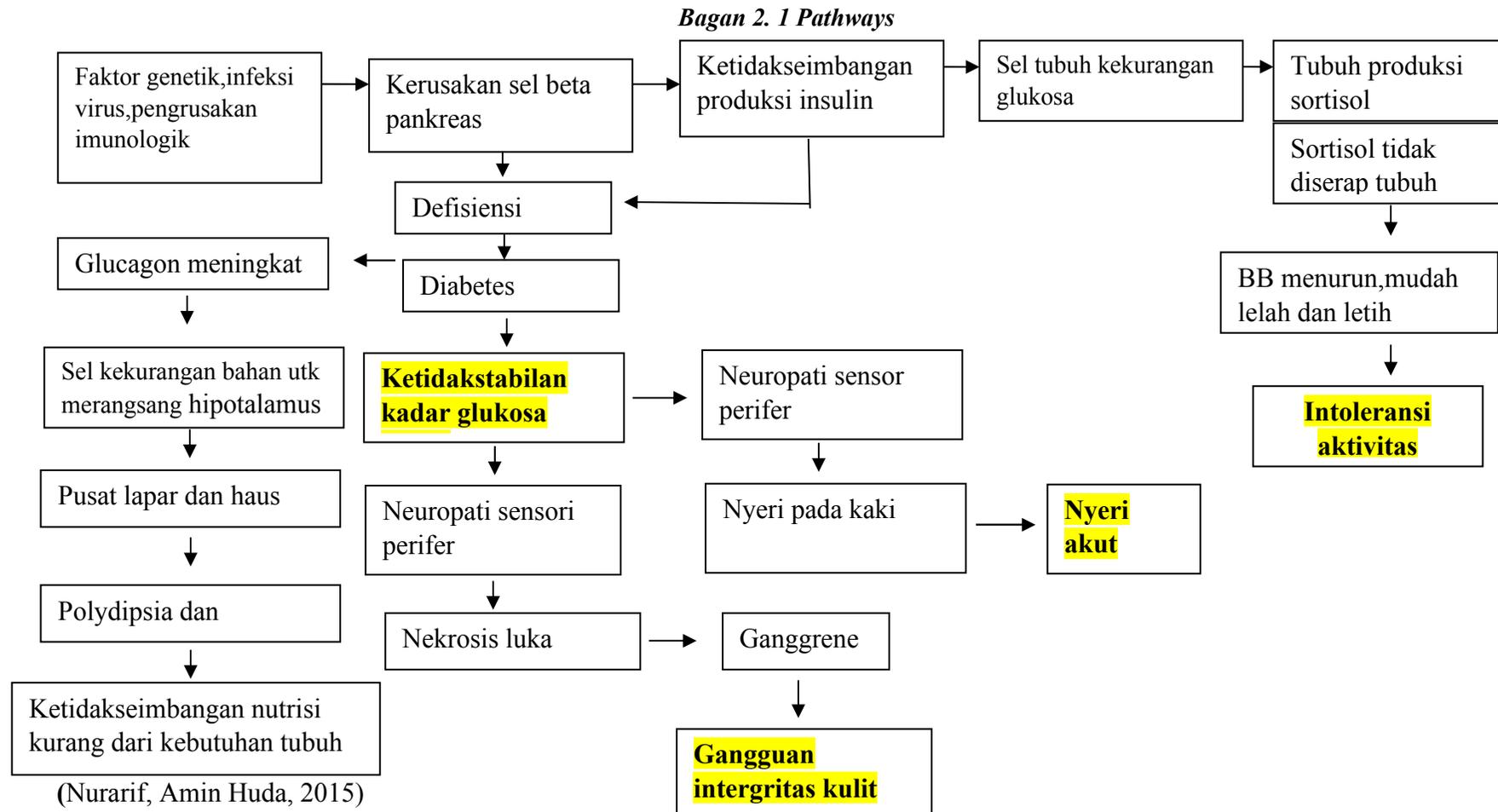
berpengaruh dalam proses penyembuhan. Perlu memonitor Hb di atas 12 gram/dl dan pertahankan albumin di atas 3,5 gram/dl. Diet pada penderita diabetes melitus dengan selulitis atau gangren diperlukan protein tinggi yaitu dengan komposisi protein 20%, lemak 20% dan karbohidrat 60%. Infeksi atau inflamasi dapat mengakibatkan fluktuasi kadar gula darah yang besar. Pembedahan dan pemberian antibiotika pada abses atau infeksi dapat membantu mengontrol gula darah. Sebaliknya penderita dengan hiperglikemia yang tinggi, kemampuan melawan infeksi turun sehingga kontrol gula darah yang baik harus diupayakan sebagai perawatan pasien secara total.

7. Stress mekanik

Perlu meminimalkan beban berat (*weight bearing*) pada ulkus. Modifikasi *weight bearing* meliputi *bedrest*, memakai *crutch*, kursi roda, sepatu yang tertutup dan sepatu khusus. Semua pasien yang istirahat ditempat tidur, tumit dan mata kaki harus dilindungi serta kedua tungkai harus diinspeksi tiap hari. Hal ini diperlukan karena kaki pasien sudah tidak peka lagi terhadap rasa nyeri, sehingga akan terjadi trauma berulang ditempat yang sama menyebabkan bakteri masuk pada tempat luka

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pathways



2. Pengkajian

Menurut (Soegondo, 2011) konsep asuhan keperawatan diabetes mellitus. Data yang perlu didapatkan adalah:

1. Identitas klien dan keluarga (penanggung jawab)

Identitas klien/ penanggung jawab dapat meliputi: nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku, bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, diagnosa medis, nomor registrasi, hubungan klien dan penanggungjawab.

2. Keluhan utama

Pasien masuk ke rumah sakit dengan keluhan utama gatal- gatal pada kulit yang disertai bisul atau lalu tidak sembuh-sembuh, kesemutan atau rasa berat, mata kabur, kelemahan tubuh. Disamping itu pasien juga mengeluh poliuri, polidipsi, anoreksia, mual dan muntah, BB menurun, diare kadang-kadang disertai nyeri perut, kram otot, sakit kepala sampai penurunan kesadaran. Keluhan lain yang diungkapkan klien yaitu terdapat rasa nyeri. Lokasi luka biasanya terdapat pada daerah-daerah bokong, tumit, bahu, dan kaki sehingga terjadi ulkus decubitus.

3. Riwayat Kesehatan sekarang

a. Riwayat Kesehatan sekarang

Biasanya pasien datang dengan keluhan yang dominan adalah sering buang air kecil (poliuria), sering lapar dan haus (polidipsi dan polifagia). Hal lainnya yang perlu dikaji yaitu kapan keluhan dirasakan, lokasi keluhan, intensitas, lamanya atau frekuensi,

factor yang memperberat atau memperingan serangan, serta keluhan lainnya yang menyertai dan upaya yang telah dilakukan oleh perawat harus menghubungkan masalah kulit dengan gejalanya seperti : gatal, panas, mati rasa, immobilisasi, nyeri, demam, edema, neuropati.

b. Riwayat Kesehatan dahulu

Pasien diabetes melitus pernah dirawat karna kadar glukosa darah tinggi. Adanya faktor resiko yang mempengaruhi seperti genetic, obesitas, usia, minimnya aktivitas fisik, pola makan yang berlebihan atau salah.

4. Riwayat Kesehatan keluarga

Biasanya dari genogram keluarga terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita diabetes mellitus. Riwayat penyakit keluarga perlu ditanyakan karena penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit – penyakit keturunan seperti diabetes melitus, hipertensi. Riwayat penyakit kulit dan prosedur medis yang pernah dialami klien. Hal ini untuk meberikan informasi apakah perubahan pada kulit merupakan manifestasi dari penyakit sistemik seperti infeksi kronos, kanker, diabetes melitus.

5. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik menurut Riyadi (2011) antara lain :

a. Status penampilan Kesehatan

Status penampilan yang sering muncul adalah kelemahan fisik

b. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran normal, latergi, stupor, koma (tergantung kadar gula darah yang dimiliki dan kondisi fisiologis untuk melakukan kompensasi kelebihan gula darah).

c. Rambut

Rambut lebat, tipis (banyak yang rontok karena kekurangan nutrisi dan sirkulasi yang buruk). Kulit kepala biasanya normal.

d. Mata

Sklera: biasanya normal dan ikterik

Conjungtiva: biasanya anemis pada pasien kekurangan nutrisi dan pasien yang sulit tidur karena sering buang air kecil di malam hari

Pupil: biasanya miosis, midrosis atau anisokor

e. Telinga

Biasanya simetris kiri dan kanan, gendang telinga biasanya masih bisa berfungsi dengan baik apabila tidak ada mengalami infeksi sekunder.

f. Hidung

Biasanya jarang terjadi polip dan sumbatan hidung kecuali ada infeksi sekunder seperti influenza.

g. Mulut

Biasanya sianosis, pucat (apabila mengalami asidosis atau penurunan perfusi jaringan).

h. Leher

Biasanya jarang distensi vena jugularis dan pembesaran kelenjar

limfe

i. Thorax dan paru-paru

Auskultasi terdengar stridor (penderitaa mengalami obstruksi jalan nafas), wheezing (apabila penderita mempunyai riwayat asma dan bronkithis kronik).

j. Sistem kardiovaskuler

Biasanya perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah, takikardi atau bradikardi, hipertensi atau hipotensi, aritmia, dan kardiomegalis merupakan tanda dan gejala penderita diabetes mellitus

k. Sistem gastrointestinal

Biasanya terdapat polifagia, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkar abdomen, dan obesitas.

l. Sistem musculoskeletal

Kaji adanya *rubor* (kemerahan) terjadi pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan aliran darah ke area luka, *calor* (panas) adanya rasa panas pada daerah yang mengalami infeksi akan terasa panas dan terjadi karena tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banya ke area yang mengalami infeksi, *tumor* (bengkak) adanya pembengkakan yang terjadi pada area yang mengalami infeksi karena

meningkatnya permeabilitas sel dan meningkatnya aliran darah, *dolor* (nyeri) terjadi karena sel yang mengalami infeksi bereaksi mengeluarkan zat tertentu sehingga menimbulkan rasa nyeri.

m. Sistem neurologis

Biasanya terjadi penurunan sensoris, sakit kepala, latergi, mengantuk, reflek lambat, dan disorientasi.

6. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan gula darah puasa atau *fasting blood sugar* (FBS)
- b. Untuk menentukan jumlah glukosa darah pada saat puasa, klien tidak makan dan boleh minum selama 12 jam sebelum test. Hasil normal 80- 120 mg/ 100 ml serum dan abnormal 140 mg/100 ml atau lebih.
- c. Pemeriksaan gula darah postprandial
- d. Untuk menentukan gula darah 2 jam setelah makan, dengan hasil normal kurang dari 120 mg/100 ml serum dalam abnormal lebih dari 200 mg/100 dl atau indikasi Diabetes Melitus.
- e. Pemeriksaan gula darah sewaktu bisa dilakukan kapan saja, nilai normalnya adalah 70 – 20 mg/dl.
- f. Pemeriksaan toleransi glukosa oral atau *oral rolerance test* (TTGO) untuk menentukan toleransi terhadap respons pemberian glukosa. Pasien tidak boleh makan selama 12 jam sebelum test dan selama test, pasien boleh minum air putih,

tidak boleh merokok, ngopi atau minum teh selama.

- g. Pemeriksaan (untuk mengatur respon tubuh terhadap karbohidrat) sedikit aktivitas, kurangi stress, (keadaan banyak aktivitas dan stress menstimulasi epinephrine dan kortisol karena berpengaruh terhadap peningkatan glukoneogenesis). Hasil normal puncaknya 1 jam pertama setelah pemberian 140 mg/dl dan kembali normal 2 atau 3 jam kemudian dan abnormal jika peningkatan tidak kembali setelah 2 atau 3 jam, urine positif glukosa.
- h. Pemeriksaan kolesterol dan kadar serum trigliserida, dapat meningkat karena ketidakadekuatan kontrol glikemik.
- i. Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c). Tes ini mengukur presentase glukosa yang melekat pada hemoglobin selama hidup sel darah merah. HbA1c digunakan untuk mengkaji control glukosa jangka panjang, sehingga dapat memprediksi resiko komplikasi. Rentang normalnya adalah 5-6 %.
- j. Urinalisa positif terhadap glukosa dalam keton. Pada respon terhadap defisiensi intraseluler, protein lemak diubah menjadi glukosa (glukoneogenesis) untuk energi. Selama proses perubahan ini, asam lemak bebas dipecah menjadi badan keton oleh hepar. Ketoasidosis terjadi ditunjukkan oleh ketonuria. Adanya ketonuria menunjukkan adanya ketoasidosis (Tarwoto, 2012).

3. Diagnosa keperawatan

a. Gangguan integritas kulit / jaringan

Definisi : kerusakan kulit (dermis dan epidermis) atau jaringan membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, sendi dan/ ligament.

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI					
Kode	Diagnosis	Kode	Luaran	Kode	Intervensi				
D.0129	<p>Gangguan integritas kulit</p> <p>Gangguan integritas kulit b.d Perubahan Sirkulasi</p> <p>Definisi : Kerusakan kulitb(dermis dan atau epidermis) atau jaringan</p>	L.14125	<p>Integritas kulit dan jaringan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ekspetasi</th> <th>Kriteria hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Meningkat</td> <td> 1. Kerusakan jaringan 2. Kerusakan lapisan kulit 3. Nyeri 4. Kemerahan 5. Pigmentasi abnormal </td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	Ekspetasi	Kriteria hasil	Meningkat	1. Kerusakan jaringan 2. Kerusakan lapisan kulit 3. Nyeri 4. Kemerahan 5. Pigmentasi abnormal	I.14564	<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor karakteristik luka • Monitor tanda-tanda infeksi <p>Teraeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik, jika perlu • Bersihkan jaringan nekrotik • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka modern dressing <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda
Ekspetasi	Kriteria hasil								
Meningkat	1. Kerusakan jaringan 2. Kerusakan lapisan kulit 3. Nyeri 4. Kemerahan 5. Pigmentasi abnormal								

					<p>dan gejala infeksi</p> <ul style="list-style-type: none">• Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Pemberian antibiotik
--	--	--	--	--	---

C. Evidence Base Practice (EBP)

Tindakan pemberian intervensi diberikan kepada satu pasien kelolaan dan tidak dilakukan perbandingan dengan pasien lain. Namun, terdapat beberapa penelitian sebelumnya yang serupa yaitu dengan perawatan luka modern dressing untuk mengurangi adanya infeksi pada ulkus diabetik :

Tabel 3. 2 EBP

No	Penulis (Tahun)	Judul	Jenis dan Desain Penelitian	Variabel Penelitiandan Populasi	Analisa Data	Hasil Penelitian
1	Rukmi, (2018)	Pengaruh implementasi modern dressing terhadap kualitas hidup pasien ulkus diabetikum	Desain pada penelitian ini adalah <i>praeksperimental</i> dengan <i>one group pra-post test design</i> .	17 Responden <i>Variabel Independent</i> : Implementasi <i>Modern Dressing</i> <i>Variabel Dependent</i> : Pasien ulkus diabetikum	Penelitian ini menggunakan <i>n uji t-berpasangan</i> dengan tingkat kesalahan $p < 0,05$.	Terdapat perbedaan yang bermakna antara kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan perawatan luka ($p_v = 0,000$). Rata rata perubahan skor kualitas hidup adalah 13 poin. penelitian ini adalah perawatan luka dengan modern dressing dapat meningkatkan kualitas hidup, terlihat dari adanya peningkatan hasil perhitungan kualitas hidup pada pasien dengan ulkus diabetikum. Perbaikan derajat luka serta karakteristik luka sebelum dan setelah dilakukan perawatan luka dapat mempengaruhi dari

						perbaikan kualitas hidup.
2	Subandi & Sanjaya, (2020)	Efektivitas <i>modern dressing</i> terhadap proses penyembuhan luka diabetes mellitus tipe 2	Desain penelitian ini adalah <i>Quasy Eksperiment</i> dengan pendekatan <i>Pre-Posttest With Control Group Desain</i>	18 responden dengan 15 sampel <i>Variabel Independent</i> : Modern Dressing <i>Variabel Dependent</i> : Pasien diabetes melitus tipe 2	Penelitian ini menggunakan analisa univariat dan bivariat menggunakan uji <i>Wilcoxon</i>	Hasil penelitian didapatkan ada perbedaan skor luka sebelum dan sesudah pada kelompok pada kelompok perlakuan dengan p-value =0.005 (≤ 0.05) dan pada kelompok kontrol dengan p-value =1.000 ($\geq 0,05$). Lalu hasil uji beda antar kelompok dengan p- value=0,001($\leq 0,05$).
3	Khoirunisa et al., (2020)	Pengaruh <i>modern dressing</i> terhadap rerata skor penyembuhan luka ulkus diabetikum	Desain penelitian yang digunakan adalah <i>Quasi eksperimen, pre-test dan post-test</i> tanpa menggunakan	18 responden <i>Variabel Independent</i> : <i>Modern Dressing</i> <i>Variabel Dependent</i> : Pasien dengan	Analisis data dilakukan dengan uji parametrik yaitu <i>paired t-test</i>	Adanya perbedaan signifikan dengan p value 0,000 dalam rerata skor penyembuhan luka ulkus diabetikum sebelum dan sesudah diberikan modern dressing. Penelitian ini ditemukan

			kelompok kontrol.	ulkus diabetikum		perbaikan luka ulkus diabetikum dengan perawatan luka Modern dressing.
--	--	--	-------------------	------------------	--	--

Berdasarkan uraian pada tabel hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa keefektifan *modern dressing* dilakukan setelah 3 x 24 jam. Hasil yang didapatkan setelah *modern dressing* adalah terjadi perubahan klinis kearah yang lebih baik. Perubahan klinis tersebut ditunjukkan dengan hasil resiko infeksi berkurang.

D. Outcome

Hasil yang ingin dicapai menggunakan indikator berdasarkan buku standar luarankeperawatan Indonesia, luaran menggunakan Intergritas kulit dan jaringan (L.14125) dengan ekspektasi meningkat. Indikator pencapaian yaitu ulkus diabetikum meningkat setelah diberikan intervensi perawatan luka dengan teknik nonfarmakologis berupa *modern dressing* (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017).

Tabel 3. 3 Indikator

Indikator	IR	ER	Akhir
Kerusakan jaringan	4	1	3
Meringis	4	1	3
Nyeri	3	1	2
Kemerahan	5	1	3
Pigmentasi abnormal	4	1	3

Keterangan :

1 : Meningkat

2 :Cukup

Meningkat

3 : Sedang

4 : Cukup

Menurun

4 : Menurun

E. Analisis Keefektifan Penerapan Hasil Penelitian

Modern dressing dapat dijadikan sebagai salah satu terapi nonfarmakologidalam mengatasi intergritas kulit dan jaringan pada pasien ulkus diabetikum. Peran perawat sebagai *care giver* dapat memberikan intervensi secara holistik. Perawat tidak hanya menjalankan implementasi kolaboratif tetapi juga tindakan mandiri perawat. Perawat dapat melakukan

tindakan mobilisasi dini untuk mengatasi masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Subandi et al., 2020)

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Identitas

I. Identitas Klien :

1. Nama : Tn.S
L/P
2. Tempat/tanggal lahir : Cilacap, 18 Maret 1972
3. Golongan darah : A
4. Pendidikan terakhir :
~~SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3~~
5. Agama :
Islam/~~Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu~~
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : kawin/~~belum/janda/duda (cerai-
hidup/mati)~~
8. Pekerjaan : Buruh
9. Alamat : Jalan Dusun Kubang RT 03 RW 04 Kali
Jeruk Kawunganten
10. Diagnosa medik : Ulkus Diabetes Melitus

II. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Ny. E
2. Umur : 38 Tahun
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Adik
7. Pendidikan terakhir : SMP
8. Alamat : Jalan Dusun Kubang RT 03 RW 04
Kali Jeruk Kawunganten

III. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Pasien mengatakan nyeri tungkai sebelah kiri, kemerahan dan menghitam
2. Faktor pencetus : Ulkus pedis sinistra diabetes melitus
3. Lamanya keluhan : Pasien mengatakan sudah lama lukanya
4. Timbulnya keluhan : () bertahap () mendadak
5. Faktor yang memperberat : saat beraktivitas

B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :
Tidak ada penyakit yang pernah dialami

2. Kecelakaan : tidak ada riwayat kecelakaan

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit :
2. Waktu : 2 0 0 0
3. Riwayat operasi : Orif di ekstermitas bawah

B. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri
Pasien mengatakan menerima dan ikhlas dengan penyakit yang sedang dideritanya dan jika sakit selalu pergi ke klinik atau rumah sakit
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
Pasien mengatakan mengetahui penyakitnya dan mentaati semua anjuran dokter dan perawat
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - 1) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
= Tidak ada
 - 2) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
= Pasien mengatakan memeriksakan kesehatan ketika sakit
 - 3) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatana). Yang dilakukan bila sakit
= berobat ke layanan kesehatan terdekat
 - b). kemana pasien biasa berobat bila sakit
= puskesmas dan rumah sakit
 - c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)Merokok : tidak merokok
Alkohol : tidak mengonsumsi alcohol
Kebiasaan olah raga, jenis : berlari

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	-	-	-

- d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
 - 1). Penghasilan = ± 1.500.000 /bulan
 - 2). Asuransi/jaminan kesehatan = BPJS
 - 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal= Nyaman

2. Nutrisi, cairan dan metabolik

- a. Gejala (subyektif)
- 1). Diet biasa (tipe) : tinggi kalium dan protein jumlah makan/hari : 3 kali sehari
 - 2). Pola diit : MB makan terakhir : sore hari
 - 3). Nafsu/selera makan : Baik. Mual : Ya/Tidak, waktu : -
 - 4). Muntah : (√) tidak ada () ada, jumlah :
Karakteristik :
 - 5). Nyeri ulu hati : (√) tidak ada () ada,
Karakter/penyebab :
 - 6). Alergi makanan : (√) tidak ada () ada
 - 7). Masalah mengunyah/menelan : (√) tidak ada () ada,
jelaskan
 - 8). Keluhan demam : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 9). Pola minum/cairan : jumlah minum ±1500-2000ml
Cairan yang biasa diminum : mineral
 - 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
- b. Tanda (obyektif)
- 1). Suhu tubuh = 36,3 °C
Diaphoresis : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 2). Berat badan : 85 kg Tinggi badan = 170 cm
Turgor kulit : 1 detik Tonus otot = kuat
 - 3). Edema : () tidak ada (√) ada, lokasi dan karakteristik
Ekstermitas bawah sinis
 - 4). Ascites : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 5). Integritas kulit perut = elastis.....Lingkar abdomen = tidak terkaji cm
 - 6). Distensi vena jugularis : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 7). Hernia/masa : (√) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
.....
 - 8). Bau mulut/halitosis : (√) tidak ada () ada
.....
 - 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :
(-) sianosis, (-) luka, mukosa bibir lembab, lidah bersih, gigi lengkap

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

- a. Gejala subyektif:
- 1). Dispneu : (√) tidak ada () ada, jelaskan
 - 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak -
 - 3). Pemajanan terhadap udara berbahaya -
 - 4). Penggunaan alat bantu : (√) tidak ada () ada,
.....
- b. Tanda obyektif:

- 1) Pernafasan = frekuensi 20 x/ mnt. Kedalaman = Dangkal
Simetris = simetris kanan dan kiri.....
- 2) Penggunaan alat bantu nafas = tidak menggunakan alat bantu
Nafas cuping hidung = (-) menggunakan nafas cuping hidung.....
- 3) Batuk = tidak ada Sputum (karakteristik) = tidak ada.....
- 4) Fremitus = taktil fremitus..... Bumyi nafas = vesikuler.....
- 5) Egofofi = (-) Sianosis = (-).....

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

- a. Gejala subyektif :
 - 1) Kegiatan dalam pekerjaan = Buruh
 - 2) Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a). Pergerakan tubuh = terbatas
 - b). Kemampuan merubah posisi : () mandiri (√) perlu bantuan,
Jelaskan = aktivitas pasien dibantu oleh keluarga
 - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
() mandiri (√) perlu bantuan, jelaskan = terpasang infus
 - 3) Toileting (BAB/BAK) : () mandiri (√) perlu bantuan,
jelaskan = Pasien dibantu oleh keluarga
 - 4) Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : (√) tidak ada ()
ada, Jelaskan
 - 5) Mudah merasa kelelahan : (√) tidak ada () ada,
jelaskan.....
 - 6) Toleransi terhadap aktivitas : (√) baik () kurang,
jelaskan
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati = normal
 - 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi)= (-) gangguan.....
 - 3). Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : () tidak (√) ya, jelaskan = lemas
 - b). Kerapian berpakaian = cukup rapih.....
 - 4). Pengkajian neuromuskuler :

Masa/tonus : Tidak ada massa.....

Kekuatan otot : Kekuatan otor (+).....

Rentang gerak : Terbatas

Deformitas : Tidak
ada.....
 - 5). Bau badan : (-)..... Bau mulut : (-)

Kondisi kulit kepala : Cukup bersih

Kebersihan kuku : Cukup berish.....

5. Istirahat

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Kebiasaan tidur= lampu dimatikan, suasana hening
Lama tidur = 6-8 jam.....
 - 2). Masalah berhubungan dengan tidur
 - a). Insomnia : (√) tidak ada () ada
 - b). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : (√) tidak ada () ada

- Jelaskan
- c). Lain-lain, sebutkan
- b. Tanda obyektif :
- 1). Tampak mengantuk/mata sayu : () tidak ada () ada, jelaskan.....
 - 2). Mata merah : () tidakada () ada
 - 3). Sering menguap : () tidakada () ada
 - 4). Kurang konsentrasi : () tidakada () ada

6. Sirkulasi

- a. Gejala subyektif :
- 1). Riwayat hipertensi dan masalah jantung : () tidak ada () ada, Jelaskan
 - 2). Riwayat edema kaki : () tidak ada () ada, jelaskan terdapat ulkus di ekstermitas bawah sinistra
 - 3). Flebitis = Tidak ada..... () Penyembuhan lambat
 - 4). Rasa kesemutan = Tidak ada.....
 - 5). Palpitasi = Tidak ada.....
- b. Tanda obyektif :
- 1). Tekanan darah= 144/88 mmHg
 - 2). *Mean Arteri Pressure* (MAP) : 106.....
 - 3). Nadi :
 - a). Karotis : Tidak terkaji
 - b). Femoralis : Tidak terkaji
 - c). Popliteal : Tidak terkaji
 - d). Jugularis : Tidak terkaji
 - e). Radialis : 92x/ menit
 - f). Dorsal pedis : Tidak terkaji.
 - g). Bunyi jantung :Lup Dup..... Frekuensi : 90x/menit...
Irama : Normal..... Kualitas : Baik...
 - h). Murmur : (-)..... Gallop : (-).....
 - i). Pengisian kapiler : < 2 detik.....
Varises : (-)..... Phlebitis : (-).....
 - j). Warna membrane mukosa : Merah muda. Bibir : Lembab
Konjungtiva : Merah. (-) anemis Sklera : (-) Ikterik
Punggung kuku : Merah Muda

7. Eliminasi

- a. Gejala subyektif :
- 1). Pola BAB : frekuensi :1x sehari konsistensi : Lunak
 - 2). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasangkolostomi/ileostomy) : Tidak Ada.....
 - 3). Kesulitan BAB : konstipasi : Tidak ada.....
Diare : Tidak ada.....

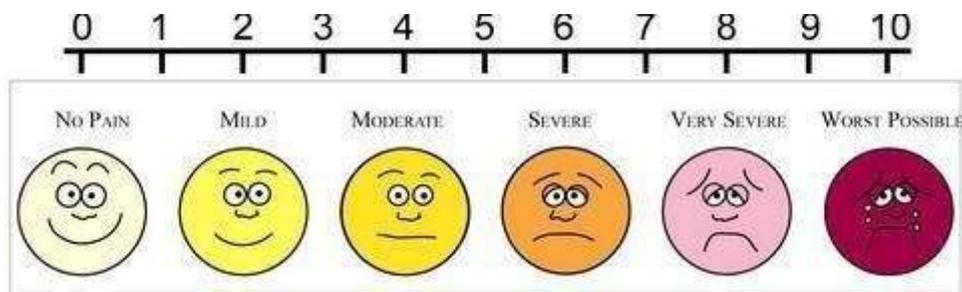
- 4). Penggunaan laksatif : () tidak ada () ada, jelaskan

- 5). Waktu BAB terakhir : Pagi hari
- 6). Riwayat perdarahan : Tidak ada.....
 Hemorrhoid : Tidak ada.....
- 7). Riwayat inkontinensia alvi : Tidak ada.....
- 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : Pernah.....
- 9). Riwayat penggunaan diuretik : Tidak ada.....
- 10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : Tidak ada.....
- 11). Kesulitan BAK : Tidak ada.....
- b. Tanda Obyektif
- 1) Abdomen
- a). Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak, jelaskan
 Abdomen rata berbentuk seperti dapan.....
- b). Auskultasi : bising usus = 12x/mnt..... Bunyi abnormal : ()
 tidak ada () ada, jelaskan
- c). Perkusi
 Bunyi timpani () tidak ada () ada
 Kembang () tidak ada () ada
 Bunyi abnormal () tidak ada () ada
 Jelaskan.....
- d). Palpasi :
- Nyeri tekan : Tidak ada.....
 Nyeri lepas : Tidak ada.....
 Konsistensi : lunak/keras : Keras
 Massa : () tidak ada () ada, jelaskan.....
 Pola BAB : konsistensi = Lunak warna= Kekuningan...
 Abnormal : () tidak ada () ada,
 jelaskan.....
 Pola BAK : dorongan = Tidak ada. Frekuensi = 6-7x/ hari...
 Retensi = Tidak ada.....
- Distensi kandung kemih : () tidak ada () ada, jelaskan

- e). Karakteristik urin : Kuning jernih.....
 Jumlah = +500 cc..... Bau = Khas...
- f). Bila terpasang kolostomi/ileostomi : keadaan = Tidak
 ada.....

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif :



1) Adanya nyeri

P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri).....
= Ulkus Diabetes Melitus

Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)= Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)
= Nyeri dibagian ekstermitas bawah sinistra

S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 – 10) = Skala 4

T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya) = Nyeri terus menerus

2) Rasa ingin pingsan/pusing : (√) tidak ada () ada, jelaskan

3) Sakit kepala : lokasi nyeri = Tidak ada..... Frekuensi :Tidak ada

4) Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi = Tidak ada.....

Kejang : (√) tidak ada () ada

Jelaskan = (-).....

Cara mengatasi = (-).....

5) Mata : penurunan penglihatan (√) tidak ada () ada, Jelaskan = (-).....

6) Pendengaran : penurunan pendengaran (√) tidak ada () ada,Jelaskan =(-)).....

7) Epistaksis : (√) tidak ada () ada Jelaskan = (-).....

b. Tanda obyektif :

1) Status mental

Kesadaran : (√) komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma

2) Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) = 4...

Respon motorik (M) = 6 respon verbal (V) = 5.....

3) Terorientasi/disorientasi : waktu = Terorientasi Baik.....

Tempat = Terorientasi Baik..... Orang Terorientasi Baik

4) Persepsi sensori : ilusi = Tidak ada..... halusinasi= Tidak ada.....

Delusi = Tidak ada..... Afek= Tidak ada... Jelaskan= (-).....

- 5) Memori :
 Saat ini = Pasien mampu mengingat saat ini dengan jelas
 Masa lalu = Pasien mampu mengingat masa lalu dengan baik
 Alat bantu penglihatan/pendengaran : () tidak ada () ada,
 sebutkan.....
- 6) Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki = Isokor.....
 Ukuran pupil = Tidak Terkaji.....
- 7) Fascial drop = Tidak terkaji Postur = Tidak terkaji.....
 Reflek = Tidak terkaji.....
- 8) Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada () ada Respon emosional = Tenang . penyempitan fokus =

9. Keamanan

a. Gejala subyektif :

- 1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :
 Obat-obatan : Tidak ada.....
 Makanan : Tidak ada.....
- 2). Riwayat penyakit hubungan seksua : () tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Riwayat tranfusi darah = Tidak pernah.....
 Riwayat adanya reaksi tranfusi = Tidak ada.....
- 4). Riwayat cedera : () tidak ada () ada, sebutkan
- 5). Riwayat kejang : () tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif :

- 1). Suhu tubuh = 36,3 °C Diaforesis = (-).....
- 2). Integritas jaringan =
- 3). Jaringan parut : () tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Kemerahan/pucat : () tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Adanya luka : luas = ±20 cm..... kedalaman = (-).....
 Drainase purulen = (-).....
 Peningkatan nyeri pada luka = saat beraktivitas.....
- 6). Ekimosis/tanda perdarahan lain = Tidak ada.....
- 7). Faktor resiko terpasang alat invasive : () tidak ada () ada, jelaskan ... Terpasang selang drainase.....
- 8). Gangguan keseimbangan : () tidak ada () ada, jelaskan
- 9). Kekuatan umum = 4..... tonus otot = Kuat.....
 Parese/paralisa = Tidak terkaji.....

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif :

- 1) Pemahaman terhadap fungsi seksual = Pasien memahami terkait fungsi seksualnya
- 2) Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit) Kondisi sakit.....
- 3) Permasalahan selama aktivitas seksual : () tidak ada () ada, jelaskan
- 4) Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis = Tidak terkaji.....
- 5). Pengkajian pada perempuan
 - a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan) pasien tidak mengalami masalah menstruasi
 - b). Riwayat kehamilan pasien mengatakan memiliki 2 orang anak
 - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear) (-).....

b. Tanda obyektif :

- 1). Pemeriksaan payudara/penis/testis Tidak terkaji.....
- 2). Kutil genital, lesi Tidak terkaji.....

11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping

a. Gejala subyektif :

- 1). Faktor stress = pasien mengalami stres saat kondisi tubuhnya sakit
- 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)..... Keputusan pasien dimusyawarahkan dengan keluarganya
- 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll) Memecahkan Masalah dengan bermusyawarah dan berbicara dengan orang lain
- 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang Berobat ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan sesuai dengan penyakitnya
- 5). Perasaan cemas/takut : () tidak ada () ada, jelaskan
- 6). Perasaan ketidakberdayaan : () tidak ada () ada, jelaskan
- 7). Perasaan keputusasaan : () tidak ada () ada, jelaskan
- 8). Konsep diri :
 - a). Citra diri : Pasien mengatakan menerima kondisi tubuhnya yang sekarang
 - b). Ideal diri : Pasien berperilaku sesuai dengan perannya di keluarga sebagai

ayah

- c). Harga diri : Pasien memiliki harga diri yang baik
 - d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Tidak ada
 - e). Konflik dalam peran : Tidak ada.....
- b. Tanda obyektif :
- 1). Status emosional : (√) tenang, () gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung.....
 - 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah
.....
Menahan Nyeri.....

12. Interaksi sosial

- a. Gejala subyektif :
- 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh : keluarganya
 - 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah : istri dan adiknya
 - 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (√) tidak ada () ada, sebutkan
 - 4). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (√) tidak ada () ada, sebutkan
- b. Tanda obyektif :
- 1). Kemampuan berbicara : (√) jelas () tidak jelas
Tidak dapat dimengerti = (-)..... Afasia = (-).....
 - 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan
Jelas
 - 3). Penggunaan alat bantu bicara
Tidak ada.....
 - 4). Adanya trakeostomi
Tidak ada.....
 - 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain
Suami dan keluarga pasien membantu menjelaskan
 - 6). Perilaku menarik diri : (√) tidak ada () ada,
Sebutkan

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

- a. Gejala subyektif :
- 1). Sumber kekuatan bagi klien : Allah SWT
 - 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam :
Sholat..... frekuensi = 5 waktu.....
 - 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat
Tidak ada.....
 - 5). Pemecahan oleh klien Tidak ada.....
 - 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (√) tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :

() tidak ada () ada, jelaskan

.....

b. Tanda obyektif:

- 1). Perubahan perilaku Tidak Ada.....
- 2). Menolak pengobatan : () tidak ada () ada,
jelaskan.....
- 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama : () tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : () tidak ada
() ada, jelaskan

Data Penunjang

1. Laboratorium (21/11/2022)

Tabel 3. 4 Data Penunjang Lab

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Nilai
Hematologi			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	13.5 – 17.5	g/dl	10.3
Leukosit	4400 – 11300	/mm ³	17,600
Hematokrit	40 – 52	%	31.2
Eritrosit	4.5 – 6.5	uL	3.27
Trombosit	150.000 – 450.000	/uL	567,000
MCV	80 – 100	Fi	95.4
MCH	26 – 34	Pg/cell	31.5
MCHC	32 – 36	g/dl	33.0
RDW-CV	11.5 – 14.5	%	14.3
HEMOSTASIS			
Masa perdarahan/ BT	1-7	menit	4
Masa perdarahan/ CT	9-17	menit	10
Imunoserologi			
Hepatitis marker			
HBsAg	Non reaktif		Non reaktif
Anti HIV	Non reaktif		Non reaktif
Kimia klinik			
Fungsi hati			
Albumin	3.5 – 5.0		2.70
AST (SGOT)	317-59	U/L 37°C	17-59
ALT (SGPT)	21-72	U/L 37°C	24
Fungsi ginjal			
Ureum	15-50	Mg/dL	34.2
Kreatinin	0.8-1.5	Mg/dL	1.30
Karbohidrat			
Glukosa darah sewaktu	<140	Mg/dL	254
Elektrolit			
Natrium	135-145	mEq/L	142
Kalium	3.6 – 5.5	mEq/L	4.2
Klorida	98-107	mEq/L	106

2. Radiologi

Foto thorax AP/PA

Kesan :

- Cardiomegali
- Pulmo tak tampak kelainan

3. EKG

- Tidak terkaji
4. USG : tidak terkaji
 5. CT Scan: tidak terkaji

.....

.....

6. Pemeriksaan lain

.....

.....

.....

.....

7. Obat-obatan
 - Injeksi ceftriaxone 1 gram
 - Injeksi Ketorolac 1 ampul
8. Diit
Rendah gula

C. Analisa Data

Pada 22 November 2022 pada jam 13.35 WIB didapatkan data subjektif pasien terdapat kemerahan di tungkai kaki sebelah kiri. Data objektif terdapat luka di tungkai kaki kiri, warna sekitar luka tampak kemerahan, bau luka tampak khas, luas luka ± 4 cm dengan diameter 3-4 cm kedalaman 1 cm, derajat luka 2 tidak sampai mengenai ke tulang, dan pasien kesakitan saat lukanya di sentuh. Tekanan Darah 140/68 mmHg, Nadi 72 x/menit, GDS 256 mg/dL, SpO2 93%, RR 30x/menit, hasil laborat Albumin 2.70

D. Diagnosa Keperawatan

Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)

E. Intervensi Keperawatan

SLKI : Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan saat ini 4 (cukup menurun) dan harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat), kerusakan lapisan kulit 4 (cukup menurun) dan harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat), nyeri 2 (cukup menurun) harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat), kemerahan 2 (cukup menurun) dan harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat), pigmentasi abnormal 3 (sedang) dan harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat). SIKI : Perawatan Luka (I.14564) yaitu memonitor karakteristik luka, memonitor tanda-tanda infeksi, membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik, jika perlu, membersihkan jaringan nekrotik, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka (*modern dressing*), menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan konsumsi

makanan tinggi kalori tinggi protein, memberikan pemberian antibiotic.

F. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada tanggal 22 November 2022 pada jam 13.30 WIB, memonitor karakteristik luka, memonitor tanda dan gejala infeksi dengan respon subjektif pasien mengatakan terdapat kemerahan di sekitar luka dan terdapat luka di tungkai kaki kirinya, data objektif pasien tampak meringis kesakitan karena lukanya, warna sekitar luka tampak kemerahan, luas luka ± 4 cm dengan diameter 3-4 cm dan kedalaman luka ± 1 cm.

Implementasi pada tanggal 23 November 2022 pada jam 08.00 WIB, memonitor karakteristik luka, melakukan perawatan luka dengan Teknik modern dressing, dan menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein dengan data subjektif pasien mengatakan lukanya masih berwarna kemerahan dan pasien mengatakan bersedia di bersihkan lukanya dengan metode *modern dressing*, data objektif pasien tampak menahan nyeri saat dilakukan perawatan luka dengan *metode modern dressing*, warna sekitar luka tampak kemerahan, luas luka ± 4 cm dengan diameter 3-4 cm dan kedalaman luka ± 1 cm, pasien tampak diberikan injeksi ketorolac untuk mengurangi rasa nyerinya.

Implemetasi pada tanggal 24 November 2022 pada jam 08.30 WIB, memonitor karakteristik luka, melakukan perawatan luka dengan Teknik *modern dressing*, dengan data subjektif pasien mengatakan bersedia dilakukan perawatan luka kembali, data objektif yang didapat yaitu pasien tampak lebih tenang saat dilakukan perawatan luka dengan teknik *modern dressing*, kemerahan di area luka tampak berkurang, luas luka ± 3 cm dengan diameter 2 cm dan kedalaman luka ± 1 cm.

G. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada tanggal 22 November 2022 pada jam 14.00 WIB, subjektif : pasien mengatakan terdapat luka di tungkai kaki kiri dan berwarna kemerahan. Objektif pasien tampak lemah dan Gerakan terbatas, luas luka pasien \pm 4 cm bau khas dengan diameter 3-4 cm dan kedalaman luka \pm 1 cm dan berwarna kemerahan. A : masalah belum teratasi dengan kriteria hasil kerusakan lapisan kulit dengan keadaan saat ini 4 (cukup menurun) dan harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat), nyeri dengan nilai 4 (cukup menurun) harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat), kemerahan dengan nilai 4 (cukup menurun) harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat). P : lanjutkan intervensi dengan melakukan perawatan luka, memberikan injeksi antibiotic, mengkonsumsi makanan tinggi kalium tinggi protein.

Evaluasi pada tanggal 23 November 2022 pada jam 09.00 WIB, subjektif : pasien mengatakan kemerahan sedikit berkurang tetapi masih terasa nyeri saat digerakan. Objektif pasien tampak bisa sedikit bergerak, luas luka pasien \pm 4 cm bau khas dengan diameter 3-4 cm dan kedalaman luka \pm 1 cm berwarna kemerahan. A : masalah belum teratasi dengan indicator kerusakan lapisan kulit dengan keadaan saat ini 4 (cukup menurun) dan harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat), nyeri dengan nilai 3 (sedang) harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat), kemerahan dengan nilai 3 (sedang) harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat). P : lanjutkan intervensi dengan melakukan perawatan luka, memberikan injeksi antibiotic.

Evaluasi pada tanggal 24 November 2022 pada jam 09.30 WIB, subjektif : pasien mengatakan kemerahan berkurang. Objektif pasien tampak bisa sedikit bergerak dengan dibantu oleh keluarga, tampak

kemerahan di area luka berkurang, luas luka ± 3 cm dengan diameter 3 cm dan kedalaman luka ± 1 cm. A : masalah belum teratasi dengan indikator kerusakan lapisan kulit dengan keadaan saat ini 4 (cukup menurun) dan harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat), nyeri dengan nilai 2 (cukup meningkat) harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat), kemerahan dengan nilai 3 (sedang) harapan yang ingin dicapai 1 (meningkat). P : lanjutkan intervensi dengan melakukan perawatan luka, mengkonsumsi makanan tinggi kalium tinggi protein.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Analisis Jurnal

Asuhan keperawatan pada Tn.S dengan diagnose medis Diabetes Melitus sejak 22 – 24 November 2022. Pasien masuk pada tanggal 22 November 2022 dengan Tn.S memiliki usia 50 tahun . dari hasil pengkajian, klien mengatakan memiliki riwayat diabetes mellitus > 3 tahun, kadang mengeluh sering makan, sering minum, sering kencing dan terkadang lemas. Gula darah sewaktu 256 mg/dL, kadang-kadang pasien mengeluh lemas jika gula darahnya tinggi, dan terdapat ulkus di tungkai kakinya yang berwarna kemerahan. Dari data tersebut maka didapatkan diagnose Gangguan integritas kulit maka penulis tertarik untuk melakukan pendekatan non farmakologi dengan melakukan tindakan keperawatan dengan metode *modern dressing* dalam jurnal Subandi et.al., (2020).

Diabetes melitus adalah gangguan metabolisme ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah atau hiperglikemi yang ada kaitannya dengan abnormalitas metabolisme terhadap karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan karena tubuh tidak bisa mengsekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin. Komplikasi menahun Diabetes Mellitus terdiri dari nefropati 7,1%, Penyakit jantung koroner 20,5%, retinopati 10%, neuropati 60% dan kaki diabetik 15%.⁸ Diabetes mellitus seringkali tidak menyadari adanya luka pada kaki, sehingga meningkatkan resiko luka menjadi lebih dalam (ulkus kaki) dan perlu melakukan tindakan amputasi. Diperkirakan 15% penderita diabetes melitus dalam perjalanan penyakitnya mengalami

komplikasi luka diabetik terutama pada luka kaki diabetikum. Sekitar 14-24% diantara penderita kaki diabetik memerlukan tindakan amputasi. Pemeriksaan kaki diperlukan bagi yang mempunyai luka diabetes maupun sebelum luka muncul. Beberapa pencegahan terjadinya luka pada penderita diabetes dianjurkan menggunakan sandal diabetes, menghindari benda tajam, memakai kaos kaki, dan sepatu sempit Subandi et.al., (2020). *Modern dressing* adalah metode perawatan luka dengan cara mempertahankan lingkungan luka tetap lembap untuk mempertahankan kehilangan cairan jaringan dan kematian sel. (Handayani, 2016).

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Kementerian Kesehatan RI (2018), bahwa penderita DM di Indonesia mengalami peningkatan sebesar 2,0 %, jumlah tersebut lebih besar dari tahun 2013 yaitu sebesar 1,5%. Di Jawa Barat terdapat 131.846 orang penduduk umur lebih dari 15 tahun terdiagnosa DM, dengan persentasi sebesar 1,7%

Perawatan luka konvensional harus sering mengganti kain kasa pembalut luka, sedangkan perawatan luka modern memiliki prinsip menjaga kelembapan luka dengan menggunakan bahan seperti hydrogel. Hydrogel berfungsi menciptakan lingkungan luka tetap lembap, melunakkan serta menghancurkan jaringan nekrotik tanpa merusak jaringan sehat, yang kemudian terserap ke dalam struktur gel dan terbuang bersama pembalut (debridemen autolitik alami). Balutan dapat diaplikasikan selama tiga sampai lima hari, sehingga tidak sering menimbulkan trauma dan nyeri pada saat penggantian balutan Subandi et.al., (2020).

Manfaat perawatan luka dengan teknik *modern dressing* yaitu dapat

mempercepat fibrinosis yang terbentuk pada luka kronis dapat dihilangkan lebih cepat oleh neutrofil dan sel endotel dalam suasana lembap, mempercepat angiogenesis dengan keadaan hipoksia pada perawatan luka tertutup akan merangsang pembentukan pembuluh darah lebih cepat, dapat menurunkan resiko infeksi, mempercepat pembentukan *growth factor* yang berperan pada proses penyembuhan luka untuk membentuk stratum korneum dan angiogenesis, mempercepat pembentukan sel aktif (Handayani, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Khoirunisa et.al., (2020) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terhadap perawatan luka dengan metode *modern dressing* terhadap skor penyembuhan luka ulkus diabetikum pada saat diberi intervensi perawatan luka. Hasil penelitian Rukmi et al., (2018) bahwa perawatan luka dengan *modern dressing* dapat meningkatkan kualitas hidup, terlihat dari adanya peningkatan hasil perhitungan kualitas hidup pada pasien dengan ulkus diabetikum. Perbaikan derajat luka serta karakteristik luka sebelum dan setelah dilakukan perawatan luka dapat mempengaruhi dari perbaikan kualitas hidup.

B. Analisis Intervensi Perawatan Luka Dengan Teknik Modern Dressing Dan Konsep dan Penelitian

Metode untuk mencegah adanya kerusakan integritas kulit yang dapat mengurangi resiko infeksi yaitu dengan melakukan perawatan luka. Penelitian yang dilakukan oleh Nabila et al (2017), melaporkan bahwa moisture balance atau modern dressing merupakan jenis wound care yang lebih banyak digunakan saat ini dibandingkan dengan metode konvensional. Menurut Wijaya (2017), menyatakan bahwa tujuan dari pemilihan modern dressing

adalah mendukung proses penyembuhan luka. Penyembuhan dengan konsep lembab menjadi standar perawatan pada klien dengan suplai sirkulasi yang adekuat agar menghasilkan jaringan granulasi, epitelisasi dan penyembuhan yang matang.

Rencana keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi diagnose gangguan integritas kulit yaitu dengan melakukan perawatan luka menggunakan metode *Modern Dressing*. *Modern dressing* secara klinis dapat mempercepat proses epitelisasi sebanyak 30%-50% dan sintesa kolagen sebanyak 50%. Re-epitelisasi dengan kelembapan terjadi 2-5 kali lebih cepat dan terbukti mampu mengurangi kehilangan cairan pada area permukaan luka. Kelembaban lingkungan luka yang tetap terjaga akan memfasilitasi proses penyembuhan luka, mempertahankan kehilangan cairan jaringan dan kematian sel (Handayani, 2016).

Teknik perawatan luka modern menciptakan kondisi lembab pada luka untuk membantu proses epitelisasi dan penyembuhan luka, menggunakan balutan semi occlusive, full occlusive dan impermeable dressing dengan mempertimbangan biaya (*cost*), kenyamanan (*comfort*), dan keamanan (*safety*). Tekniknya yaitu dengan mencuci luka, membuang jaringan mati, dan memilih balutan. Mencuci luka bertujuan menurunkan jumlah bakteri dan membersihkan sisa balutan lama, debridement jaringan nekrotik atau membuang jaringan dan sel mati dari permukaan luka. Metode perawatan luka modern (*modern dressing*) dengan menggunakan *hydrogel* atau salep-salep luka yang memiliki tingkat kelembapan yang tinggi dengan pemberian madu untuk menciptakan suasana lembab pada luka (Handayani, 2016).

C. Alternatif Pemecahan Masalah Yang Dilakukan

Setelah dilakukan intervensi intergritas kulit selama 3×24 jam, hasil yang didapatkan intergritas kulit dan jaringan meningkat di tandai dengan kerusakan jaringan dari menurun bias menjadi meningkat, kerusakan kulit dari menurun bias menjadi sedang, kemerahan berkurang.

Berdasarkan data yang diperoleh dalam proses evaluasi asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus di Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap alternative pemecahan yang dilakukan adalah :

1. Berdasarkan hasil evaluasi terhadap implementasi keperawatan dalam mengatasi gangguan intergritas kulit dengan melakukan tindakan perawatan luka dengan metode *modern dressing*. Intervensi perawatan luka dengan metode *modern dressing* adalah tindakan yang paling efektif untuk mengurangi infeksi pada kulit pasien yang beresiko akan mengalami infeksi jika tidak dilakukan perawatan luka Rukmi et al., (2018).
2. Memberikan informasi kesehatan pasien meliputi mengenai tanda dan gejala bahaya, cara mempertahankan kesehatan setelah masa perawatan di rumah sakit, jadwal dan manfaat medikasi yang diresepkan untuk dikonsumsi dirumah, dan jadwal kontrol terkait dengan masalah kesehatan pasien. Tindakan alternatif yang telah disebutkan di atas perlu dikomunikasikan kepada keluarga pasien. Keluarga dimotivasi oleh perawat untuk berperan aktif dalam support untuk mempertahankan kesehatan pasien

D. Analisis Jurnal Dengan PICO

1. Populasi

Tabel 4. 1 Populasi

Population	Problem
Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien diabetes melitus. Penerapan intervensi berdasarkan jurnal kepada satu pasien kelolaan yang sedang dilakukan asuhan keperawatan	Problem yang ditemukan yaitu pasien diabetes melitus dengan diagnosa gangguan keperawatan integritas kulit.

2. Intervention

Intervensi yang diberikan dalam asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus untuk mengatasi gangguan integritas kulit dengan menggunakan standar intervensi keperawatan Indonesia yaitu dengan teknik nonfarmakologis yang bertujuan untuk mengurangi infeksi pada luka (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Penelitian lainnya Khoirunisa et al., (2020) yang berjudul “Pengaruh *Modern Dressing* Terhadap Rerata Skor Penyembuhan Luka Ulkus Diabetikum” menunjukkan hasil penelitian yang signifikan dan dapat digunakan sebagai *Evidence Based Practice*) dalam tindakan keperawatan untuk mengatasi adanya infeksi pada ulkus diabetic. Hasil observasi pengkajian luka pada pasien ulkus diabetik yang melakukan perawatan luka modern dressing, diperoleh penurunan skor derajat luka. Selain itu, juga menunjukkan berkurangnya jaringan nekrotik, berkurangnya luas luka, dan terdapat jaringan granulasi

3. Comparison

Tindakan pemberian intervensi diberikan kepada satu pasien kelolaan dan tidak dilakukan perbandingan dengan pasien lain. Namun, terdapat beberapa penelitian sebelumnya yang serupa yaitu dengan perawatan luka modern dressing untuk mengurangi adanya infeksi pada ulkus diabetikum :

Tabel 4. 2 Comparison

No	Penulis (Tahun)	Judul	Jenis dan Desain Penelitian	Variabel Penelitiandan Populasi	Analisa Data	Hasil Penelitian
1	Rukmi, (2018)	Pengaruh implementasi modern dressing terhadap kualitas hidup pasien ulkus diabetikum	Desain pada penelitian ini adalah <i>praeksperimental dengan one group pra-post test design.</i>	17 Responden <i>Variabel Independent : Implementasi Modern Dressing</i> Variabel Dependent : Pasien ulkus diabetikum	Penelitian ini menggunakan <i>uji t-berpasangan</i> dengan tingkat kesalahan $p < 0,05$.	Terdapat perbedaan yang bermakna antara kualitas hidup sebelum dan setelah dilakukan perawatan luka ($p < 0,000$). Rata rata perubahan skor kualitas hidup adalah 13 poin. penelitian ini adalah perawatan luka dengan modern dressing dapat meningkatkan kualitas hidup, terlihat dari adanya peningkatan hasil perhitungan kualitas hidup pada pasien dengan ulkus diabetikum. Perbaikan

						derajat luka serta karakteristik luka sebelum dan setelah dilakukan perawatan luka dapat mempengaruhi dari perbaikan kualitas hidup.
2	Subandi & Sanjaya, (2020)	Efektivitas <i>modern dressing</i> terhadap proses penyembuhan luka diabetes mellitus tipe 2	Desain penelitian ini adalah <i>Quasy Eksperiment</i> dengan pendekatan <i>Pre-Posttest With Control Group</i> <i>Desain</i>	18 responden dengan 15 sampel <i>Variabel Independent</i> : Modern Dressing <i>Variabel Dependent</i> : Pasien diabetes melitus tipe 2	Penelitian ini menggunakan analisa univariat dan bivariat menggunakan uji <i>Wilcoxon</i>	Hasil penelitian didapatkan ada perbedaan skor luka sebelum dan sesudah pada kelompok pada kelompok perlakuan dengan p-value =0.005 (≤ 0.05) dan pada kelompok kontrol dengan p-value =1.000 ($\geq 0,05$). Lalu hasil uji beda antar kelompok dengan p- value=0,001($\leq 0,05$).
3	Khoirunisa et al., (2020)	Pengaruh <i>modern dressing</i> terhadap rerata skor penyembuhan luka ulkus diabetikum	Desain penelitian yang digunakan adalah <i>Quasi eksperimen, pre-test</i> dan <i>post-test</i> tanpa menggunakan	18 responden <i>Variabel Independent</i> : <i>Modern Dressing</i> <i>Variabel Dependent</i> : Pasien dengan	Analisis data dilakukan dengan uji parametrik yaitu <i>paired t-test</i>	Adanya perbedaan signifikan dengan p value 0,000 dalam rerata skor penyembuhan luka ulkus diabetikum sebelum dan sesudah diberikan modern dressing. Penelitian ini ditemukan

			kelompok kontrol.	ulkus diabetikum		perbaikan luka ulkus diabetikum dengan perawatan luka Modern dressing.
--	--	--	-------------------	------------------	--	--

Berdasarkan uraian pada tabel hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa keefektifan *modern dressing* dilakukan setelah 3 x 8 jam. Hasil yang didapatkan setelah *modern dressing* adalah terjadi perubahan klinis kearah yang lebih baik. Perubahan klinis tersebut ditunjukkan dengan hasil resiko infeksi berkurang

4. Outcome

Hasil yang ingin dicapai menggunakan indikator berdasarkan buku Standar Luara Keperawatan Indonesia, luaran menggunakan Integritas kulit dan jaringan (L.14125) dengan ekspektasi menurun. Indikator pencapaian kerusakan jaringan meningkat, kerusakan lapisan meningkat, nyeri meningkat, kemerahan meningkat, pigmentasi abnormal meningkat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018)

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan Karya Ilmiah Akhir Ners tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetik Dan Tindakan Perawatan Luka Modern Dressing Di Ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.” Maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian Tn.S didapatkan data pasien berusia 50 tahun dengan Diabetes Melitus, didapatkan data subjektif pasien terdapat kemerahan di tungkai kaki sebelah kiri. Data objektif terdapat luka di tungkai kaki kiri, warna sekitar luka tampak kemerahan, bau luka tampak khas, luas luka ± 4 cm dengan diameter 3-4 cm kedalaman 1 cm, derajat luka 2 tidak sampai mengenai ke tulang, dan pasien kesakitan saat lukanya di sentuh.
2. Hasil diagnosa keperawatan pada Tn. S adalah Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai adanya kemerahan, kerusakan jaringan dan/ atau lapisan serta nyeri pada luka pasien.
3. Intervensi keperawatan dengan perawatan luka menggunakan metode *modern dressing* selama 3 hari yaitu diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil kerusakan jaringan meningkat, kerusakan lapisan kulit meningkat, kemerahan meningkat, nyeri menurun, pigmentasi abnormal meningkat.

4. Hasil implementasi keperawatan perawatan luka dengan metode *modern dressing* yang diberikan pada pasien yakni mencuci luka, membuang jaringan mati, dan memilih balutan. Mencuci luka bertujuan menurunkan jumlah bakteri dan membersihkan sisa balutan lama, debridement jaringan nekrotik atau membuang jaringan dan sel mati dari permukaan luka.
5. Hasil analisa evaluasi keperawatan pada tanggal 24 November 2022 terkait dengan keberhasilan tindakan perawatan luka luka dengan metode *modern dressing* yang diberikan pada pasien Tn.S selama 3 hari sebagai berikut :
 - a. Data subjektif : pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang, kemerahan juga sedikit berkurang dan bisa melakukan aktivitas namun masih di bantu oleh keluarga.
 - b. Data objektifnya : tampak kemerahan di area luka pasien berkurang, luas luka ± 3 cm dengan diameter 2 cm dan kedalaman luka ± 1 cm.
 - c. Assesment : diagnose keperawatan gangguan integritas kulit belum teratasi. Kriteria hasil : kerusakan jaringan sedang, kerusakan lapisan kulit sedang, kemerahan cukup meningkat, pigmentasi abnormal menurun.
 - d. Planning : lanjutkan intervensi (perawatan luka dengan metode *modern dressing*)
6. Hasil analisis penerapan EBP dengan perawatan luka luka dengan metode

modern dressing yang dilakukan oleh Rukmi et al., (2018) dengan judul penelitian “Pengaruh Implementasi *Modern Dressing* Terhadap Kualitas Hidup Pasien Ulkus Diabetikum”, penelitian lainnya oleh Subandi & Sanjaya, (2020) dengan judul penelitian “Efektivitas *Modern Dressing* Terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetes Mellitus Tipe 2” dan penelitian oleh Khoirunisa et al., (2020) dengan judul penelitian “Pengaruh *Modern Dressing* Terhadap Rerata Skor Penyembuhan Luka Ulkus Diabetikum”, menunjukkan hasil penelitian yang signifikan dapat digunakan sebagai *Evidence Based Practice* dalam tindakan keperawatan untuk mengurangi infeksi. Tetapi hasil pada pasien penulis menunjukkan belum ada pengaruh tentang diberikan tindakan perawatan luka dengan teknik *Modern Dressing*, karena kurangnya hari untuk dilakukan implementasi tersebut.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah

Diharapkan dapat digunakan sebagai dasar pengembangan manajemen keperawatan.

2. Bagi Pasien

Diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang penanganan masalah keperawatan dengan kasus ulkus diabetetic.

3. Bagi Institusi diharapkan dapat menambah pengetahuan dan bahan ajar tentang keperawatan medical bedah

4. Bagi Penulis

Diharapkan memberikan pengetahuan dan juga dapat memperluas pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan juga menyusun karya ilmiah akhir ners yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetik Dan Tindakan Perawatan Luka Modern Dressing Di Ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap.

DAFTAR PUSTAKA

- Angriani, S., Hariani, H., & Dwianti, U. (2019). The effectivity of modern dressing wound care with moist wound healing method in diabetic ulcer at wound care clinic of etn centre makassar. *Jurnal Media Kesehatan*, 10(01), 19–24.
- Bilous, R., & Donnelly, R. (2015). Buku Pegangan Diabetes, Edisi 4. Jakarta: Bumi Medika.
- Brunner dan Suddarth. 2018. Keperawatan Medikal Bedah Edisi 2. Jakarta : ECG
- Danilo Gomes de Arruda. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ulkus Diabetikum Di RSUD dr. Kanudjoso Djatibowo Balikpapan*. 6.
- Erin, D. (2015). Gangrene Diabetik pada Penderita Diabetes Melitus. *J Agromed Unila* Volume 2 Nomor 4 November 2015 <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/agro/article/view/1226> diperoleh tanggal 22 Juli 2018
- Fitria, E., Nur, A., Marissa, N., & Ramadhan, N. (2017). Karakteristik Ulkus Diabetikum pada Penderita Diabetes Mellitus di RSUD dr. Zainal Abidin dan RSUD Meuraxa Banda Aceh. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(3), 153–160. <https://doi.org/10.22435/bpk.v45i3.6818.153-160>
- Handayani, L. T. (2016). Perawatan luka kaki diabetes dengan modern dressing. *Jember, Universitas Muhammadiyah*, 6(2), 149–159.
- Khoirunisa, D., Hisni, D., & Widowati, R. (2020). Pengaruh modern dressing terhadap skor penyembuhan luka ulkus diabetikum. *NURSCOPE: Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 6(2), 74. <https://doi.org/10.30659/nurscope.6.2.74-80>
- PERKENI.(2015).Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia. Jakarta: PERKERNI
- Poerwantoro, P. D. (2013). *Dasardasar Perawatan Luka Modern dan Pemilihan Dressing untuk Berbagai Jenis Luka*. Jakarta Timur: Pancar Gradia.
- Riyadi, S. M. 2011. *Buku Keperawatan Medikal Bedah*. Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Rukmi, D. K., & Hidayat, A. (2018). Pengaruh Implementasi Modern Dressing Terhadap Kualitas Hidup
- Sari, Yunita. (2015). *Perawatan Luka Diabetes*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Volume I - Brunner dan Suddarth* (Edisi 8). EGC
- Soegondo, S. (2011). *Penatalaksanaan Diabetes Mellitus Terpadu*. Jakarta: FKUI
- Subandi, E., & Adam, K. (2019). *Modern Dressing Terhadap Penyembuhan Luka*

Diabetes Melitus Tipe 2 Proses. 005, 1273–1283.

Tarwoto, et al. (2015). *Anatomi dan Fisiologi Untuk Mahasiswa Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Medi

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (I)*. Jakarta. *Practice Nurse*.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. In *DPP PPNI*.

Veranita, Dian Wahyuni, H. (2016). Hubungan antara Kadar Glukosa Darah dengan Derajat Ulkus Kaki Diabetik. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 3(2), 44–50

LAMPIRAN

Lampiran 1

SOP Perawatan Luka Metode Modern Dressing

Tahap Pra Interaksi	<ul style="list-style-type: none">- Melakukan verifikasi program terapi- Mencuci tangan- Memakai sarung tangan bersih- Menempatkan alat ke dekat pasien
Tahap Orientasi	<ul style="list-style-type: none">- Mengucapkan salam dan menyapa klien- Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan pada klien- Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan- Membaca bismillah- Memberi kesempatan bertanya pada klien sebelum tindakan
Tahap Kerja	<ul style="list-style-type: none">- Jelaskan prosedur dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan- Melakukan komunikasi terapeutik sebelum selama dan sesudah dilakukan perawatan- Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan- Mencuci tangan dengan alcohol gell saat mengganti sarung tangan- Gunakan sarung tangan dan lakukan pergantian sarung tangan saat mencuci, mengkaji, dan membalut luka (Sekurangnya 3 kali)- Membuka balutan dengan hati-hati untuk mencegah terjadinya perdarahan atau trauma pada luka- Lakukan pencucian luka dengan menggunakan sabun, bilas dengan cairan non toksit lalu keringkan- Bersihkan tepi luka dan kulit sekitar luka- Lakukan pengkajian luka dengan seksama sesuai prosedur dan format pengkajian luka- Bila terdapat jaringan nekrosis (berwarna kuning atau hitam), lakukan debridement (dengan gunting atau pisau)- Berikan topical terapi yang sesuai berdasarkan warna luka, banyak eksudat dan tidaknya infeksi.- Balut luka secara tertutup (Moisture

	<p>Balance) pada beberapa jenis topical tidak memerlukan kasa lagi sebagai balutan kedua misalnya hydrocolloid dan poliurathane foam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan tambahan padding/gause bila eksudat sangat banyak/plester/elastis verban (Sesuaikan dengan kondisi) - Tutup dengan perekat - Kaji pergerakan dan rasa nyaman klien setelah dibalut
Tahap Terminasi	<ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan dan rapikan alat - Berikan informasi kapan mengganti balutan - Ajarkan tindakan emergency yang diperlukan dalam merawat luka sebelum waktu control - Dokumentasi tindakan yang telah dilakukan - Rencana tindakan lanjutan
Alat dan Bahan	<ul style="list-style-type: none"> - Set ganti balut - Gunting jaringan - Pinset anatomis - Nierbekken - Gunting verban - Sarung tangan - Cairan Nacl 0.9% - Topikal terapi (Seusai kondisi luka) - Perekat elastis - Verband/Haft - Salep

Lampiran 2

ASUHAN KEPERAWATAN

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama : Tn.S L/P
2. Tempat/tanggal lahir : Cilacap, 18 Maret 1972
3. Golongan darah : A
4. Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3
5. Agama : Islam/Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : kawin/belum/janda/duda (cerai : hidup/mati)
8. Pekerjaan : Buruh
9. Alamat : Jalan Dusun Kubang RT 03 RW 04 Kali Jeruk Kawunganten
10. Diagnosa medik : Ulkus pedis sinistra Diabetes Melitus

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Ny. E
2. Umur : 38 Tahun
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Adik
7. Pendidikan terakhir : SMP
8. Alamat : Jalan Dusun Kubang RT 03 RW 04
Kali Jeruk Kawunganten

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Pasien mengatakan nyeri tungkai sebelah kiri, kemerahan dan menghitam
2. Faktor pencetus : Ulkus pedis sinistra diabetes melitus
3. Lamanya keluhan : Pasien mengatakan sudah lama lukanya
4. Timbulnya keluhan : () bertahap () mendadak
5. Faktor yang memperberat : saat beraktivitas

B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :

Tidak ada penyakit yang pernah dialami

4. Kecelakaan : tidak ada riwayat kecelakaan

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit :
2. Waktu : 2 0 0 0
3. Riwayat operasi : Orif di ekstermitas bawah

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri
Pasien mengatakan menerima dan ikhlas dengan penyakit yang sedang dideritanya dan jika sakit selalu pergi ke klinik atau rumah sakit
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
Pasien mengatakan mengetahui penyakitnya dan mentaati semua anjuran dokter dan perawat
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - 1) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
= Tidak ada
 - 2) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
= Pasien mengatakan memeriksakan kesehatan ketika sakit
 - 3) Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - a). Yang dilakukan bila sakit
= berobat ke layanan kesehatan terdekat
 - b). kemana pasien biasa berobat bila sakit
= puskesmas dan rumah sakit
 - c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)
Merokok : tidak merokok
Alkohol : tidak mengonsumsi alcohol
Kebiasaan olah raga, jenis : berlari

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	-	-	-

- d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
 - 1). Penghasilan = ± 1.500.000 /bulan
 - 2). Asuransi/jaminan kesehatan = BPJS
 - 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal= Nyama

14. Nutrisi, cairan dan metabolik

- a. Gejala (subyektif)
- 1). Diet biasa (tipe) : tinggi kalium dan protein jumlah makan/hari : 3 kali sehari
 - 2). Pola diit : MB makan terakhir : sore hari
 - 3). Nafsu/selera makan : Baik. Mual : Ya/Tidak, waktu : -
 - 4). Muntah : (√) tidak ada () ada, jumlah :
Karakteristik :
 - 5). Nyeri ulu hati : (√) tidak ada () ada,
Karakter/penyebab :
 - 6). Alergi makanan : (√) tidak ada () ada
 - 7). Masalah mengunyah/menelan : (√) tidak ada
() ada, jelaskan
 - 8). Keluhan demam : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 9). Pola minum/cairan : jumlah minum ±1500-2000ml
Cairan yang biasa diminum : mineral
 - 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
- b. Tanda (obyektif)
- 1). Suhu tubuh = 36,3 °C
Diaphoresis : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 2). Berat badan : 85 kg Tinggi badan = 170 cm
Turgor kulit : 1 detik Tonus otot = kuat
 - 3). Edema : () tidak ada (√) ada, lokasi dan karakteristik
Ekstermitas bawah sinis
 - 4). Ascites : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 5). Integritas kulit perut = elastis..... Lingkar abdomen = tidak terkaji cm
 - 6). Distensi vena jugularis : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 7). Hernia/masa : (√) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
.....
 - 8). Bau mulut/halitosis : (√) tidak ada () ada
 - 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :
(-) sianosis, (-) luka, mukosa bibir lembab, lidah bersih, gigi lengkap

15. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

- a. Gejala subyektif :
- 1). Dispneu : (√) tidak ada () ada, jelaskan
 - 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak -
 - 3). Pemajanan terhadap udara berbahaya -
 - 4). Penggunaan alat bantu : (√) tidak ada () ada,
.....

b. Tanda obyektif :

- 1). Pernafasan = frekuensi 20 x/ mnt. Kedalaman = Dangkal
Simetris = simetris kanan dan kiri.....
- 2). Penggunaan alat bantu nafas = tidak menggunakan alat bantu
Nafas cuping hidung = (-) menggunakan nafas cuping hidung.....
- 3). Batuk = tidak ada Sputum (karakteristik) = tidak ada.....
- 4). Fremitus = taktil fremitus..... Bumyi nafas = vesikuler.....
- 5). Egofoni = (-) Sianosis = (-).....

16. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif :

- 1) Kegiatan dalam pekerjaan = Buruh
- 2) Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a). Pergerakan tubuh = terbatas
 - b). Kemampuan merubah posisi : () mandiri (√) perlu bantuan,
Jelaskan = aktivitas pasien dibantu oleh keluarga
 - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
() mandiri (√) perlu bantuan, jelaskan = terpasang infus
- 3). Toileting (BAB/BAK) : () mandiri (√) perlu bantuan, jelaskan =
Pasien dibantu oleh keluarga
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 5). Mudah merasa kelelahan : (√) tidak ada () ada, jelaskan
- 6). Toleransi terhadap aktivitas : (√) baik () kurang, jelaskan

b. Tanda obyektif :

- 1) Respon terhadap aktivitas yang teramati = normal
- 2) Status mental (misalnya menarik diri, letargi)= (-) gangguan.....
- 3) Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : () tidak (√) ya, jelaskan = lemas
 - b). Kerapian berpakaian = cukup rapih.....
- 4) Pengkajian neuromuskuler :

Masa/tonus : Tidak ada massa.....

Kekuatan otot : Kekuatan otor (+).....

Rentang gerak : Terbatas

Deformitas : Tidak ada.....
- 5) Bau badan : (-)..... Bau mulut : (-)

Kondisi kulit kepala : Cukup bersih

Kebersihan kuku : Cukup berish.....

17. Istirahat

a. Gejala subyektif :

- 1) Kebiasaan tidur= lampu dimatikan, suasana hening
Lama tidur = 6-8 jam.....
- 2) Masalah berhubungan dengan tidur

- c). Insomnia : () tidak ada () ada
 d). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : () tidak ada () ada,
 Jelaskan
- c). Lain-lain, sebutkan
- b. Tanda obyektif :
- 1). Tampak mengantuk/mata sayu : () tidak ada () ada, jelaskan.....
 - 2). Mata merah : () tidakada () ada
 - 3). Sering menguap : () tidakada () ada
 - 4). Kurang konsentrasi : () tidakada () ada

18. Sirkulasi

- a. Gejala subyektif :
- 6) Riwayat hipertensi dan masalah jantung : () tidak ada () ada,
 Jelaskan
 - 7) Riwayat edema kaki : () tidak ada () ada, jelaskan terdapat ulkus di ekstermitas bawah sinistra
 - 8) Flebitis = Tidak ada..... () Penyembuhan lambat
 - 9) Rasa kesemutan = Tidak ada.....
 - 10) Palpitasi = Tidak ada.....
- b. Tanda obyektif :
- 1) Tekanan darah= 144/88 mmHg
 - 2) *Mean Arteri Pressure* (MAP) : 106.....
 - 3) Nadi :
 - a) Karotis : Tidak terkaji
 - b) Femoralis : Tidak terkaji
 - c) Popliteal : Tidak terkaji
 - d) Jugularis : Tidak terkaji
 - e) Radialis : 92x/ menit
 - f) Dorsal pedis : Tidak terkaji.
 - g) Bunyi jantung :Lup Dup..... Frekuensi : 90x/menit.....
 Irama : Normal..... Kualitas : Baik.....
 - h) Murmur : (-)..... Gallop : (-).....
 - i) Pengisian kapiler : < 2 detik.....
 Varises : (-)..... Phlebitis : (-).....
 - j) Warna membrane mukosa : Merah muda. Bibir : LembabKonjungtiva :
 Merah. (-) anemis Sklera : (-) Ikterik Punggung kuku : Merah Muda

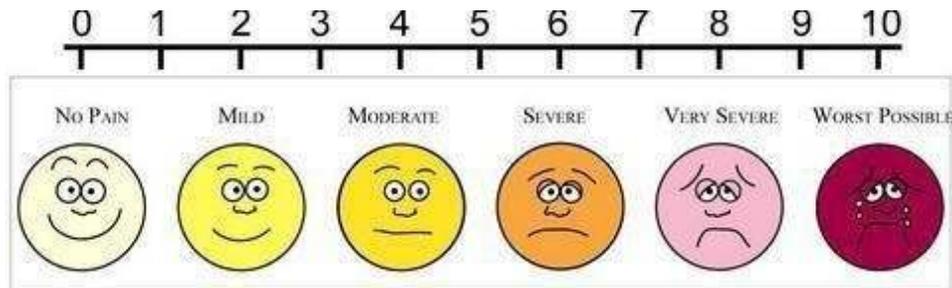
19. Eliminasi

- a. Gejala subyektif :
- 6). Pola BAB : frekuensi :1x sehari konsistensi : Lunak
 - 7). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : Tidak Ada.....
 - 8). Kesulitan BAB : konstipasi : Tidak ada.....
 Diare : Tidak ada.....

- 9). Penggunaan laksatif : () tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Waktu BAB terakhir : Pagi hari
- 12). Riwayat perdarahan : Tidak ada.....
Hemorrhoid : Tidak ada.....
- 13). Riwayat inkontinensia alvi : Tidak ada.....
- 14). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : Pernah.....
- 15). Riwayat penggunaan diuretik : Tidak ada.....
- 16). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : Tidak ada.....
- 17). Kesulitan BAK : Tidak ada.....
- b. Tanda obyektif :
- 1). Abdomen :
- g). Inspeksi : abdomen membuncit ada/tidak, jelaskan
- Abdomen rata berbentuk seperti dapan.....
- h). Auskultasi : bising usus = 12x/mnt..... Bunyi abnormal : () tidak ada
() ada, jelaskan
- i). Perkusi
- Bunyi timpani () tidak ada () ada
Kembung () tidak ada () ada
Bunyi abnormal () tidak ada () ada
Jelaskan.....
- j). Palpasi :
- Nyeri tekan : Tidak ada.....
Nyeri lepas : Tidak ada.....
Konsistensi : lunak/keras : Keras
- Massa : () tidak ada () ada, jelaskan.....
Pola BAB : konsistensi = Lunak..... warna= Kekuningan...
Abnormal : () tidak ada () ada, jelaskan.....
- Pola BAK : dorongan = Tidak ada. Frekuensi = 6-7x/ hari...
Retensi = Tidak ada.....
- Distensi kandung kemih : () tidak ada () ada, jelaskan
- e). Karakteristik urin : Kuning jernih.....
Jumlah = +500 cc..... Bau = Khas.....
- f). Bila terpasang kolostomi/ileustomi : keadaan = Tidak ada.....

20. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif :



- 1). Adanya nyeri
 - P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri).....
 - = Ulkus Diabetes Melitus
 - Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)= Nyeri seperti ditusuk-tusuk
 - R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)
 - = Nyeri dibagian ekstermitas bawah sinistra
 - S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 – 10) = Skala 4
 - T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya) = Nyeri terus menerus
 - 2). Rasa ingin pingsan/pusing : () tidak ada () ada, jelaskan
 - 3). Sakit kepala : lokasi nyeri = Tidak ada.....
 - Frekuensi :Tidak ada
 - 4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi = Tidak ada.....
 - 5). Kejang : () tidak ada () ada
 - Jelaskan = (-).....
 - Cara mengatasi = (-).....
 - 6). Mata : penurunan penglihatan () tidak ada () ada,
 - Jelaskan = (-).....
 - 7). Pendengaran : penurunan pendengaran () tidak ada () ada,
 - Jelaskan =(-).....
 - 8). Epistaksis : () tidak ada () ada
 - Jelaskan = (-).....
- b. Tanda obyektif :
- 1). Status mental :
 - Kesadaran : () komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma
 - 2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) = 4.....
 - Respon motorik (M) = 6 respon verbal (V) = 5.....
 - 3). Terorientasi/disorientasi : waktu = Terorientasi Baik.....
 - Tempat = Terorientasi Baik..... Orang Terorientasi Baik
 - 4). Persepsi sensori : ilusi = Tidak ada..... halusinasi= Tidak ada.....
 - Delusi = Tidak ada..... Afek= Tidak ada... Jelaskan= (-).....
 - 5). Memori :
 - Saat ini = Pasien mampu mengingat saat ini dengan jelas

Masa lalu= Pasien mampu mengingat masa lalu dengan baik

Alat bantu penglihatan/pendengaran : () tidak ada () ada, sebutkan.....

- 6). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki = Isokor.....
 Ukuran pupil = Tidak Terkaji.....
- 7). Fascial drop= Tidak terkaji Postur =Tidak terkaji.....
 Reflek = Tidak terkaji.....
- 8). Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada () ada
 Respon emosional= Tenang . penyempitan fokus =

21. Keamanan

a. Gejala subyektif :

- 5). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :
 Obat-obatan : Tidak ada.....
 Makanan : Tidak ada.....
- 6). Riwayat penyakit hubungan seksua : () tidak ada () ada, jelaskan
- 7). Riwayat tranfusi darah = Tidak pernah.....
 Riwayat adanya reaksi tranfusi = Tidak ada.....
- 8). Riwayat cedera : () tidak ada () ada, sebutkan
- 5). Riwayat kejang : () tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif :

- 1). Suhu tubuh = 36,3 °C Diaforesis = (-).....
- 4). Integritas jaringan =
- 5). Jaringan parut : () tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Kemerahan/pucat : () tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Adanya luka : luas = ±20 cm..... kedalaman = (-).....
 Drainase purulen = (-).....
 Peningkatan nyeri pada luka = saat beraktivitas.....
- 10). Ekimosis/tanda perdarahan lain = Tidak ada.....
- 11). Faktor resiko terpasang alat invasive : () tidak ada () ada, jelaskan ...
 Terpasang selang drainase.....
- 12). Gangguan keseimbangan : () tidak ada () ada, jelaskan
- 13). Kekuatan umum = 4..... tonus otot = Kuat.....
 Parese/paralisa = Tidak terkaji.....

22. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif :

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual = Pasien memahami terkait fungsi seksualnya
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)
 Kondisi sakit.....

- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : () tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis = Tidak terkaji.....
- 5). Pengkajian pada perempuan
 - a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)
pasien tidak mengalami masalah menstruasi
 - b). Riwayat kehamilan
pasien mengatakan memiliki 2 orang anak
 - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
(-)......
- b. Tanda obyektif :
 - 3). Pemeriksaan payudara/penis/testis
Tidak terkaji.....
 - 4). Kutil genital, lesi
Tidak terkaji.....

23. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Faktor stress = pasien mengalami stres saat kondisi tubuhnya sakit
 - 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu).....
Keputusan pasien dimusyawarahkan dengan keluarganya
 - 9). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)
Memecahkan Masalah dengan bermusyawarah dan berbicara dengan orang lain
 - 10). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
Berobat ke rumah sakit untuk mendapatkan perawatan sesuai dengan penyakitnya
 - 11). Perasaan cemas/takut : () tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 12). Perasaan ketidakberdayaan : () tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 13). Perasaan keputusasaan : () tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 14). Konsep diri :
 - a). Citra diri : Pasien mengatakan menerima kondisi tubuhnya yang sekarang
 - b). Ideal diri : Pasien berperilaku sesuai dengan perannya dikeluarga sebagai ayah
 - c). Harga diri : Pasien memiliki harga diri yang baik
 - d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Tidak ada
 - e). Konflik dalam peran : Tidak ada.....
- b. Tanda obyektif :

- 3). Status emosional : (√) tenang, () gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung
- 4). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah
Menahan Nyeri.....

24. Interaksi sosial

- a. Gejala subyektif :
 - 5). Orang terdekat & lebih berpengaruh : keluarganya
 - 6). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah : istri dan adiknya
 - 7). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (√) tidak ada () ada, sebutkan
 - 8). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (√) tidak ada () ada, sebutkan
- b. Tanda obyektif :
 - 7). Kemampuan berbicara : (√) jelas () tidak jelas
Tidak dapat dimengerti = (-)..... Afasia = (-).....
 - 8). Pola bicara tidak biasa/kerusakan
Jelas
 - 9). Penggunaan alat bantu bicara
Tidak ada.....
 - 10). Adanya trakeostomi
Tidak ada.....
 - 11). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain
Suami dan keluarga pasien membantu menjelaskan
 - 12). Perilaku menarik diri : (√) tidak ada () ada,
Sebutkan

25. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

- a. Gejala subyektif :
 - 8). Sumber kekuatan bagi klien : Allah SWT
 - 9). Perasaan menyalahkan Tuhan : (√) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 10). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : Sholat.....
..... frekuensi = 5 waktu.....
 - 11). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat
 - Tidak ada.....
 - 12). Pemecahan oleh klien Tidak ada.....
 - 13). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (√) tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 14). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :
(√) tidak ada () ada, jelaskan
.....

b. Tanda obyektif :

- 5). Perubahan perilaku Tidak Ada.....
- 6). Menolak pengobatan : () tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama : () tidak ada () ada, jelaskan
.....
- 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : () tidak ada
() ada, jelaskan

Data Penunjang

9. Laboratorium (21/11/2022)

Pemeriksaan	Nilai Normal	Satuan	Nilai
Hematologi			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	13.5 – 17.5	g/dl	10.3
Leukosit	4400 – 11300	/mm ³	17,600
Hematokrit	40 - 52	%	31.2
Eritrosit	4.5 – 6.5	uL	3.27
Trombosit	150.000 – 450.000	/uL	567,000
MCV	80 - 100	Fi	95.4
MCH	26 - 34	Pg/cell	31.5
MCHC	32 - 36	g/dl	33.0
RDW-CV	11.5 – 14.5	%	14.3
HEMOSTASIS			
Masa perdarahan/ BT	1-7	menit	4
Masa perdarahan/ CT	9-17	menit	10
Imunoserologi			
Hepatitis marker			
HBsAg	Non reaktif		Non reaktif
Anti HIV	Non reaktif		Non reaktif
Kimia klinik			
Fungsi hati			
Albumin	3.5 – 5.0		2.70
AST (SGOT)	317-59	U/L 37°C	17-59
ALT (SGPT)	21-72	U/L 37°C	24
Fungsi ginjal			
Ureum	15-50	Mg/dL	34.2
Kreatinin	0.8-1.5	Mg/dL	1.30
Karbohidrat			
Glukosa darah sewaktu	<140	Mg/dL	254
Elektrolit			
Natrium	135-145	mEq/L	142
Kalium	3.6 – 5.5	mEq/L	4.2
Klorida	98-107	mEq/L	106

10. Radiologi

Foto thorax AP/PA

Kesan :

- Cardiomegali
- Pulmo tak tampak kelainan

11. EKG

Tidak terkaji

12. USG : tidak terkaji
13. CT Scan: tidak terkaji

.....
.....
14. Pemeriksaan lain

.....
.....
.....
.....

15. Obat-obatan

- Injeksi ceftriaxone 1 gram
- Injeksi ketorolac 1 ampul

16. Diet

Rendah gula

Analisa Data

Data	Problem	Etiologi
<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan lemas sejak ± 3 hari yang lalu, sering makan sering pipis, pasien, pusing dan keluarga mengatakan terdapat kemerahan di kakinya</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Tampak terdapat luka di tungkai kaki kiri pasien - TD : 146/85 mmHg - N : 93 x/menit - RR : 20 x/menit - SPO₂ : 97% - GDS : 256 mg/DL 	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Hiperglikemia
<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri di bagian tungkai kaki kiri karena terdapat luka</p> <p>P: ulkus diabetic</p> <p>Q:nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R:nyeri pada bagian tungkai kiri</p> <p>S:skala nyeri 5</p> <p>T:nyeri terus menerus</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 140/88 mmHg, N : 92 x/menit, S : 36°C, SPO₂ : 97% 	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik

<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menahan nyeri - Pasien tampak meringis - Pasien diberikan injeksi ketorolac 		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan terdapat kemerahan di sekitar luka <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terdapat luka di tungkai kiri - Warna sekitar luka tampak kemerahan - Luas luka ±4 cm dengan diameter 3-4 cm 	<p>Gangguan Integritas Kulit</p>	<p>Neuropati Perifer</p>

Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI					
Kode	Diagnosis	Kode	Luaran	Kode	Intervensi				
D0027	<p>Ketidakstabilan kadar gula darah</p> <p>ketidakstabilan kadar gula darah b.d Gangguan toleransi glukosa darah</p> <p>definisi : Variasi kadar glukosa darah nail/turun dari rentang normal.</p>	L.03022	<p>Kestabilan kadar glukosa darah</p> <p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ekspetasi</th> <th>Kriteria Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>membaik</td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah 2. Lelah/lesu 3. Keluhan lapar </td> </tr> </tbody> </table> <p>keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik/menurun 	Ekspetasi	Kriteria Hasil	membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah 2. Lelah/lesu 3. Keluhan lapar 	I.03115	<p>Manajemen hiperglikemia</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia • Monitor kadar glukosa darah, <i>jika perlu</i> • Monitor tanda dan gejala hiperglikemia <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan asupan cairan oral • Konsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
Ekspetasi	Kriteria Hasil								
membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah 2. Lelah/lesu 3. Keluhan lapar 								

					<ul style="list-style-type: none">• Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dL• Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri• Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga• Ajarkan pengelolaan diabetes <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i>• Kolaborasi
--	--	--	--	--	---

					<p>pemberian cairan IV, <i>Jika perlu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian kalium, <i>jika perlu</i> 						
D.0077	<p>Nyeri akut</p> <p>Nyeri akut b.d agens cedera fisiologis</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang</p>	L.08066	<p>Tingkat Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Luaran</th> <th>Ekspetasi</th> <th>Kriteria Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat Nyeri</td> <td>Menurun</td> <td> 1. Keluhan nyeri menurun. (5) 2. Meringis menurun.(5) 3. Gelisah menurun. (5) 4. Kesulitan tidur menurun. (5) </td> </tr> </tbody> </table>	Luaran	Ekspetasi	Kriteria Hasil	Tingkat Nyeri	Menurun	1. Keluhan nyeri menurun. (5) 2. Meringis menurun.(5) 3. Gelisah menurun. (5) 4. Kesulitan tidur menurun. (5)	I.8238	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengetahuan tentang nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol lingkungan yang memperberat
Luaran	Ekspetasi	Kriteria Hasil									
Tingkat Nyeri	Menurun	1. Keluhan nyeri menurun. (5) 2. Meringis menurun.(5) 3. Gelisah menurun. (5) 4. Kesulitan tidur menurun. (5)									

	berlangsung kurang 3 bulan.		<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup Meningkat 3. Sedang 4. Cukup Menurun Menurun 					<p>rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Berikan teknik nonfarmakologis (mis. Relaksasi nafas dalam) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakaologis untuk meredakan nyeri <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
D.0129	Gangguan integritas kulit	L.14125	Integritas kulit dan jaringan	I.14564	<p>Perawatan luka</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor 			

	<p>Gangguan integritas kulit b.d Neuropati Perifer</p> <p>Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/epidermis) atau jaringan</p>		<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <table border="1" data-bbox="936 496 1469 796"> <thead> <tr> <th data-bbox="936 496 1126 536">Ekspetasi</th> <th data-bbox="1126 496 1469 536">Kriteria hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="936 536 1126 796">Meningkat</td> <td data-bbox="1126 536 1469 796"> 1. Kerusakan jaringan 2. Kerusakan lapisan kulit 3. Nyeri 4. Kemerahan 5. Pigmentasi abnormal </td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	Ekspetasi	Kriteria hasil	Meningkat	1. Kerusakan jaringan 2. Kerusakan lapisan kulit 3. Nyeri 4. Kemerahan 5. Pigmentasi abnormal	<p>karakteristik luka</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih • Bersihkan jaringan nekrotik • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori tinggi protein <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian antibiotik
Ekspetasi	Kriteria hasil							
Meningkat	1. Kerusakan jaringan 2. Kerusakan lapisan kulit 3. Nyeri 4. Kemerahan 5. Pigmentasi abnormal							

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

No.	Tgl/Jam	Diagnosa	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
1.	22/4/2022	Ketidakstabilan kadar gula darah b.d Gangguan toleransi glukosa darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memberikan asupan cairan oral 	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas dan pusing <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 146/85 mmHg - N : 93 x/menit - RR : 20 x/menit - SPO₂ : 97% - GDS : 256 mg/DL 	Finka
2.	22/4/2022	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisik	<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri 5. Mengidentifikasi skalanyeri 6. Memberikan terapi nonfarmakologis (latihan nafas dalam) 7. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri 8. Memberikan analgetik (ketorolac 2x1 ampul) 	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh nyeri pada bagian tungkai kaki dengan data: <p>P: ulkus diabetik Q:nyeri seperti ditusuk-tusuk R:nyeri pada bagian tungkai kiri S:skala nyeri 5 T:nyeri terus menerus</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 140/88 mmHg, N : 92 x/menit, S : 36°C, SPO₂ : 97% - Pasien tampak 	Finka

				<p>menahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Pasien diberikan injeksi ketorolac - Pasien tampak mengikuti arahan dari perawat melakukan latihan nafas dalam 	
3.	22/4/2022	Gangguan integritas jaringan neuropati perifer b.d	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka 2. Memonitor tanda-tanda injeksi 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein 	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan terdapat kemerahan di sekitar luka <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terdapat luka di tungkai kiri - Warna sekitar luka tampak kemerahan - Luas luka ± 4 cm dengan diameter 3-4 cm 	Finka
1.	23/4/2022	Ketidakstabilan kadar gula darah b.d Gangguan toleransi glukosa darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memberikan asupan cairan oral 4. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 5. Mengkolaborasi pemberian cairan IV 	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemasnya berkurang - Pasien mengatakan pusing juga berkurang <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tamoak berbaring di bed pasien - TD : 138/85 mmHg - N : 86 x/menit - RR : 20 x/menit - SPo2 : 98% - GDS : 192 	Finka

				mg/DL - Pasien di berikan cairan D10%	
2.	23/4/2022	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi kembali skala nyeri 3. Mengidentifikasi nyeri nonverbal 4. Memberikan teknik nonfarmakologis berupa Teknik nafas dalam 	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian tungkai kakinya P: ulkus diabetik Q:nyeri seperti ditusuk-tusuk R:nyeri pada bagian luka tungkai kaki kiri S:skala nyeri 4 T:nyeri terus menerus <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD :138/85 mmHg, N : 86 ×/menit, S : 36°C, SPO2 : 96% - Pasien tampak menahan nyeri - Pasien tampak meringis - Pasien tampak antusias mempraktikan Teknik nafas dalam 	Finka
3.	23/4/2022	Gangguan integritas jaringan neuropati perifer b.d	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka 2. Melakukan perawatan luka dengan Teknik modern dressing 3. Menganjurkan konsumsi makanan tinggikalori dan tinggi protein 	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lukanya masih berwarna kemerahan <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menahan nyeri saat dilakukan perawatan luka dengan Teknik modern dressing 	Finka

1.	24/4/2022	Ketidakstabilan kadar gula darah b.d Gangguan toleransi glukosa darah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Memonitor kadar glukosa darah 3. Memberikan asupan cairan oral 4. Mengajukan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 5. Mengkolaborasi pemberian cairan IV 	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemasnya berkurang - Pasien mengatakan sudah tidak pusing <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tamoak berbaring di bed pasien - TD : 145/90 mmHg, N : 90 ×/menit, S : 36°C, SPO2 : 97% - GDS : 192 mg/dL 	Finka
2.	24/4/2022	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi kembali skala nyeri 3. Mengevaluasi teknik imajinasi terbimbing untuk mengurangi nyeri 4. Melakukan kolaborasi pemberian analgesik 	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan sudah mempraktikan Teknik nafas dalam sendiri <p>P: ulkus diabetik Q:nyeri seperti ditusuk-tusuk R:nyeri pada bagian luka tungkai kiri S:skala nyeri 3 T:nyeri hilang timbul</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 145/90 mmHg, N : 90 ×/menit, S : 36°C, SPO2 : 97% - Pasien tampak 	Finka

				<p>lebih tenang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melakukan Teknik nafas dalam saat merasakan nyeri - Pemberian ketorolac untuk obat analgesik 	
3.	24/4/2022	Gangguan integritas jaringan neuropati perifer b.d	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka 2. Melakukan perawatan luka dengan Teknik modern dressing 3. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalium tinggi protein 	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan kemerahan berkurang <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih tenang - Pasien tampak dilakukan perawatan luka 	Finka

D. EVALUASI KEPERAWATAN

No	Hari/Tgl	DX Keperawatan	Evaluasi	TTD				
1.	22/4/2022	Ketidakstabilan kadar gula darah b.d Gangguan toleransi glukosa darah	<p>S: pasien mengatakan lemas dan pusing</p> <p>O: - pasien tampak lemas - TD : 146/85 mmHg - N : 93 x/menit - RR : 20 x/menit - SPO₂ : 97% - GDS : 256 mg/DL</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>SLKI : Kestabilan kadar gula darah (L.03022)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ekspetasi</th> <th>Kriteria Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Membaik</td> <td> 1. Kadar glukosa dalam darah (2) 2. Lelah/lesu (2) 3. Keluhan lapar (2) </td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar glukosa darah - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia - Berikan asupan cairan oral 	Ekspetasi	Kriteria Hasil	Membaik	1. Kadar glukosa dalam darah (2) 2. Lelah/lesu (2) 3. Keluhan lapar (2)	Finka
Ekspetasi	Kriteria Hasil							
Membaik	1. Kadar glukosa dalam darah (2) 2. Lelah/lesu (2) 3. Keluhan lapar (2)							

2.	22/4/2022	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisik	<p>S: pasien mengatakan nyeri ulkus diabetic di tungkai kiri P: ulkus diabetik Q:nyeri seperti ditusuk-tusuk R:nyeri pada bagian tungkai kaki kiri S:skala nyeri 5 T:nyeri hilang timbul</p> <p>O:- Pasien tidak tampak meringis menahannyeri - TD : 140/88 mmHg, N : 92 ×/menit, S : 36°C, SPO2 : 97% - GDS : 256 mg/dL</p> <p>A: masalah belum teratasi SLKI:Tingkat nyeri (I.08066) Ekspektasi : menurun</p> <table border="1" data-bbox="770 898 1265 1014"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1 : Meningkatkan 2 : Cukup Meningkatkan 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan itensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi nyeri non verbal 4. Memberikan teknik nonfrmakologis untuk mengurangi nyeri</p>	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	2	5	2	Meringis	3	5	3	Finka
Indikator	IR	ER	Akhir													
Keluhan nyeri	2	5	2													
Meringis	3	5	3													

<p>3.</p>	<p>22/4/2022</p>	<p>Gangguan integritas jaringan b.d neuropati perifer</p>	<p>S: - Pasien mengatakan terdapat kemerahan di sekitar luka O: - Pasien tampak lemah dan gerakan terbatas - Luas luka pasien ± 4 cm bau khas dengan diameter 3-4 cm dan berwarna kemerahan A: masalah belum teratasi SLKI: Ekspektasi: menurun</p> <table border="1" data-bbox="719 577 1294 808"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Perdarahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1 : Meningkat 2 : Cukup Meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1. Lakukan perawatan luka 2. Konsumsi makanan tinggi kalium tinggi protein</p>	Indikator	IR	ER	Akhir	Kerusakan lapisan kulit	2	5	2	Nyeri	3	5	3	Perdarahan	3	5	3	Kemerahan	3	5	2	<p>Finka</p>
Indikator	IR	ER	Akhir																					
Kerusakan lapisan kulit	2	5	2																					
Nyeri	3	5	3																					
Perdarahan	3	5	3																					
Kemerahan	3	5	2																					
<p>1.</p>	<p>23/4/2022</p>	<p>Ketidakstabilan kadar gula darah b.d Gangguan toleransi glukosa darah</p>	<p>S: - Pasien mengatakan lemas berkurang dan pusing juga berkurang - O: - Pasien tampak berbaring di bed pasien - TD : 138/85 mmHg - N : 86 x/menit - RR : 20 x/menit - SPo2 : 98% - GDS : 192 mg/DL - Pasien di berikan cairan D10%</p>	<p>Finka</p>																				

			<p>A: masalah belum teratasi SLKI: Kestabilan kadar glukosa darah Ekspektasi: membaik</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ekspektasi</th> <th>Kriteria Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Membaik</td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah (2) 2. Lelah/lesu (3) 3. Keluhan lapar (3) </td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kadar glukosa darah 2. Memberikan cairan oral 	Ekspektasi	Kriteria Hasil	Membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah (2) 2. Lelah/lesu (3) 3. Keluhan lapar (3) 	
Ekspektasi	Kriteria Hasil							
Membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar glukosa dalam darah (2) 2. Lelah/lesu (3) 3. Keluhan lapar (3) 							

2.	23/4/2022	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisik	<p>S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri tungkai kaki kiri dan bersedia belajar teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri P: ulkus diabetik Q:nyeri seperti ditusuk-tusuk R:nyeri pada bagian tungkai kaki kiri S:skala nyeri 4 T:nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak masih menahan nyeri - Pasien tampak antusias belajar teknik nafas dalam - Pasien tampak meringis menahan nyeri <p>A: masalah nyeri akut teratasi sebagian SLKI:Tingkat nyeri (I.08066)</p> <p>Ekspektasi : menurun</p> <table border="1" data-bbox="919 965 1410 1077"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Meningkatkan 2 : Cukup Meningkatkan 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengevaluasi teknik imajinasi terbimbing untuk mengurangi nyeri 4. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik 	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	2	5	3	Meringis	3	5	4	Finka
Indikator	IR	ER	Akhir													
Keluhan nyeri	2	5	3													
Meringis	3	5	4													

3.	23/4/2022	Gangguan integritas jaringan b.d neuropati perifer	<p>S: - Pasien mengatakan terdapat kemerahan dan sedikit berkurang</p> <p>O: - Pasien tampak dapat sedikit bergerak</p> <p>- Luas luka pasien ± 4 cm bau khas dengan diameter 3-4 cm dan berwarna kemerahan</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>SLKI:</p> <p>Ekspektasi: menurun</p> <table border="1" data-bbox="874 555 1442 786"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Perdarahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>3 : Meningkat</p> <p>4 : Cukup Meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Menurun</p> <p>5 : Menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan perawatan luka 2. Konsumsi makanan tinggi kalium tinggi protein 	Indikator	IR	ER	Akhir	Kerusakan lapisan kulit	2	5	3	Nyeri	3	5	3	Perdarahan	3	5	3	Kemerahan	3	5	3	Finka
Indikator	IR	ER	Akhir																					
Kerusakan lapisan kulit	2	5	3																					
Nyeri	3	5	3																					
Perdarahan	3	5	3																					
Kemerahan	3	5	3																					

1.	24/4/2022	Ketidakstabilan kadar gula darah b.d Gangguan toleransi glukosa darah	<p>S: - Pasien mengatakan lemas berkurang - Pasien mengatakan sudah tidak pusing</p> <p>O: - Pasien tampak berbaring di bed pasien - TD : 145/90 mmHg, N : 90 ×/menit, S : 36°C, SPO2 : 97% - GDS : 192 mg/dL</p> <p>A : Masalah teratasi Sebagian</p> <p>SLKI: Kestabilan kadar glukosa darah</p> <p>Ekspektasi: membaik</p> <table border="1" data-bbox="874 651 1407 987"> <thead> <tr> <th data-bbox="874 651 1066 707">Ekspektasi</th> <th data-bbox="1066 651 1407 707">Kriteria Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="874 707 1066 987">Membaik</td> <td data-bbox="1066 707 1407 987"> 4. Kadar glukosa dalam darah (3) 5. Lelah/lesu (4) 6. Keluhan lapar (4) </td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kadar glukosa darah 2. Memberikan cairan oral 	Ekspektasi	Kriteria Hasil	Membaik	4. Kadar glukosa dalam darah (3) 5. Lelah/lesu (4) 6. Keluhan lapar (4)	Finka
Ekspektasi	Kriteria Hasil							
Membaik	4. Kadar glukosa dalam darah (3) 5. Lelah/lesu (4) 6. Keluhan lapar (4)							

2.	24/4/2022	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pasien mengatakan sudah mempraktikan latihan nafas dalam untuk megurangi nyeri <p>P:ulkus diabetik</p> <p>Q:nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R:nyeri pada bagian tungkai kaki kiri</p> <p>S:skala nyeri 3</p> <p>T:nyeri hilang timbul</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih tenang - Pasien tampak melakukan Teknik nafas dalam saat merasakan nyeri - Pemberian ketorolac dan tramadol untk obat analgesic <p>A: masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="919 835 1412 952"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 : Meningkatkan 2 : Cukup Meningkatkan 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, krakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan itensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengevaluasi teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri 4. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik 	Indikator	IR	ER	Akhir	Keluhan nyeri	2	5	4	Meringis	3	5	4	Finka
Indikator	IR	ER	Akhir													
Keluhan nyeri	2	5	4													
Meringis	3	5	4													

3.	24/4/2022	Gangguan integritas jaringan b.d neuropati perifer	<p>S: - Pasien mengatakan terdapat kemerahan dan berkurang</p> <p>O: - Pasien tampak dapat bergerak dengan dibantu oleh keluarga</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>SLKI:</p> <p>Ekspektasi: menurun</p> <table border="1" data-bbox="874 521 1442 748"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>IR</th> <th>ER</th> <th>Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Perdarahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1: Meningkatkan</p> <p>2: Cukup Meningkatkan</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Menurun</p> <p>5 : Menurun</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Lakukan perawatan luka modern dressing</p> <p>2. Konsumsi makanan tinggi kalium tinggi protein</p>	Indikator	IR	ER	Akhir	Kerusakan lapisan kulit	2	5	3	Nyeri	3	5	4	Perdarahan	3	5	4	Kemerahan	3	5	4	Finka
Indikator	IR	ER	Akhir																					
Kerusakan lapisan kulit	2	5	3																					
Nyeri	3	5	4																					
Perdarahan	3	5	4																					
Kemerahan	3	5	4																					

Lampiran 3**Lembar Konsul**

Nama : Finka Julietha

NIM : 113122002

Judul Kian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetik Dan Tindakan Perawatan Luka Modern Dressing Di Ruang Kenanga Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1	23 Mei 2023	konsul Bab 1 konsul Bab 2 - Sesuaikan format dengan buku panduan - Tambahkan pathway - Sesuaikan materi di bagian gangguan muskuloskeletal Konsul Bab 3 - Analisa data sampai evaluasi di buat narasi	

Pembimbing,

()

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
2	3 Juni 2023	konsul Bab 3 - Untuk askep di tonjolkan intervensi utamanya, jelaskan waktu intervensi dan respon pasien (S dan O) di tiap hari intervensi supaya terlihat intervensi utamanya Lanjut bab pembahasan	

Pembimbing,

()

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
3	12 Juni 2023	konsul Bab 4 - Fokuskan ke manfaat tindakan berdasarkan riset / jurnal	

Pembimbing,

()