

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN *ULKUS DIABETIKUM* DENGAN
***PRE* DAN *POST DEBRIDEMENT* YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**



OLEH :
RATU ALKHAR SAHBANA PUTRI
P07220117068

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIII KEPERAWATAN SAMARINDA
2020

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN *ULKUS DIABETIKUM* DENGAN
PRE DAN POST DEBRIDEMENT YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH :

RATU ALKHAR SAHBANA PUTRI

P07220117068

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIII KEPERAWATAN SAMARINDA**

2020

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan, 12 Mei 2020

Yang menyatakan

Materai
Rp 6000

Nama. Ratu Alkhar NIM. P07220117068

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 12 Mei 2020

Oleh

Pembimbing

Nurhavati, S.ST., M.Pd
NIDN. 4024016801

Pembimbing Pendamping

Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd
NIDN. 4020027901

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Samarinda Jurusan
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns.Andi Lis AG, M.Kep

NIP:196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada pasien *Ulkus Diabetikum* dengan
Pre dan Post Debridement

Telah diuji pada tanggal 12 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp. Kep. Mat (.....)

NIDN. 4008047301

Penguji Anggota :

1. Nurhayati, S.ST, M.Pd (.....)

NIDN. 4024016801

2. Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd (.....)

NIDN. 4020027901

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ketua Prodi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim

Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes
NIP. 196508251985032001

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep.
NIP. 196803291994022001

RIWAYAT HIDUP



I . Identitas

Nama : Ratu Alkhar Sahbana Putri
Tempat / Tanggal Lahir : Samarinda, 13 Agustus 1999
Bangsa : Indonesia
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Suku/Bangsa : Banjar/Indonesia
Alamat : Perum. Graha Indah Blok A4 NO 11 RT 06

II. Pendidikan

1. Sekolah Dasar Islam Terpadu Al-Auliya Balikpapan, 2006-2011
2. Sekolah Dasar Menengah Pertama Al-Auliya tahun 2011-2014
3. Sekolah Menengah Atas Negeri 5 Balikpapan tahun 2014-2017
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2016
sampai sekarang

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa T'ala yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan Samarinda Kampus C Balikpapan dengan judul "*Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum dengan Pre dan Post Debridement Yang di Rawat di Rumah Sakit*".

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selsai. Oleh karna itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. H. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Nurhayati, S.ST, M.Pd, selaku Pembimbing I dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.
6. Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd selaku Pembimbing dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah
7. Bapak Edi Sahbana dan Ibu Rita Aprihatini selaku orang tua saya terimakasih banyak yang selalu mendukung, selalu memberikan semangat dan mendoakan tanpa hentinya.
8. Teman – teman angkatan ke –6 Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan.

Karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhirnya hanya kepada Allah Subhanahu wa Ta'ala kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah di hadapan Allah Subhanahu wa Ta'ala.

Balikpapan, 8 Mei 2020

Penulis

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ULKUS DIABETIKUM
DENGAN PRE DAN POST DEBRIDEMENT YANG DI RAWAT
DI RUMAH SAKIT**

ABSTRAK

Pendahuluan : Adanya kelainan pada kerja insulin di *pancreas* dapat mengakibatkan suatu kondisi meningkatnya kadar gula darah dapat menimbulkan resiko terjadinya kerusakan makrovaskuler dan mikrovaskuler sehingga penderita merasa tidak nyaman dengan tubuhnya. Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya

Metode : Penelitian ini menggunakan metode case review dengan pendekatan Asuhan Keperawatan mengambil dua kasus pasien ulkusdiabetikum pre dan post debridement yang dirawat di rumah sakit. Metode pengambilan data adalah dengan mengambil kasus case melalui identifikasi, menginterpretasi dan menganalisis dari 2 sumber pustaka. Teknik pengumpulan data menggunakan case review.

Hasil dan Pembahasan : Berdasarkan analisa data diperoleh pada pasien 1 dan pasien 2 terdapat masalah keperawatan pre operatif yang sama, yaitu nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik serta resiko infeksi. Masalah keperawatan yang berbeda antar pasien yaitu pada pasien 1 muncul masalah keperawatan ansietas dan berduka, sedangkan pada pasien 2 tidak ditemukan masalah keperawatan yang berbeda. Pada masalah keperawatan post operatif pada kedua pasien muncul masalah keperawatan yang sama yaitu, nyeri akut, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik, dan resiko infeksi.

Kesimpulan dan Saran : Setelah dilakukan perawatan selama 2 hari pre operatif pada pasien 1 masalah keperawatan yang ditemukan belum teratasi. Pada masalah keperawatan post operatif semua masalah teratasi pada hari ke 5 perawatan. Pada pasien 2 masalah keperawatan pre operatif belum teratasi dengan 1 hari perawatan, kemudian masalah yang muncul pada post operatif teratasi semua pada perawatan hari ke 3.

Kata kunci : *Asuhan Keperawatan, Ulkus Diabetikum, Masalah keperawatan pre operatif, Masalah keperawatan post operatif.*

DAFTAR ISI

Halaman Judul	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	x
Daftar Bagan	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Lampiran	
	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	6
1. Bagi Peneliti	6
2. Bagi Tempat Penelitian.....	7
3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Konsep Medis	8

B. Konsep Asuhan Keperawatan	26
BAB III MODEL PENELITIAN	44
A. Rancangan Penelitian	44
B. Subjek Penelitian	44
C. Definisi Operasional	45
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	48
E. Prosedur Penelitian	48
F. Metode dan Pengumpulan Data	49
G. Analisis Data	51
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	56
A. Pengkajian Keperawatan	57
B. Diagnosa Keperawatan	87
C. Perencanaan Keperawatan	90
D. Pelaksanaan Keperawatan	91
E. Evaluasi Keperawatan	107
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	156
A. Kesimpulan	156
B. Saran	157

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Ulkus Diabetik	9
Gambar 2.2 Anatomi Pankreas	11
Gambar 2.3 Pankreas Diabetes	13
Gambar 2.4 Stadium Ulkus	23

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway WOC Ulkus Diabetikum dan Post Op	18
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	57
Tabel 4.2	58
Tabel 4.3	61
Tabel 4.4	63
Tabel 4.5	64
Tabel 4.6	70
Tabel 4.7	71
Tabel 4.8	72
Tabel 4.9	73
Tabel 4.10	75
Tabel 4.11	87
Tabel 4.12.....	90
Tabel 4.13	91
Tabel 4.14	107
Tabel 4.15	117
Tabel 4.16	128

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Diabetikum	Case Review Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus
Lampiran 2	Format Pengkajian Keperawatan
Lampiran 3	Format Analisa Data
Lampiran 4	Format Diagnosa Keperawatan
Lampiran 5	Format Rencana Asuhan Keperawatan
Lampiran 6	Format Tindakan Asuhan Keperawatan
Lampiran 7	Format Evaluasi Asuhan Keperawatan
Lampiran 8	Lembar Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Adanya kelainan pada kerja insulin di *pancreas* dapat mengakibatkan suatu kondisi yaitu meningkatnya kadar gula darah yang dapat menimbulkan resiko terjadinya kerusakan makrovaskuler dan mikrovaskuler sehingga penderita merasa tidak nyaman dengan tubuhnya. Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya (Perkeni, 2015).

Menurut *International Diabetes Federation* (2015), kasus Diabetes Melitus sebesar 8,3% dari seluruh penduduk dunia dan mengalami peningkatan 378 juta kasus. Indonesia merupakan negara ke 7 penderita DM terbesar di dunia setelah Cina, India, Amerika Serikat, Brazil, Rusia, dan Mexico dengan 8,5 juta penderita pada kategori dewasa. Untuk hasil prevalensi DM di Kalimantan Timur sebanyak 2,3% (Riskesdas, 2013).

Faktor risiko terjadinya diabetes melitus diantaranya adalah berat badan berlebih atau obesitas, aktivitas fisik yang rendah, riwayat orang tua diabetes, etnik, diabetes gestasional, hipertensi, HDL rendah, trigliserida tinggi, dan memiliki riwayat penyakit kardio vaskuler (*American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes*, 2015)

Kadar gula darah yang tinggi secara berkepanjangan pada penderita Diabetes Melitus dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi jika

tidak mendapatkan penanganan dengan baik. Komplikasi yang sering terjadi antara lain, kelainan *vaskuler*, retinopati, nefropati, neuropati dan ulkus kaki diabetik. Ulkus kaki diabetikum tergolong luka kronik yang sulit sembuh. Kerusakan jaringan yang terjadi pada ulkus kaki diabetik diakibatkan oleh gangguan neurologis (neuropati) dan vaskuler pada tungkai (Smeltzer & Bare, 2008).

Ulkus diabetikum merupakan adanya luka atau rusaknya barier kulit sampai ke seluruh lapisan dari dermis dan proses penyembuhannya cenderung lambat. Ulkus pada kulit dapat mengakibatkan hilangnya *epidermis* hingga *dermis* dan bahkan lemak subkutan (Agale, 2013).

Pada penderita diabetes dengan ulkus relatif sulit diatasi karena rusaknya pembuluh darah menuju lokasi luka. Akibatnya antibiotik, oksigen, zat makanan, perangkat kekebalan tubuh (sel darah putih, dll) sulit mencapai lokasi tersebut. Keadaan ini akan menghambat proses penyembuhan serta dapat membahayakan jiwa penderitanya (Purnomo, et al 2014).

Adanya luka terbuka pada kulit akan memudahkan invasi dari bakteri, beberapa penelitian menunjukkan sekitar 40-80% ulkus diabetik mengalami infeksi (Richard et al., 2011). Infeksi ulkus diabetik jika tidak ditangani dengan serius akan menyebar secara cepat dan masuk ke jaringan yang lebih dalam (Scott, 2013). Sehingga dapat menimbulkan masalah gangguan integritas kulit, perfusi perifer tidak efektif, serta resiko infeksi. Infeksi yang berat pada jaringan lunak dan tulang seringkali berakhir pada tindakan amputasi (McCallum & Tagoe, 2012).

Sedangkan menurut Sulisyowati (2015) memaparkan bahwa, di Indonesia ulkus kaki diabetik merupakan penyebab paling besar untuk dilakukan perawatan di rumah sakit sebesar 80%. Kondisi pasien pasca amputasi pun tidak sepenuhnya baik, sekitar 14,3% pasien akan meninggal dunia setelah satu tahun diamputasi dan sekitar 37% pasien akan meninggal dunia setelah 3 tahun tindakan amputasi (Waspadji, 2014).

Menurut *World Health Organization, International Diabetes Federation, 2006* ulkus diabetikum dapat ditangani melalui tindakan *invasive Debridement* luka, tatalaksana infeksi, dan *off loading* ulkus. Dikatakan juga dalam penelitian Purwanti OS, 2013 bahwa *Debridement* harus dilakukan pada semua luka kronis untuk membuang jaringan nekrotik dan debris. Bahkan tindakan *Debridement* dikatakan sebagai *gold standard* dalam terapi ulkus diabetik (Mc Intosh C, Kelly L, 2009).

Namun setelah dilakukannya tindakan *Debridement* dapat menimbulkan masalah yaitu, terputusnya kontinuitas jaringan akibat prosedur tindakan *invasive* mengakibatkan munculnya gangguan integritas kulit dan mengakibatkan kuman atau bakteri mudah masuk ke dalam jaringan kulit, sehingga ulkus beresiko untuk terjadinya infeksi.

Peran perawat dalam memberikan asuhan kepada pasien dengan *Pre Debridement* ialah mengatur serta mempertahankan kadar glukosa darah melalui kedisiplinan diet pasien, serta turut melakukan perawatan kaki kepada pasien sebelum dilakukannya tindakan *Debridement* (Ardi, et al 2014). Untuk mencegah kondisi ulkus yang semakin parah, perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan di tatanan pelayanan kesehatan,

dituntut mampu melakukan pengkajian secara komprehensif, mampu menegakkan diagnosa, merencanakan intervensi, memberikan intervensi keperawatan dan intervensi yang berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan kepada pasien ulkus diabetikum, serta melakukan evaluasi dan tindak lanjut (Bryant, et al 2006).

Selain itu perawat juga berperan penting dalam melakukan perawatan luka kepada pasien ulkus diabetikum post *Debridement* untuk menjaga keadaan ulkus tidak terinfeksi serta untuk melakukan *follow up* kepada pasien agar ulkus dapat menunjukkan tanda tanda perbaikan. Dalam penelitian Daniel Witanto *et al*, 2008 mengatakan bahwa perawatan luka ulkus diabetikum menunjukkan hasil yang memuaskan yang dibarengi oleh diet yang tepat, menunjukkan keadaan perbaikan saat pasien dipulangkan dari rumah sakit dan lama perawatan menjadi lebih singkat.

Salah satu intervensi perawat dalam penanganan ulkus diabetikum pre dan post *Debridement* adalah dengan meningkatkan pengetahuan pasien serta pencegahannya dengan edukasi, nutrisi, aktivitas fisik, dan medikasi (Perkeni, 2011). Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Murtaza, et al 2007 bahwa, penderita yang terkena ulkus diabetic memerlukan pendidikan kesehatan tentang perawatan kaki secara individual terkait dengan pengetahuan dan pemahaman yang tepat.

Data yang didapat dari hasil wawancara dengan staff RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan pada bulan Desember 2019 didapatkan bahwa penderita yang mengalami ulkus diabetikum pada

tahun 2018 sebanyak 303 orang dan pada tahun 2019 sebanyak 274 orang. Dengan angka kematian pada tahun 2018 sebanyak 21 orang dan pada tahun 2019 sebanyak 24 orang, dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa angka kematian terhadap ulkus diabetikum cukup meningkat. Namun angka kesakitan akibat ulkus diabetikum cukup menurun dari tahun 2018-2019.

Sehingga, dari uraian yang telah dijelaskan diatas, saya mahasiswa Diploma Tiga tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement dengan cara meningkatkan kompetensi keperawatan melalui upaya penerapan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kasus Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement ?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penulisan karya tulis ini adalah :

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan kasus Ulkus Diabetikum secara rinci dan mendalam yang ditekankan pada aspek Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement
- b. Menegakkan diagnosis keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum Pre dan Post.
- d. Melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement.
- e. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian karya tulis ini adalah :

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement.

2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menambah keluasan ilmu Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan masukan dalam mengembangkan ilmu keperawatan dan dapat melakukan Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement yang dirawat di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

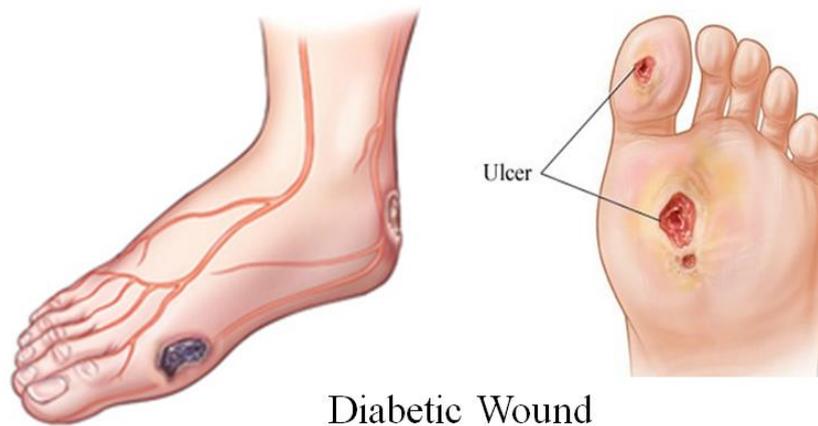
A. Konsep Medis

1. Definisi

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit metabolik yang kebanyakan hereditas, dengan tanda-tanda hiperglikemia dan glukosuria, disertai dengan atau tidak adanya gejala klinik akut ataupun kronik, sebagai akibat dari kurangnya insulin efektif di dalam tubuh, gangguan primer terletak pada metabolisme karbohidrat yang biasanya disertai juga gangguan metabolisme lemak dan protein (Askandar, 2000). *Diabetes melitus* adalah penyakit hiperglikemia yang ditandai oleh ketiadaan absolut insulin atau insensitivitas sel terhadap insulin (Corwin, 2001).

Ulkus adalah luka terbuka pada permukaan kulit atau selaput lendir dan ulkus adalah kematian jaringan yang luas dan disertai invasi kuman saprofit adanya kuman saprofit tersebut menyebabkan ulkus berbau, ulkus diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit diabetes mellitus dengan neuropati perifer (Andyagreeni, 2010).

Ulkus diabetik merupakan komplikasi kronik dari diabetes mellitus sebagai sebab utama morbiditas, mortalitas, serta kecacatan penderita diabetes. Kadar LDL yang tinggi memainkan peranan penting untuk terjadinya ulkus diabetik melalui pembentukan plak atherosclerosis pada dinding pembuluh darah (zaidah, 2005)



Diabetic Wound

Gambar 2.1 Ulkus Diabetik

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Pankreas

Pankreas merupakan sekumpulan kelenjar yang panjangnya kira-kira 15 cm, lebar 5 cm, mulai dari *duodenum* sampai ke *limpa* dan beratnya rata-rata 60-90 gram. Terbantang pada vertebrata lumbalis 1 dan 2 di belakang lambung. *Pankreas* juga merupakan kelenjar *endokrin* terbesar yang terdapat di dalam tubuh baik hewan maupun manusia.

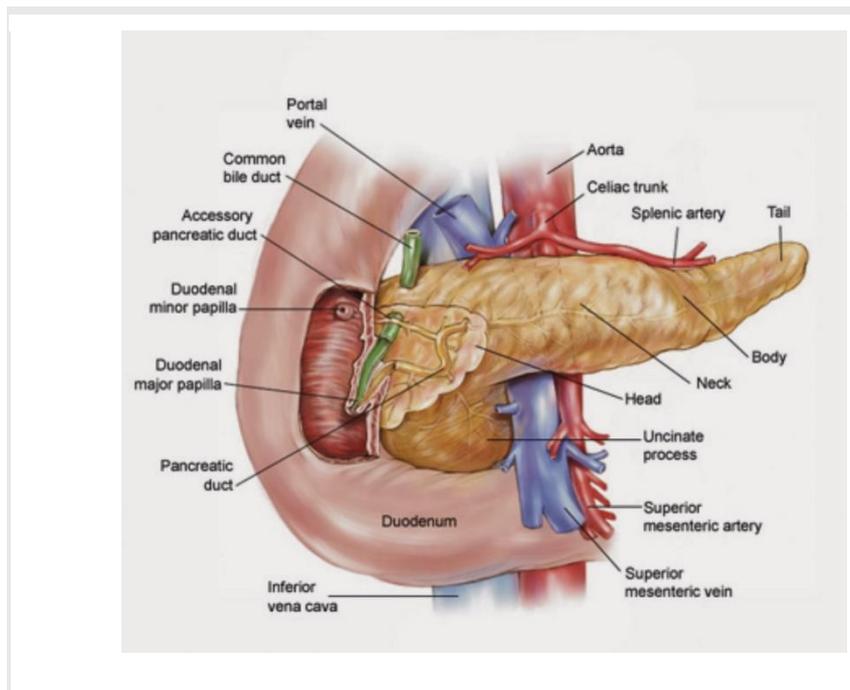
Bagian kepala kelenjar *pancreas* terletak pada lekukan yang dibentuk oleh *deodenum* dan bagian *pylorus* dari lambung. Bagian badan yang merupakan bagian utama dari organ ini merentang ke arah limpa dengan bagian ekornya menyentuh atau terletak pada alat ini. Dari segi perkembangan *embriologis*, kelenjar *pancreas* terbentuk dari *epitel* yang berasal dari lapisan *epitel* yang membentuk usus (Tambayong, 2001).

Fungsi pankreas ada 2 yaitu :

- 1) Fungsi *eksokrin* yaitu membentuk getah *pankreas* yang berisi *enzim* dan *elektrolit*.
- 2) Fungsi *endokrin* yaitu sekelompok kecil atau pulau *langerhans* yang bersama-sama membentuk organ *endokrin* mensekresikan *insulin*.

Pulau *langerhans* manusia mengandung tiga jenis sel utama, yaitu :

- 1) Sel-sel *A (alpha)*, jumlahnya sekitar 20-40 % ; memproduksi *glukagon* yang menjadi faktor hiperglikemik, suatu hormon yang mempunyai “*anti insulin like activity*”.
- 2) Sel-sel *B (beta)*, jumlahnya sekitar 60-80 % , membuat *insulin*.
- 3) Sel-sel *D (delta)*, jumlahnya sekitar 5-15 % , membuat *somatostatin* yang menghambat pelepasan *insulin* dan *glukagon* . (Tambayong, 2001).



Gambar 2.2 Anatomi Pankreas

b. Fisiologi

Kadar glukosa dalam darah sangat dipengaruhi fungsi hepar, pankreas, adenohipofisis dan adrenal. Glukosa yang berasal dari absorpsi makanan diintestin dialirkan ke hepar melalui vena porta, sebagian glukosa akan disimpan sebagai glikogen. Pada saat ini kadar glukosa di vena porta lebih tinggi daripada vena hepatica, setelah absorsi selesai gliogen hepar dipecah lagi menjadi glukosa, sehingga kadar glukosa di vena hepatica lebih tinggi dari vena porta. Jadi hepar berperan sebagai glukostat.

Pada keadaan normal glikogen di hepar cukup untuk mempertahankan kadar glukosa dalam beberapa hari, tetapi bila fungsi hepar terganggu akan mudah terjadi hipoglikemi atau hiperglikemi. Sedangkan peran insulin dan glucagon sangat penting pada metabolisme karbohidrat.

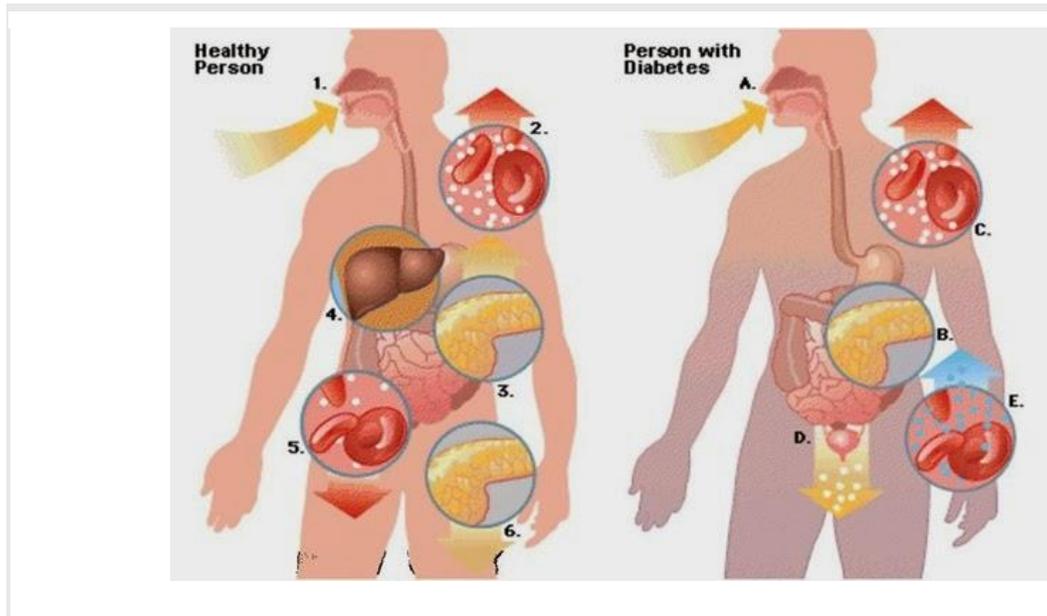
Glukagon menyebabkan glikogenolisis dengan merangsang adenilsiklase, enzim yang dibutuhkan untuk mengaktifkan fosforilase. Enzim fosforilase penting untuk glikogenolisis. Bila cadangan glikogen hepar menurun maka glukoneogenesis akan lebih aktif. Jumlah *glukosa* yang diambil dan dilepaskan oleh hati dan yang dipergunakan oleh jaringan *perifer* tergantung dari keseimbangan *fisiologis* beberapa hormon antara lain

- 1) Hormon yang dapat merendahkan kadar gula darah yaitu *insulin*.

Kerja *insulin* yaitu merupakan *hormon* yang menurunkan glukosa darah dengan cara membantu *glukosa darah* masuk kedalam *sel*.

- a) *Glukagon* yang disekresi oleh *sel alfa pulau lengerhans*.
 - b) *Epinefrin* yang disekresi oleh medula adrenal dan jaringan kromafin.
 - c) *Glukokortikoid* yang disekresikan oleh *korteks adrenal*.
 - d) *Growth hormone* yang disekresi oleh *kelenjar hipofisis anterior*.
- 2) *Glukogen, epineprin, glukokortikoid, dan growthhormone*

membentuk suatu mekanisme *counter-regulator* yang mencegah timbulnya *hipoglikemia* akibat pengaruh *insulin*.



Gambar 2.3 Pankreas Diabetes

3. Klasifikasi Diabetes Melitus

Klasifikasi Diabetes Melitus dari National Diabetes Data Group:

Classification and Diagnosis of Diabetes Melitus and Other

Categories of Glucosa Intolerance:

a. Klasifikasi Klinis

Diabetes Melitus

- 1) Tipe tergantung insulin (DMTI), Tipe I
- 2) Tipe tak tergantung insulin (DMTTI), Tipe II (DMTTI yang tidak mengalami obesitas , dan DMTTI dengan obesitas)
- 3) Gangguan Toleransi Glukosa (GTG)
- 4) Diabetes Kehamilan (GDM)

b. Klasifikasi risiko statistik

- 1) Sebelumnya pernah menderita kelainan toleransi glukosa
- 2) Berpotensi menderita kelainan toleransi glukosa

4. Etiologi

Menurut Smeltzer dan Bare (2001), penyebab dari diabetes melitus adalah:

a. Diabetes Melitus tergantung insulin (DMTI)

- 1) Faktor geneticPenderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetic kearah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetic ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA(*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen tranplantasi dan proses imun lainnya.
- 2) Faktor imunologiPada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.
- 3) Faktor lingkunganFaktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel β pancreas, sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destuksi sel β pankreas.

b. Diabetes Melitus tak tergantung insulin (DMTTI)

Secara pasti penyebab dari DM tipe II ini belum diketahui, factor genetic diperkirakan memegang peranan dalam proses

terjadinya resistensi insulin. Diabetes Melitus tak tergantung insulin (DMTTI) penyakitnya mempunyai pola familial yang kuat. DMTTI ditandai dengan kelainan dalam sekresi insulin maupun dalam kerja insulin. Pada awalnya tampak terdapat resistensi dari sel-sel sasaran terhadap kerja insulin. Insulin mula-mula mengikat dirinya kepada reseptor-reseptor permukaan sel tertentu, kemudian terjadi reaksi intraselluler yang meningkatkan transport glukosa menembus membran sel.

Pada pasien dengan DMTTI terdapat kelainan dalam pengikatan insulin dengan reseptor. Hal ini dapat disebabkan oleh berkurangnya jumlah tempat reseptor yang responsif insulin pada membran sel. Akibatnya terjadi penggabungan abnormal antara kompleks reseptor insulin dengan system transport glukosa. Kadar glukosa normal dapat dipertahankan dalam waktu yang cukup lama dan meningkatkan sekresi insulin, tetapi pada akhirnya sekresi insulin yang beredar tidak lagi memadai untuk mempertahankan euglikemia (Price,1995).

Diabetes Melitus tipe II disebut juga Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (DMTTI) atau *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus*(NIDDM) yang merupakan suatu kelompok heterogen bentuk-bentuk Diabetes yang lebih ringan, terutama dijumpai pada orang dewasa, tetapi terkadang dapat timbul pada masa kanak-kanak. Faktor risiko yang berhubungan dengan proses terjadinya DM tipe II, diantaranya adalah:

- 1) Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun)
 - 2) Obesitas
 - 3) Riwayat keluarga
 - 4) Kelompok etnik
- c. Diabetes dengan Ulkus
- 1) Faktor endogen :
 - a) Neuropati:

Terjadi kerusakan saraf sensorik yang dimanifestasikan dengan penurunan sensori nyeri, panas, tak terasa, sehingga mudah terjadi trauma dan otonom/simpatis yang dimanifestasikan dengan peningkatan aliran darah, produksi keringat tidak ada dan hilangnya tonus vaskuler
 - b) Angiopati

Dapat disebabkan oleh faktor genetic, metabolic dan faktor resiko lain.
 - c) Iskemia

Adalah arterosklerosis (pengapuran dan penyempitan pembuluh darah) pada pembuluh darah besar tungkai (makroangiopati) menyebabkan penurunan aliran darah ke tungkai, bila terdapat thrombus akan memperberat timbulnya gangrene yang luas.

Aterosklerosis dapat disebabkan oleh faktor: Adanya hormone aterogenik, Merokok, Hiperlipidemia

Manifestasi kaki diabetes iskemia: Kaki dingin, Nyeri nocturnal, Tidak terabanya denyut nadi, Adanya pemucatan ekstremitas inferior, Kulit mengkilap, Hilangnya rambut dari jari kaki, Penebalan kuku, Gangrene kecil atau luas.

2) Faktor eksogen

- a) Trauma
- b) Infeksi

5. Patofisiologi dan Pathway

Pada keadaan normal kurang lebih 50% glukosa yang dimakan mengalami metabolisme sempurna menjadi CO₂ dan air, 10% menjadi glikogen dan 20% sampai 40% diubah menjadi lemak. Pada Diabetes Mellitus semua proses tersebut terganggu karena terdapat defisiensi insulin. Penyerapan glukosa kedalam sel macet dan metabolismenya terganggu. Keadaan ini menyebabkan sebagian besar glukosa tetap berada dalam sirkulasi darah sehingga terjadi hiperglikemia.

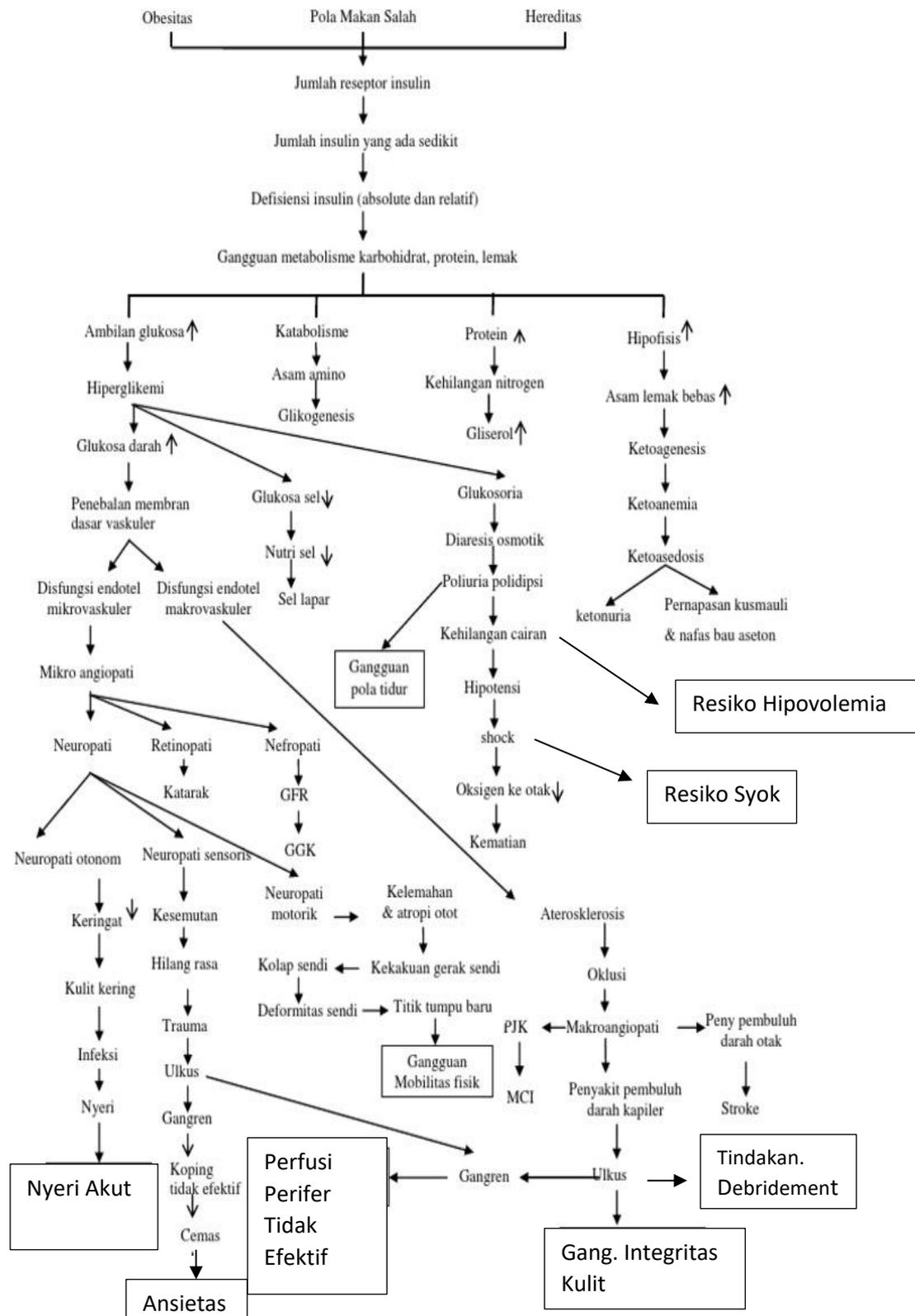
Penyakit Diabetes Mellitus disebabkan oleh karena gagalnya hormon insulin. Akibat kekurangan insulin maka glukosa tidak dapat diubah menjadi glikogen sehingga kadar gula darah meningkat dan terjadi hiperglikemi. Ginjal tidak dapat menahan hiperglikemi ini, karena ambang batas untuk gula darah adalah 180 mg% sehingga apabila terjadi hiperglikemi maka ginjal tidak bisa menyaring dan mengabsorpsi sejumlah glukosa dalam darah.

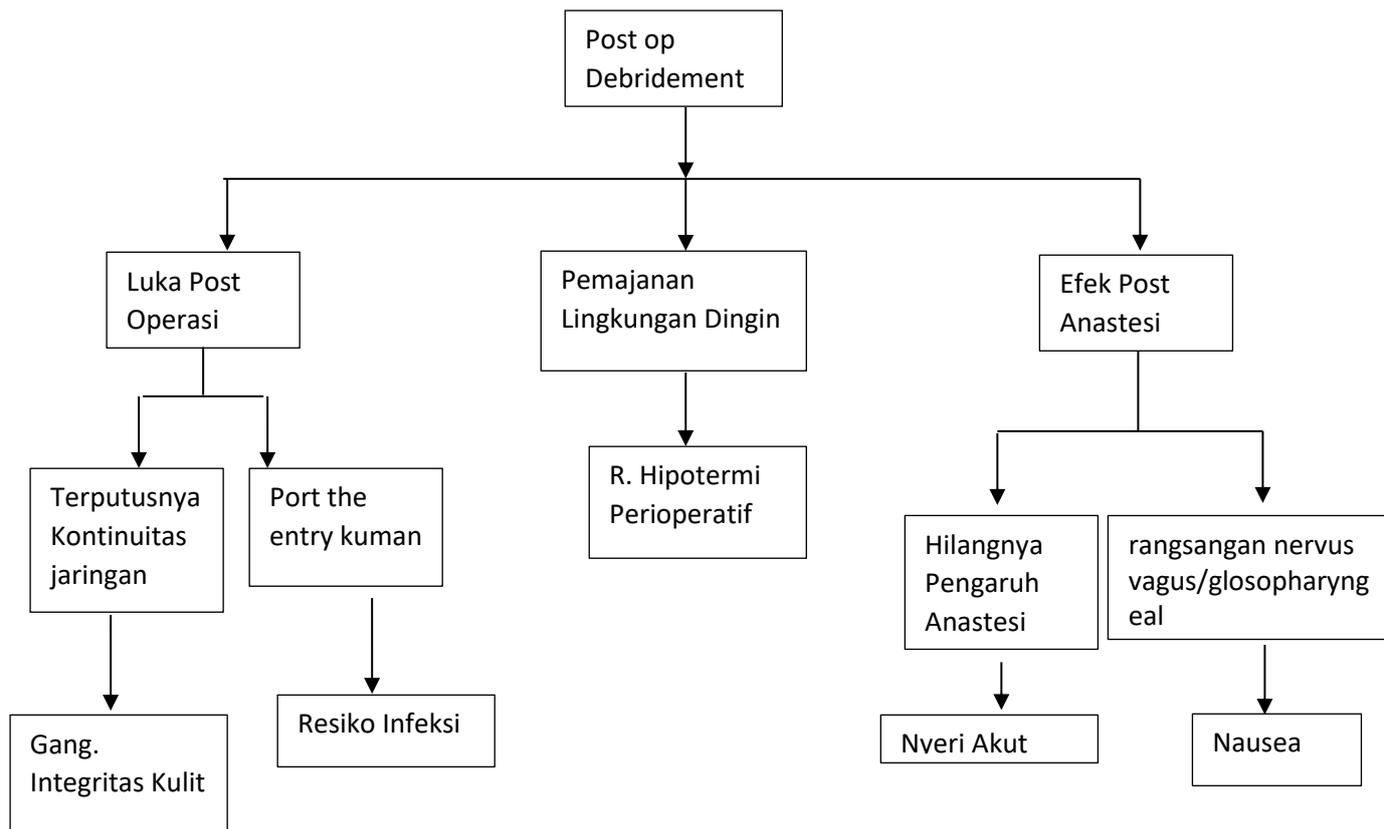
Sehubungan dengan sifat gula yang menyerap air maka semua kelebihan dikeluarkan bersama urine yang disebut glukosuria. Bersamaan keadaan glukosuria maka sejumlah air hilang dalam urine yang disebut **poliuria**. Poliuria mengakibatkan dehidrasi intraseluler, hal ini akan merangsang pusat haus sehingga pasien akan merasakan haus terus menerus sehingga pasien akan minum terus yang disebut **olidipsi**.

Produksi insulin yang kurang akan menyebabkan menurunnya transport glukosa ke sel-sel sehingga sel-sel kekurangan makanan dan simpanan karbohidrat, lemak dan protein menjadi menipis. Karena digunakan untuk melakukan pembakaran dalam tubuh, maka klien akan merasa lapar sehingga menyebabkan banyak makan yang disebut **poliphagia**.

Terlalu banyak lemak yang dibakar maka akan terjadi penumpukan asetat dalam darah yang menyebabkan keasaman darah meningkat atau **asidosis**. Zat ini akan meracuni tubuh bila terlalu banyak hingga tubuh berusaha mengeluarkan melalui urine dan pernapasan, akibatnya bau urine dan napas penderita berbau aseton atau bau buah-buahan. Keadaan asidosis ini apabila tidak segera diobati akan terjadi koma yang disebut koma diabetik (Price,1995)

WOC Ulkus Kaki Diabetes





Bagan 2.1 Pathway WOC Ulkus Diabetikum dan Post Op

6. Tanda Dan Gejala

a. Diabetes Tipe I

- 1) Hiperglikemia berpuasa
- 2) glukosuria, diuresis osmotik, poliuria, polidipsia, polifagia
- 3) kelelahan dan kelemahan
- 4) ketoasidosis diabetik (mual, nyeri abdomen, muntah, hiperventilasi, nafas bau buah, ada perubahan tingkat kesadaran, koma, kematian)

b. Diabetes Tipe II

- 1) Lambat (selama tahunan), intoleransi glukosa progresif

- 2) gejala seringkali ringan mencakup keletihan, mudah tersinggung, poliuria, polidipsia, luka pada kulit yang sembuhnya lama, infeksi vaginal, penglihatan kabur
- 3) komplikasi jangka panjang (retinopati, neuropati, penyakit vaskular perifer)

c. Ulkus Diabetikum

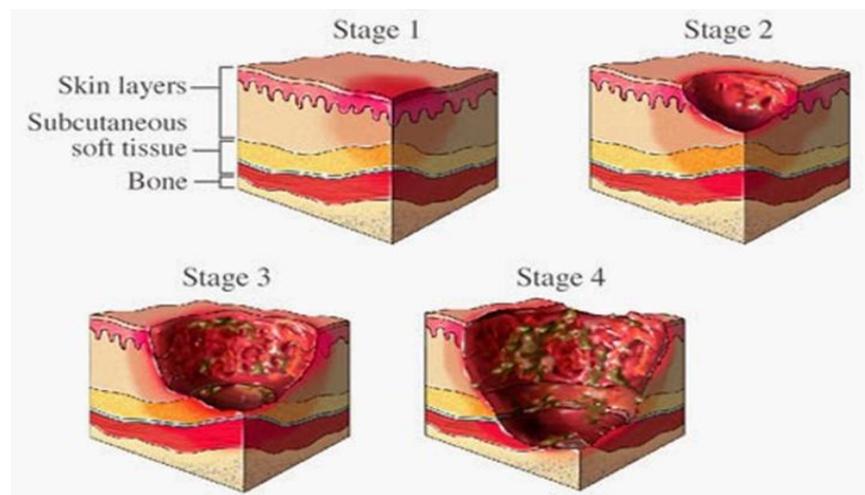
Ulkus Diabetikum akibat mikroangiopatik disebut juga *ulkus* panas walaupun nekrosis, daerah akral itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan dan biasanya teraba pulsasi arteri dibagian distal . Proses mikroangipati menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli memberikan gejala klinis 5 P yaitu :

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

Bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis menurut pola dari fontaine:

- 1) Stadium I : asimptomatis atau gejala tidak khas (kesemutan).
- 2) Stadium II : terjadi klaudikasio intermiten
- 3) Stadium III : timbul nyeri saat istirahat.

- 4) Stadium IV : terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus)



Gambar 2.4 Stadium Ulkus

Klasifikasi Wagner (1983) membagi gangren kaki diabetik menjadi enam tingkatan, yaitu:

Derajat 0 : Tidak ada *lesi* terbuka, kulit masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “*claw, callus*”.

Derajat I : *Ulkus superficial* terbatas pada kulit.

Derajat II : *Ulkus* dalam menembus *tendon* dan tulang

Derajat III : *Abses* dalam, dengan atau tanpa *osteomyelitis*.

Derajat IV : *Gangren* jari kaki atau bagian *distal* kaki dengan atau tanpa *selulitis*.

Derajat V : *Gangren* seluruh kaki atau sebagian tungkai.

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Glukosa darah: darah arteri / kapiler 5-10% lebih tinggi daripada darah vena, serum/plasma 10-15% daripada darah

utuh, metode dengan deproteinisasi 5% lebih tinggi daripada metode tanpa deproteinisasi

- b. Glukosa urin: 95% glukosa direabsorpsi tubulus, bila glukosa darah $> 160-180\%$ maka sekresi dalam urine akan naik secara eksponensial, uji dalam urin: + nilai ambang ini akan naik pada orang tua. Metode yang populer: carik celup memakai GOD.
- c. HbA1c (hemoglobin A1c) atau glycated hemoglobin adalah hemoglobin yang berikatan dengan glukosa di dalam darah nilai normal $<6\%$, prediabetes $6,0-6,4\%$ dan diabetes $\geq 6,5\%$. Pemeriksaan ini dilakukan tiap 3 bulan.
- d. Benda keton dalam urine: bahan urine segar karena asam asetoasetat cepat didekרבoksilasi menjadi aseton. Metode yang dipakai Natroprusid, 3-hidroksibutirat tidak terdeteksi
- e. Pemeriksaan lain: fungsi ginjal (Ureum, creatinin), Lemak darah: (Kholesterol, HDL, LDL, Trigleserid), fungsi hati, antibodi anti sel insula langerhans (*inlet cellantibody*)

8. Penatalaksanaan

- a. Kendali metabolik (metabolic control): pengendalian keadaan metabolik sebaik mungkin seperti pengendalian kadar glukosa darah, lipid, albumin, hemoglobin dan sebagainya.
- b. Kendali vaskular (vascular control): perbaikan asupan vaskular (dengan operasi atau angioplasti), biasanya dibutuhkan pada keadaan ulkus iskemik. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2

- c. Kendali infeksi (infection control): jika terlihat tanda-tanda klinis infeksi harus diberikan pengobatan infeksi secara agresif (adanya kolonisasi pertumbuhan organisme pada hasil usap namun tidak terdapat tanda klinis, bukan merupakan infeksi).
- d. Kendali luka (wound control): pembuangan jaringan terinfeksi dan nekrosis secara teratur. Perawatan lokal pada luka, termasuk kontrol infeksi, dengan konsep TIME:
 - 1) Tissue debridement (membersihkan luka dari jaringan mati)
 - 2) Inflammation and Infection Control (kontrol inflamasi dan infeksi) Moisture Balance (menjaga kelembaban)
 - 3) Epithelial edge advancement (mendekatkan tepi epitel)
- e. Kendali tekanan (pressure control): mengurangi tekanan pada kaki, karena tekanan yang berulang dapat menyebabkan ulkus, sehingga harus dihindari. Mengurangi tekanan merupakan hal sangat penting dilakukan pada ulkus neuropatik. Pembuangan kalus dan memakai sepatu dengan ukuran yang sesuai diperlukan untuk mengurangi tekanan.
- f. Penyuluhan (education control): penyuluhan yang baik. Seluruh pasien dengan diabetes perlu diberikan edukasi mengenai perawatan kaki secara mandiri. (PERKENI,2015)

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Pengertian Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017).

2. Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria mayor adalah tanda/gejala yang ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa (PPNI, 2017).

3. Kondisi Terkait

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan (PPNI, 2017).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi penderita *Diabetes Militus* menurut (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2015) dan (PPNI, 2017).

a. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab : Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjek : Mengeluh nyeri

Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

Kondisi Klinis Terkait : Sindrom coroner akut

b. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Hiperglikemi (D.0009)

Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Penyebab : Hiperglikemia

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif : Tidak tersedia

Obyektif : pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun, akral terasa dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

Gejala dan Tanda Minor :

Subjektif : Parastesia, nyeri ekstremitas

Obyektif : Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle brachial <0.90, bruit femoralis

Kondisi Klinis Terkait : Diabetes mellitus

c. Ansietas b.d Krisis Situasional (D.0080)

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi

bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebab : Krisis situasional

Gejala dan Tanda Mayor :

Subyektif : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi

Obyektif : tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

Gejala dan Tanda Minor :

Subyektif : mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya

Obyektif : fruekensi napas meningkat, fruekensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

Kondisi klinis terkait : Penyakit kronis progresif

d. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Kekakuan Sendi (D.0054)

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab : Kekakuan sendi

Gejala dan Tanda Mayor :

Subyektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Obyektif : kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun

Gejala dan Tanda Minor :

Subyektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak

Obyektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah

e. Gangguan Integritas Kulit b.d Perubahan Sirkulasi (D.0129)

Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan tau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan tau ligament)

Penyebab : Perubahan sirkulasi

Gejala dan Tanda Mayor :

Subyektif : Tidak tersedia

Obyektif : Kerusakan jaringan dan tau lapisan kulit

Gejala dan Tanda Minor :

Subyektif : Tidak tersedia

Obyektif : Nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma

Kondisi klinis terkait: Diabetes mellitus

f. Gangguan Pola Tidur b.d Kurangnya Kontrol Tidur (D.0055)

Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal.

Penyebab : Kurangnya kontrol tidur

Gejala dan Tanda Mayor :

Subyektif : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup

Obyektif : tidak tersedia

Gejala dan Tanda Minor :

Subyektif : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Obyektif : Tidak tersedia

Kondisi klinis terkait: Kecemasan

- g. Resiko Hipovolemia d.d Kehilangan Cairan Secara Aktif (D.0034)

Definisi : Beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstitial, dan atau intraseluler.

Faktor Resiko : Kehilangan cairan secara aktif

- h. Resiko Syok d.d Hipotensi (D.0039)

Definisi : Beresiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa

Faktor Resiko : Hipotensi

- i. Resiko Hipotermia Perioperatif d.d Prosedur Pembedahan (D.0141)

Definisi : bersiko mengalami penurunan suhu tubuh dibawah 36 c secara tiba tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.

Faktor Resiko : prosedur pembedahan, suhu lingkungan rendah

Kondisi Klinis Terkait : tindakan pembedahan

- j. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (mis. Prosedur operasi) (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab : Agen pencedera fisik (mis. Prosedur operasi)

Gejala dan Tanda Mayor :

Subyektif : mengeluh nyeri

Obyektif : tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor :

Obyektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah

Kondisi klinis terkait : kondisi pembedahan

k. Neusea b.d Efek Agen Farmakologis (D.0076)

Definisi : perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah.

Penyebab : efek agen farmakologis

Gejala dan Tanda Mayor :

Subyektif : mengeluh mual, merasa ingin muntah,

Gejala dan Tanda Minor :

Subyektif : merasa asam di mulut, sering menelan

Obyektif : saliva meningkat, pucat

l. Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)

Definisi : beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Resiko : efek prosedur invasif

Kondisi Klinis Terkait : tindakan invasif

m. Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (elektrodiatermi) (D.0129)

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

Penyebab : factor elektrik (elektrodiatermi)

Gejala dan Tanda Mayor :

Obyektif : kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Gejala dan Tanda Minor :

Obyektif : nyeri

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. (Setiadi,2012)

Menurut Doenges (2000: 726), data pengkajian pada pasien dengan Diabetes Mellitus bergantung pada berat dan lamanya ketidakseimbangan metabolik dan pengaruh fungsi pada organ, data yang perlu dikaji meliputi :

a. Aktivitas / istirahat

Gejala : Lemah, letih, sulit bergerak / berjalan, kram otot

Tanda : Penurunan kekuatan otot, latergi, disorientasi, koma

b. Sirkulasi

Gejala : Adanya riwayat hipertensi, ulkus pada kaki, IM akut

Tanda : Nadi yang menurun, disritmia, bola mata cekung

c. Eliminasi

Gejala : Perubahan pola berkemih (poliuri), nyeri tekan abdomen

Tanda : Urine berkabut, bau busuk (infeksi), adanya asites.

d. Makanan / cairan

Gejala : Hilang nafsu makan, mual / muntah, penurunan BB, haus

Tanda : Turgor kulit jelek dan bersisik, distensi abdomen

e. Neurosensori

Gejala : Pusing, sakit kepala, gangguan penglihatan

Tanda : Disorientasi, mengantuk, latergi, aktivitas kejang

f. Nyeri / kenyamanan

Gejala : Nyeri pada ulkus, nyeri tekan pada abdomen

Tanda : Wajah meringis dengan palpitasi

g. Pernafasan

Gejala : Merasa kekurangan oksigen, batuk dengan / tanpa sputum

Tanda : Lapar udara, frekuensi pernafasan

h. Seksualitas

Gejala : Impoten pada pria, kesulitan orgasme pada wanita

i. Penyuluhan / pembelajaran

Gejala : Faktor resiko keluarga DM, penyakit jantung, stroke, hipertensi

2. Diagnosa Keperawatan Pre Debridement

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien. (Herdman,2012)

- a. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)
- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Hiperglikemi (D.0009)
- c. Ansietas b.d Krisis Situasional (D.0080)
- d. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Kekakuan Sendi (D.0054)
- e. Gangguan Integritas Kulit b.d Perubahan Sirkulasi (D.0129)
- f. Gangguan Pola Tidur b.d Kurangnya Kontrol Tidur (D.0055)
- g. Resiko Hipovolemia d.d Kehilangan Cairan Secara Aktif (D.0034)
- h. Resiko Syok d.d Hipotensi (D.0039)

3. Diagnosa Keperawatan Post Debridemen

- a. Resiko Hipotermia Perioperatif d.d Prosedur Pembedahan (D.0141)
- b. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (mis. Prosedur operasi) (D.0077)
- c. Neusea b.d Efek Agen Farmakologis (D.0076)

- d. Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142)
- e. Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (elektrodiatermi) (D.0129)

4. Perencanaan Keperawatan Pre Debridemen

Perencanaan keperawatan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, dan siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan. (Dermawan,2012)

- a. Diagnosa : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kepada pasien diharapkan tingkat nyeri menurun.

Kriteria Hasil : (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri cukup menurun
- 2) Meringis cukup menurun
- 3) Gelisah cukup menurun
- 4) Kesulitan Tidur menurun

Intervensi : (I.08238)

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri

- 5) Berikan teknik non farmakologi (terapi music, kompres hangat, kompres dingin, teknik relaksasi napas dalam)
- 6) Kontrol lingkungan yang mmperberat rasa nyeri
- 7) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 8) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- 9) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 10) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 11) Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu

b. Diagnosa : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

Tujuan : Setelah dilakuakn tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer pasien meningkat.

Kriteria Hasil : (L.02011)

- a) Penyembuhan luka cukup meningkat
- b) Sensasi cukup meningkat
- c) Edema perifer cukup menurun
- d) Nekrosis cukup menurun
- e) Kelemahan otot cukup menurun

Intervensi : (I.02079)

- 1) Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
- 2) Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (diabetes mellitus, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi)
- 3) Identifikasi penyebab perubahan sensasi

- 4) Monitor terjadinya parastesia, bila perlu
 - 5) Monitor perubahan kulit
 - 6) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
 - 7) Hindari pemasangan infus, pengambilan darah, pengukuran tekanan darah, pada area keterbatasan perfusi
 - 8) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
 - 9) Lakukan pencegahan infeksi
 - 10) Lakukan perawatan kaki dan kuku
 - 11) Lakukan hidrasi
 - 12) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat
 - 13) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah gula, tinggi protein)
 - 14) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
- c. Diagnosa : Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
- Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas pasien menurun
- Kriteria Hasil : (L.09093)
- 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
 - 2) Perilaku gelisah menurun
 - 3) Perilaku tegang menurun
- Intervensi : (I.09314)
- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah

- 2) Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal)
 - 3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
 - 4) Pahami situasi yang membuat ansietas
 - 5) Dengarkan dengan penuh perhatian
 - 6) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
 - 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
 - 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
 - 9) Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami
 - 10) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
 - 11) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - 12) Latih teknik relaksasi
- d. Diagnosa : Gangguan Mobilitas Fisik b.d Kekakuan Sendi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat

Kriteria Hasil : (L.05042)

- 1) Pergerakan ekstremitas cukup meningkat
- 2) Kekuatan otot cukup meningkat
- 3) Nyeri cukup menurun
- 4) Kaku sendi cukup menurun

Intervensi : (I.06171)

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi

- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
 - 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
 - 5) Fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu
 - 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
 - 7) Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan, duduk, setengah duduk)
- e. Diagnosa : Gangguan Integritas Kulit b.d Perubahan Sirkulasi
- Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat
- Kriteria Hasil : (L.14125)
- 1) Hidrasi cukup meningkat
 - 2) Perfusi jaringan cukup meningkat
 - 3) Kerusakan jaringan menurun
 - 4) Kerusakan lapisan kulit menurun
 - 5) Kemerahan menurun
- Intervensi : (I.14564)
- 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)
 - 2) Monitor tanda tanda infeksi
 - 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
 - 4) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
 - 5) Bersihkan jaringan nekrotik

- 6) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
 - 7) Pasang balutan sesuai jenis luka
 - 8) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
 - 9) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - 10) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
 - 11) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
 - 12) Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu
 - 13) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
- f. Diagnosa : Gangguan Pola Tidur b.d Kurangnya Kontrol Tidur
- Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur pasien membaik
- Kriteria Hasil : (L.05045)
- 1) Keluhan sulit tidur menurun
 - 2) Keluhan sering terjaga menurun
 - 3) Keluhan pola tidur berubah menurun
- Intervensi : (I.05174)
- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
 - 2) Tetapkan jadwal tidur rutin
 - 3) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
 - 4) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
 - 5) Anjurkan relaksasi otot
- g. Diagnosa : Resiko Hipovolemia d.d Kehilangan Cairan Secara Aktif
- Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan pasien membaik.

Kriteria Hasil : (L.03028)

- 1) Turgor kulit cukup meningkat
- 2) Edema perifer cukup menurun

Intervensi : (I.03116)

- 1) Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, haus, lemah)
- 2) Monitor intake dan output cairan
- 3) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
- 4) Monitor tekanan darah
- 5) Monitor waktu pengisian kapiler
- 6) Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine
- 7) Identifikasi tanda tanda hypervolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa meningkat, volume urin menurun, haus, lemah, berat badan menurun dalam waktu singkat)
- 8) Hitung kebutuhan cairan
- 9) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 10) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
- 11) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl monitor 0,4%)

h. Diagnosa : Resiko Syok d.d Hipotensi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat syok menurun

Kriteria Hasil : (L.03032)

- 1) Kekuatan nadi meningkat
- 2) Akral dingin menurun
- 3) Rasa haus menurun
- 4) Asidosis metabolic cukup menurun

Intervensi : (I.02068)

- 1) Monitor status kardiopulmonal (fruekensi dan kekuatan nadi, fruekensi napas, tekanan daraha, MAP)
- 2) Monitor status oksigenasi
- 3) Monitor status cairan
- 4) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil
- 5) Periksa riwayat alergi
- 6) Pasang jalur IV, bila perlu
- 7) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, bila perlu
- 8) Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi
- 9) Jelaskan tanda dan gejala awal syok
- 10) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 11) Kolaborasi pemberian IV, jika perlu
- 12) Kolaborasi pemberian transfuse darah, bila perlu
- 13) Kolaborasi pemberian antiinflamasi, bila perlu

5. Perencanaan Keperawatan Post Debridemen

a. Diagnosa : Resiko Hipotermia d.d prosedur pembedahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi pasien membaik.

Kriteria Hasil : (L.14134)

- 1) Menggigil menurun
- 2) Kulit merah menurun
- 3) Suhu tubuh membaik

Intervensi : (I.14507)

- 1) Monitor suhu tubuh
- 2) Identifikasi penyebab hipotermia
- 3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia
- 4) Sediakan lingkungan yang hangat
- 5) Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut, pakaian tebal)
- 6) Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis. Kompres hangat, selimut hangat)
- 7) Anjurkan makan/minum hangat

b. Diagnosa : Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri pasien menurun.

Kriteria Hasil : (L.08066)

- 1) Keluhan nyeri cukup menurun
- 2) Sikap protektif menurun
- 3) Gelisah menurun

Intervensi : (I.08238)

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Monitor keberhasilan terapi komplementer
- 5) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- 6) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 7) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 8) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 9) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam strategi meredakan nyeri
- 10) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 11) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 12) Kolaborasi analgetik, bila perlu

c. Diagnosa : Neusea b.d Efek Agen Farmakologis

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nausea pasien menurun

Kriteria Hasil : (L.08065)

- 1) Keluhan mual menurun
- 2) Perasaan ingin muntah menurun

Intervensi : (I.03117)

- 1) Identifikasi factor penyebab mual
- 2) Identifikasi factor penyebab muntah

- 3) Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit
 - 4) Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, tingkat keparahan)
 - 5) Monitor asupan nutrisi dan kalori
 - 6) Berikan makanan dalam jumlah kecil
 - 7) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup
- d. Diagnosa : Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun.

Kriteria Hasil : (L.14137)

- 1) Kemerahan menurun
- 2) Nyeri menurun
- 3) Cairan berbau busuk menurun

Intervensi : (I.14539)

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 3) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 4) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
- 6) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

- e. Diagnosa : Gngguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris
(elektrodiametri)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat

Kriteria hasil : (L.14125)

Perfusi jaringan cukup meningkat

Intervensi : (I.14564)

- 1) Monitor karakteristik luka
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi
- 3) Bersihkan dengan cairan NaCl
- 4) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 5) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- 6) Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi protein dan kalori
- 7) Kolaborasi pemberian antibiotik, bila perlu

6. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien. (Riyadi,2010)

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. (Setiadi,2012)

7. Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan. (Deswani,2009)

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana. (Manurung,2011)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan merupakan *case review* yaitu *me-review* Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum dengan Pre dan Post Debridement. yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan adalah dua orang pasien dengan kasus ulkus diabetikum pre post debridement yang akan diteliti secara rinci dan mendalam dengan kriteria sebagai berikut:

Kriteria Inklusi, meliputi :

1. Pasien dengan ulkus diabetikum pre dan post debridement
2. Subyek pasien terdiri dari 2 orang dengan ulkus diabetikum pre dan post debridement yang di rawat di ruang rawat inap
3. Pasien berjenis kelamin laki laki maupun perempuan
4. Pasien bersedia menjadi responden

Kriteria Eksklusi, meliputi :

1. Pasien tidak kooperatif
2. Pasien tidak bersedia menjadi responden
3. Pasien dengan penurunan kesadaran

C. Definisi Operasional

Definisi operasional menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan Pasien dengan Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement Yang Dirawat Di Rumah Sakit”.

Asuhan Keperawatan Pre dan Post Debridement

Asuhan keperawatan pre dan post debridement ialah suatu bentuk pelayanan yang sistematis dan teoritis dari pengkajian, menegakkan diagnosa, menyusun intervensi keperawatan, melakukan intervensi keperawatan hingga melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan sebelum serta sesudah dilakukannya tindakan membuang jaringan nekrosis (*Debridement*). Dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosio, dan spiritual pasien.

Pasien Ulkus Diabetikum

Pasien Ulkus Diabetikum adalah seseorang atau individu yang mengalami atau menderita suatu keadaan dimana luka terbuka pada permukaan kulit serta mengalami kematian jaringan yang luas, disertai dengan adanya kuman yang dapat menyebabkan luka berbau, selain itu diakibatkan dari komplikasi penyakit diabetes melitus. Data tersebut dapat dilihat dari rekam medis pasien di rumah sakit.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan 2020.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian waktu penelitian dilakukan dari bulan Maret 2020 pada saat dinas KMB 2 semester 6.

E. Metode dan Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Adapun cara pengumpulan data pada penyusunan *case review* ini yaitu melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan kemudian mereview kasus dari kedua subyek.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian, penegakkan diagnosa menggunakan SDKI dan intervensi menggunakan SIKI & SLKI, melakukan pelaksanaan dan evaluasi

F. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti melakukan Asuhan Keperawatan secara koheren dan komprehensif, peneliti juga memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan

triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

G. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menggunakan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Case Review ini merupakan kasus kelolaan peneliti sendiri saat berdinas KMB 2 pada semester 6 tanggal 02 Maret 2020 sampai 07 Maret 2020. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan ruangan Flamboyan B dari tanggal 3 – 7 Maret 2020. Ruangan ini adalah ruangan yang dikhususkan merawat pasien laki laki remaja, laki laki dewasa dan lansia dengan kasus bedah dan penyakit dalam. Flamboyan B terletak di lantai dua RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Identitas Pasien Ulkus Diabetikum dengan Pre dan Post Debridement di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Data Anamnesis	Pasien 1	Pasien 2
Identitas pasien	Nama pasien Tn. S berjenis kelamin laki laki umur 66 tahun tinggal di daerah manggar. pendidikan terakhir SMP, pasien tidak bekerja beragama islam. Status menikah. Masuk rumah sakit pada tanggal 02 Maret 2020. Dilakukan pengkajian pada tanggal 03 Maret 2020, dengan diagnose medis DM Type II + Ulkus Pedis + CKD Stage III	Nama pasien Tn.M berjenis kelamin laki laki umur 50 tahun tinggal di KM 10. Pendidikan terakhir SMA,pasien bekerja sebagai tukang kebun, pasien beragama islam. Mauk rumah sakit pada tanggal 23 Februari 2020. Dilakukan pengkajian pada tanggal 04 Maret 2020, dengan diagnose medis DM Type II + Ulkus Pedis + CKD St IV + Anemia + Hiponatremia

Keluhan utama	Pre Operasi: Pasien mengatakan merasa nyeri di bagian kaki (luka pasien).	Pre Operasi: Pasien mengatakan nyeri pada kaki bagian luka nya
Riwayat Penyakit Sekarang	Pre Operasi: Pasien dibawa kerumah sakit Dr. Kanudjoso Djatiwibowo oleh pihak dinas social, ditemukan di pinggir jalan daerah Mnggar dengan keadaan lemas dan nampak luka di kaki yang membusuk dan berbau menyengat. Kemudian tanggal 02, Maret 2020 pasien dibawa ke IRD rumah sakit dr.Kanudjoso Djatiwibowo. Pada jam 15:00 pasien tiba di ruang Flamboyan B kamar 8 dengan diagnose DM Type II + Ulkus Pedis S + CKD St III. Hasil tanda tanda vital TD : 142/68 mmHg N : 92 x/menit S : 36,4 ⁰ C RR : 20 x/menit Pasien dengan kesadaran compos mentis dengan GCS 14 E4M6V4, keadaan umum sedang. Pada saat dikaji pasien mengeluh nyeri di bagian kaki(luka pasien). P: Akibat luka/ ulkus yang berada di kaki sebelah kiri Q: Nyeri dirasakan seperti nyut”an/ berdenyut R: di bagian kaki/ daerah luka saja S: Skala nyeri 6 T : Nyeri dirasakan terus menerus	Pre Operasi: pasien dibawa kerumah sakit pada tanggal 23 Februari 2020 akibat luka yang ia alami mengalami infeksi. dibawa kerumah sakit. sebelumnya pasien mengalami luka di kaki sebelah kiri akibat tersabet ranting ranting pohon pada saat berkebun di kebunnya. saat itu hanya menimbulkan luka kecil, oleh pasien hanya diobati dengan menggunakan minyak gosok dan sempat didiamkan selama kurang lebih 1 bulan. namun kondisi luka semakin memburuk dan mengeluarkan bau tidak sedap sehingga pasien berobat ke rumah sakit kanudjoso djatiwibowo Balikpapan. saat itu kondisi pasien juga lemas dan apabila berjalan perlu dibantu oleh dua orang. kemudian pasien dirawat di ruang flamboyant B dengan diagnose medis DM Type II + Ulkus Pedis Sinistra + CKD St IV + Anemia + Hiponatremia. pasien saat itu dijadwalkan untuk melakukan operasi debridement pada tanggal 29 Februari, namun operasi debridement tidak tuntas karena pasien mengalami pendarahan. dan dirawat kembali untuk perbaikan keadaan

	<p>Pasien nampak meringis menahan nyeri dan terlihat gelisah. Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri) . Pasien enggan melakukan pergerakan</p>	<p>umum. P: Akibat luka/ulkus yang berada di kaki di sebelah kiri Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk R: di daerah luka S: Skala nyeri 6 T: Nyeri dirasakan terus menerus pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri. Pasien nampak gelisah. pasien enggan melakukan pergerakan di daerah luka. pasien mengeluh terkadang merasa pusing. hasil tanda tand avital pasien TD: 130/90 N: 78 x/menit R: 20x/menit S: 36 C. pasien dengan kesadaran compos mentis dan nilai GCS 14 E4M6V4.</p>
Riwayat penyakit dahulu	<p>Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit. Dan baru pertama kali dirawat dirumah sakit karena penyakitnya ini</p>	<p>Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit. Dan baru pertama kali dirawat dirumah sakit karena penyakitnya ini</p>
Riwayat Penyakit Keluarga	<p>Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit yang sama yang diderita pasien saat ini.</p>	<p>Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit yang sama yang diderita pasien saat ini.</p>
Data Psikososial	<p>Pasien mau diajak berkomunikasi dngen perawat walau, jawabannya hanya beberapa kata dan tidak ingin cerita panjang lebar. Pasien lebih banyak diam</p>	<p>Pasien mau diajak berkomunikasi berkomunikasi perawat, pasien dapat menceritakan dan mau menjelaskan keadaannya kepada perawat. apabila</p>

	<p>dan murung, serta saat ditanya oleh perawat pasien terkadang Nampak bingung dan tidak lekas menjawab. Saat ditanya mengenai pekerjaan pasien menjawab sudah lama tidak bekerja dulunya ia adalah seorang supir truk. pasien menjawab dengan muka lesu dan nada lebih pelan dari sebelumnya saat ditanya mengenai keberadaan istri serta anaknya pasien menjawab dengan ketus gaktau istrinya kemana pergi begitu saja, saat ditanya tentang anak pasien mengaku tidak memiliki anak. Pasien ber ekspresi marah dan kecewa bila disinggung mengenai keluarga serta tampak kekecewaan saat membicarakan istrinya. Pasien cenderung merasa berhati hati atau waspada pada saat perawat datang memeriksa pasien, pasien akan terus mengawasi dan memperhatikan tindakan perawat. Pasien terlihat tegang. Dalam menghadapi penyakitnya pasien cenderung murung dan diam. Pasien terlihat gelisah.</p> <p>Kondisi emosi pasien kurang stabil. Orientasi pasien mengetahui sedang berada dimana, mengetahui hari dan tanggal. Pasien mampu mengingat kejadian awal klien sebelum masuk rumah sakit sampai masuk rumah sakit. Pasien mengatakan cemas</p>	<p>ditanya oleh perawat pasien menjawab dengan nada lebih tinggi dari perawat. pasien terkadang suka marah marah sendiri atau mengomeli istri. terkadang pasien juga mengomeli perawat apabila terlalu lama, dan dalam melakukan tindakan pasien merasa kesakitan. pola komunikasi pasien baik. berkomunikasi dengan perawat menggunakan Bahasa Indonesia. pasien cenderung mudah marah. namun kemarahannya dapat dikontrol oleh pasien sendiri dan ada istri yang selalu mendukung dan menemani.</p> <p>Kondisi emosi pasien cukup stabil. Orientasi pasien mengetahui sedang berada dimana, mengetahui hari dan tanggal. Pasien mampu mengingat kejadian awal pasien sebelum masuk rumah sakit sampai masuk rumah sakit. Pasien mengatakan cemas ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah karena tidak suka berada di rumah sakit. Pasien mengetahui tentang penyakitnya. Pola komunikasi pasien menggunakan bahasa Indonesia</p>
--	--	---

	ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah. Pasien acuh tak acuh terhadap penyakitnya dan cenderung cuek dengan sekitarnya. Saat ditanya mengenai penyakitnya pasien hanya diam, pasien kurang paham mengenai penyakit yang ia derita. Pola komunikasi pasien menggunakan bahasa Indonesia	
Data Spiritual	Pasien mengatakan sebelum sakit, jarang beribadah.	Pasien mengatakan sebelum sakit kadang kadang beribadah, saat sakit juga kadang kadang beribadah.

Pola Aktivitas	Pasien 1	Pasien 2
Pola tidur/istirahat	Saat dirumah pasien memiliki kebiasaan tidur jam 20:00 atau jam 20:30 dan bangun pada pukul 06:00. Selama dirumah sakit pasien tidur pukul 20:00 dan bangun pukul 05:30 WITA. Pasien mengatakan saat malam hari tidurnya tidak terganggu, pasien mengatakan bahwa ia mudah tertidur.	Saat dirumah pasien memiliki kebiasaan tidur jam 20:00 atau jam 20:30 dan bangun pada pukul 06:00. Selama dirumah sakit pasien tidur pukul 20:00 dan bangun pukul 05:30 WITA. Pasien mengatakan saat malam hari tidurnya tidak terganggu, pasien mengatakan bahwa ia mudah tertidur.
Pola eliminasi	Saat dirumah, pasien memiliki kebiasaan buang air besar 1 kali sehari, selain itu selama dirumah pasien memiliki kebiasaan buang air kecil 6-7 kali dalam sehari. Selama dirawat dirumah sakit pasien menggunakan pampers, pasien buang air besar 1-2 x/hari dan buang air kecil sebanyak 5-6 x/hari.	Saat dirumah, pasien memiliki kebiasaan buang air besar 1 kali sehari, selain itu selama dirumah pasien memiliki kebiasaan buang air kecil 6-7 kali dalam sehari. Selama dirawat dirumah sakit, pasien buang air besar 1 x/hari dan buang air kecil sebanyak 6-7 x/hari.

Pola makan dan minum	<p>Di rumah, pasien memiliki kebiasaan makan dengan nasi, sayur, dan lauk sejumlah 1 porsi sedang sekali makan, dengan frekuensi 3 kali sehari pada pagi, siang, dan malam hari. Saat di rumah, pasien memiliki kebiasaan minum sejumlah \pm 1500 ml, minuman yang diminum oleh pasien berupa air putih pasien minum saat haus, bersantai, dan selesai makan.</p> <p>Di rumah sakit, saat dikaji pasien minum sama yaitu 1500 ml, minuman yang diminum pasien yaitu air putih saja. Pasien tidak memiliki alergi makanan atau minuman apapun. Pasien tidak memiliki kesulitan dalam mengunyah dan menelan, Pasien tidak ada mual dan muntah.</p>	<p>Di rumah, pasien memiliki kebiasaan makan dengan nasi, sayur, dan lauk sejumlah 1 porsi sedang sekali makan, dengan frekuensi 3 kali sehari pada pagi, siang, dan malam hari. Saat di rumah, pasien memiliki kebiasaan minum sejumlah \pm 1500 ml, minuman yang diminum oleh pasien berupa air putih pasien minum saat haus, bersantai, dan selesai makan.</p> <p>Di rumah sakit, saat dikaji pasien minum sama yaitu 1500 ml, minuman yang diminum pasien yaitu air putih saja. Pasien tidak memiliki alergi makanan atau minuman apapun. Pasien tidak memiliki kesulitan dalam mengunyah dan menelan, Pasien tidak ada mual dan muntah</p>
Pola personal hygiene	<p>Saat di rumah pasien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 2 kali sehari, dan sikat gigi sebanyak 3 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali atau ketika kuku panjang pasien langsung memotongnya. Di rumah sakit, pasien hanya diseka oleh perawat 1 kali sehari, klien menggosok gigi 1 kali sehari, dan belum ada memotong kuku selama dirawat dirumah sakit</p>	<p>Saat di rumah pasien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 2 kali sehari, dan sikat gigi sebanyak 3 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali atau ketika kuku panjang pasien langsung memotongnya. Di rumah sakit, pasien hanya diseka oleh istrinya 2 kali sehari, klien menggosok gigi 1 kali sehari, dan belum ada memotong kuku selama dirawat dirumah sakit</p>

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien Pasien Ulkus Diabetikum dengan Pre dan Post Debridement di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
A. keadaan umum	Sedang	Sedang
B. Tanda-tanda vital	TD : 142/68 mmHg N : 92 x/menit	TD : 130/90 mmHg

	<p>S : 36,4⁰C RR : 20 x/menit TB : 162 cm BB : 68 kg</p>	<p>N : 72 x/menit S : 36 ⁰C RR : 20 x/menit TB : 160 cm BB : 59 kg</p>
<p>C. Pemeriksaan kepala dan leher 1. Kepala dan rambut</p>	<p>Bentuk kepala pasien oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala pasien, kulit kepala pasien bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut telah beruban, struktur wajah lengkap dan simetris, warna kulit sawo matang.</p>	<p>Bentuk kepala pasien oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala pasien, kulit kepala pasien bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut beberapa telah beruban, struktur wajah lengkap dan simetris, warna kulit kuning langsung</p>
<p>2. Mata</p>	<p>Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, kornea mata keruh, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, klien dapat melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata, tekanan bola mata sama kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada mata</p>	<p>Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, kornea mata jernih, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, klien dapat melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata, tekanan bola mata sama kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada mata</p>
<p>3. Hidung</p>	<p>Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, tidak ada masalah pada tulang hidung dan septum nasi</p>	<p>Tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, tidak ada masalah pada tulang hidung dan septum nasi</p>

4. Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, ketegangannya tidak dilakukan pemeriksaan, tidak ada benda asing dan lubang dalam telinga bersih, pasien dapat mendengar suara gesekan jari	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, ketegangannya tidak dilakukan pemeriksaan, tidak ada benda asing dan lubang dalam telinga bersih, pasien dapat mendengar suara gesekan jari
5. Mulut dan Faring	Tidak ada sianosis, tidak ada luka, tidak ada labioschisis (bibir sumbing) pada bibir, gigi lengkap, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat pembengkakan gusi, tidak ada tanda peradangan pada orofaring	Terdapat sianosis sedikit kebiru”an di ujung bibir pasien, tidak ada luka, tidak ada labioschisis (bibir sumbing) pada bibir, gigi lengkap, tidak terdapat gigi palsu, tidak terdapat pembengkakan gusi, tidak ada tanda peradangan pada orofaring
6. Leher	Posisi trakea simetris, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar lympe, suara klien jelas, dan denyut nadi karotis teraba kuat	Posisi trakea simetris, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar lympe, suara klien jelas, dan denyut nadi karotis teraba kuat
D. Pemeriksaan payudara dan ketiak	Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna areola kecoklatan, tidak ada benjolan pada axilla dan clavikula	Bentuk payudara simetris kanan dan kiri, warna areola kecoklatan, tidak ada benjolan pada axilla dan clavikula
E. Pemeriksaan thorak/dada 1. Pemeriksaan paru-paru	Bentuk thorak simetris (normal chest), tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan Pada pemeriksaan vocal premitus getaran paru kanan dan kiri	Bentuk thorak simetris (normal chest), tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan Pada pemeriksaan vocal premitus

	sama kuat, suara perkusi sonor, suara nafas vesikuler, intensitas dan kualitas suara ucapan sama di kiri dan kanan, tidak ada suara nafas tambahan	getaran paru kanan dan kiri sama kuat, suara perkusi sonor, suara nafas vesikuler, intensitas dan kualitas suara ucapan sama di kiri dan kanan, tidak ada suara nafas tambahan
2. Pemeriksaan jantung	Ictus cordis tidak terlihat, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikula kiri selebar 1 cm, basic jantung terletak di ICS II sterna kanan dan ICS II sterna kiri suara perkusi redup, pinggang jantung terletak di ICS IV sterna kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavikula kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup, irama regular, intensitas kuat. Tidak ada bunyi jantung tambahan. Tidak ada bising atau murmur, frekuensi denyut jantung 92 x/menit	Ictus cordis terlihat, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikula kiri selebar 1 cm, basic jantung terletak di ICS II sterna kanan dan ICS II sterna kiri suara perkusi redup, pinggang jantung terletak di ICS IV sterna kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavikula kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup, irama regular, intensitas kuat. Tidak ada bunyi jantung tambahan. Tidak ada bising atau murmur, frekuensi denyut jantung 76 x/menit
F. Pemeriksaan Abdomen	Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan atau massa, tidak ada bayangan pembuluh darah, bising usus klien 8 x/menit, tidak ada pembesaran pada hepar dan lien. Pada titik Mc. Barney, tidak ditemukan nyeri tekan. Suara abdomen timpani.	Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan atau massa, tidak ada bayangan pembuluh darah, bising usus klien 8 x/menit, tidak ada pembesaran pada hepar dan lien. Pada titik Mc.

		Barney, tidak ditemukan nyeri tekan. Suara abdomen timpani.
G. Pemeriksaan Muskuloskeletal	<p>Otot simetris kanan dan kiri, tidak terdapat oedema pada ekstremitas kanan dan kiri atas dan bawah.. Pada pemeriksaan kaki kiri ditemukan ulkus atau luka terbuka di bagian pedis, luas luka kurang lebih 6 cm dengan diameter 4-5 cm. luka pasien berwarna kekuning”an, terdapat pes dan memiliki bau khas. Warna kulit disekitar luka/tepi luka menghitam. Derajat luka merupakan derajat III luka sampai menembus tendon/tulang. Pada pemeriksaan kekuatan otot didapatkan hasil</p> $\begin{array}{r} 5 \mid 5 \\ \hline 5 \mid 3 \end{array}$ <p>Pergerakan sendi pasien di bagian ekstremitas bawah sinistra mengalami keterbatasan akibat ulkus. Menurut perhitungan barthel indeks didapatkan hasil 11(ketergantungan sedang).</p>	<p>Otot simetris kanan dan kiri, tidak terdapat oedema pada ekstremitas kanan dan kiri atas dan bawah. pada pemeriksaan kekuatan otot pada kaki kiri mengalami penurunan dengan nilai</p> $\begin{array}{r} 5 \mid 5 \\ \hline 5 \mid 3 \end{array}$ <p>terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian ekstremitas bawah sinistra. luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm. warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes. warna sekitar luka sedikit menghitam. derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. tercium bau khas namun tidak menyengat. pergerakan sendi pasien terbatas. pasien enggan melakukan pergerakan di daerah luka.</p>
H. Pemeriksaan Integument	Kulit pasien bersih, warna kulit sawo matang, CRT \leq 3 detik, pasien terlihat pucat. Akral teraba	Kulit pasien bersih, , warna kulit putih langsung, CRT \leq 3 detik. Turgor kulit kulit kurang.Akral

	dingin. Turgor kulit kurang	teraba dingin. Pasien terlihat pucat.
I. Pemeriksaan Neurologis	<p>Tingkat kesadaran Glasgow Coma Scale (GCS) klien E4M6V4. Pada pemeriksaan tanda rangsangan otak (meningeal sign), tidak ditemukan kaku kuduk dan laseque pada pasien. Pada pemeriksaan saraf otak, nervus I pasien dapat membedakan bau-bauan, pada nervus II pasien dapat melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata, pada nervus III pasien dapat menggerakkan bola mata ke bawah dan ke samping, pada nervus IV pupil pasien mengecil saat dirangsang cahaya, pada nervus V pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, pada nervus VI pasien mampu melihat benda tanpa menoleh, pada nervus VII pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, pada nervus VIII pasien dapat mendengar gesekan jari, pada nervus IX uvula pasien berada ditengah dan simetris, pada nervus X pasien dapat menelan, pada nervus XI klien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu, pada nervus XII pasien dapat menggerakkan lidah.</p> <p>Pada fungsi motorik pasien, gerakan klien terkoordinasi dan pasien dapat menggerakkan kaki secara aktif tetapi harus pelan-pelan karena terkadang nyeri</p>	<p>Tingkat kesadaran Glasgow Coma Scale (GCS) klien E4M6V4. Pada pemeriksaan tanda rangsangan otak (meningeal sign), tidak ditemukan kaku kuduk dan laseque pada pasien. Pada pemeriksaan saraf otak, nervus I pasien dapat membedakan bau-bauan, pada nervus II pasien dapat melihat dan membaca tanpa menggunakan kacamata, pada nervus III pasien dapat menggerakkan bola mata ke bawah dan ke samping, pada nervus IV pupil pasien mengecil saat dirangsang cahaya, pada nervus V pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, pada nervus VI pasien mampu melihat benda tanpa menoleh, pada nervus VII pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, pada nervus VIII pasien dapat mendengar gesekan jari, pada nervus IX uvula pasien berada ditengah dan</p>

	<p>timbul.</p> <p>Pada fungsi sensorik, pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, didapatkan pada saat pemeriksaan nervus ke lima.</p> <p>Pada pemeriksian reflek fisiologis, ditemukan adanya gerakan fleksi pada tangan kiri pasien saat dilakukan pemeriksaan reflek bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan reflek trisep, pada tangan kanan juga sama. Pada pemeriksaan reflek patella ditemukan adanya gerakan tuangkai ke depan pada kaki kiri, begitu pula dengan kaki kanan.</p>	<p>simetris, pada nervus X pasien dapat menelan, pada nervus XI klien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu, pada nervus XII pasien dapat menggerakkan lidah.</p> <p>Pada fungsi motorik pasien, gerakan klien terkoordinasi dan pasien dapat menggerakkan kaki secara aktif tetapi harus pelan-pelan karena terkadang nyeri timbul.</p> <p>Pada fungsi sensorik, pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, didapatkan pada saat pemeriksaan nervus ke lima.</p> <p>Pada pemeriksian reflek fisiologis, ditemukan adanya gerakan fleksi pada tangan kiri pasien saat dilakukan pemeriksaan reflek bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan reflek trisep, pada tangan kanan juga sama.</p> <p>Pada pemeriksaan reflek patella ditemukan adanya gerakan tuangkai ke depan pada kaki kiri, begitu pula dengan kaki kanan.</p>
J. Pemeriksaan	Pada tanggal	Pada tanggal

Laboratorium	<p>02/03/2020 Hematologi Hemoglobin 14,8 g/Dl (13,0 – 18,0) Leukosit 14,56 (4,00 – 10,00) Eritrosit 5,42 (4,50 - 6,20) Hematocrit 43,9 (40,0 – 54,0) Trombosit 418 (150 - 450) MCV 81,0 (81,0 - 99,0) MCH 27,3 (27,0 – 31,0) MCHC 33,7 (33,0 – 37,0) RDW-CV 13,5 (11,5 – 14,5) Basofil 0,1 (0 – 1) Eosinophil 0,1 (0 – 4) Neutrophil 87,5 (50 – 70) Limfosit 6,4 (20 – 40) Monosit 5,9 (2 – 8)</p> <p>Kimia Darah Glukosa sewaktu 171 (<200 perkeni) Ureum darah 135 mg/Dl (16,6 – 48,5) Kreatinin darah 1.80 mg/Dl (0,67 – 1,50) GFR 38 ml/menit (>90)</p> <p>Pada tanggal 04/03/2020</p> <p>Kimia darah Glukosa darah puasa 148 mg/Dl (<126)</p> <p>HBsAg non reaktif</p> <p>Pada tanggal 06/03/2020</p> <p>Kimia darah Glukosa darah puasa 157 (<126)</p>	<p>04/03/2020 Hemoglobin 9,8 g/Dl (13,0 – 18,0) Leukosit 11,83 (4,00 – 10,00) Trombosit 599 (150 - 450) Natrium 124 (136 – 146) Glukosa darah sewaktu 239 (<200) Ureum darah 184 mg/Dl (16,6 – 48,5) Creatinine 2,69 (16,6 – 48,5) Glukosa darah puasa 268 (<126) HbsAg non reaktif Albumin 2,7 (3,5 – 5,2)</p> <p>Pada tanggal 05/03/2020 Hemoglobin 10,00 Leukosit 11,83 Glukosa darah puasa 138</p>
--------------	--	--

<p>K. Penatalaksanaan Terapi</p>	<p>Pada tanggal 03/03/2020 Cairan infus NaCl 16 tpm Antibiotic : Ceftriaxone 1x2 gr Antiplatelet Cilostazole 2x50 mg Antibiotic Metronodazole 3x500 mg</p>	<p>Pada tanggal 04/03/2020 cairan infus NaCl 20 tpm antibiotic ceftriaxone 1x2 gr analgetik ketorolac 3x30 mg antibiotic metronidazole 3x500 mg asam folat 3x1 Diuretik furosemide 1x1 ampul transfusi prc 4 kolf transfusi albumin 20% 100 cc</p>
<p>L. Data Fokus</p>	<p>DS: Pre Operasi: a. pasien mengatakan merasa nyeri di bagian kaki (luka pasien) b. Saat ditanya mengenai pekerjaan pasien menjawab sudah lama tidak bekerja dulunya ia adalah seorang supir truk. pasien menjawab dengan muka lesu dan nada lebih pelan dari sebelumnya saat ditanya mengenai keberadaan istri serta anaknya pasien menjawab dengan ketus gaktau istrinya kemana pergi begitu saja, saat ditanya tentang anak paseien mengaku tidak memiliki anak. Pasien ber ekspresi marah dan kecewa bila disinggung mengenai keluarga serta tampak kekecewaan saat membicarakan</p>	<p>DS: Pre Operasi : a. pasien mengeluh nyeri atau sakit pada kakinya b. pasien mengeluh terkadang merasa pusing</p> <p>DO: Pre Operasi:</p> <p>P: Akibat luka/ulkus yang berada di kaki di sebelah kiri Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk R: di daerah luka S: Skala nyeri 6 T: Nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>b. Pergerakan sendi terbatas c. $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ \hline 5 \quad 3 \end{array}$ d. Terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian kaki</p>

	<p>istrinya</p> <p>c. Pasien mengatakan cemas ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah</p> <p>DO:</p> <p>Pre Operasi</p> <p>a. P: Akibat luka/ ulkus yang berada di kaki sebelah kiri Q: Nyeri dirasakan seperti nyut”an/ berdenyut R: di bagian kaki/ daerah luka saja S: Skala nyeri 6 T : Nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>b. Pergerakan sendi terbatas</p> <p>c. Mobilisasi barthel indeks : 11(ketergantungan sedang)</p> <p>d. Terdapat luka di bagian kaki sebelah kiri luas luka kurang lebih 6 cm dengan diameter 4-5 cm. luka berwarna kuning, terdapat pes berwarna keknung”an dan terdapat bau khas. Warna kulit disekitar luka/tepi luka berwarna hitam. Derajat luka merupakan derajat III sampai ke tendon/tulang.</p> <p>e. $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$</p> <p>f. Dalam menghadapi penyakitnya pasien cenderung murung dan diam</p> <p>g. pasien nampak meringis</p> <p>h. pasien terlihat gelisah, dan terkadang terlihat bingung. pasien terlihat</p>	<p>sebelah kiri. luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm. warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes. Warna sekitar luka sedikit menghitam. derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. Tercium bau khas namun tidak menyengat.</p> <p>e. pasien enggan melakukan pergerakan di daerah luka.</p> <p>f. . pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri.</p> <p>g. TD: 130/90 N: 78 x/menit R: 20x/menit S: 36</p> <p>h. Hemoglobin 9,8 g/Dl Leukosit 11,83 Trombosit 599 Natrium 124 Ureum darah 184 mg/Dl Creatinine 2,69 Albumin 2,7 Glukosa darah sewaktu 239</p> <p>i. Pasien nampak gelisah</p> <p>j. CRT \leq 3 detik. Turgor kulit kulit kurang.</p> <p>k. Akral teraba dingin. Pasien terlihat pucat.</p>
--	--	--

	<p>tegang.</p> <p>i. Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri)</p> <p>j. Pasien enggan melakukan pergerakan</p> <p>k. TD : 142/68 mmHg N : 92 x/menit R : 20 x/menit S : 36 C</p> <p>l. leukosit : 14,56 (high) Ureum darah : 135 mg/dL (high) GFR : 38 L/menit (low) Glukosa sewaktu : 171 mg/Dl</p> <p>m. CRT \leq 3 detik</p> <p>n. Akral teraba dingin</p> <p>o. Turgor kulit pasien kurang</p> <p>p. Pasien terlihat pucat</p> <p>q. Pasien cenderung terlihat datar/acuh tak acuh</p>	<p>L. Konjungtiva anemis</p> <p>m. Terdapat sianosis sedikit kebiru"an di ujung bibir pasien,</p>
--	--	---

b. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa data Keperawatan Pasien Pasien Ulkus Diabetikum dengan Pre dan Post Debridement di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

No.	Data	Etiologi	Problem (Masalah)
1.	<p>Pasien 1 Pre Operasi: DS :</p> <p>Pasien mengatakan merasa nyeri di bagian kaki (luka pasien)</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak meringis menahan</p>	<p>Agen Pencedera Fisiologis (inflamasi, iskemia)</p>	Nyeri Akut

2.	<p>nyeri. Keadaan Umum (KU) sakit sedang. Didapatkan hasil pengkajian nyeri:</p> <p>P: Nyeri akibat luka/ulkus yang berada di kaki sebelah kiri.</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti nyut”an/berdenyut</p> <p>R: Nyeri dirasakan di bagian kaki/di daerah luka saja</p> <p>S: Skala nyeri 6</p> <p>T: Nyeri yang dirasakan pasien terus menerus</p> <p>Pasien nampak gelisah</p> <p>Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri)</p> <p>Didapatkan hasil tanda-tanda vital:</p> <p>TD: 142/68 mmHg</p> <p>N: 92 x/ menit</p> <p>S: 36°C</p> <p>R: 20 x/ menit</p> <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <p>Akral teraba dingin</p> <p>Turgor kulit pasien kurang</p> <p>Pasien terlihat pucat</p> <p>CRT < 3 detik</p> <p>Glukosa sewaktu : 171 mg/Dl</p> <p>Terdapat luka/ulkus di bagian kaki sebelah kiri</p> <p>Luas luka kurang lebih 6 cm</p> <p>Diameter luka kurang lebih 4-5 cm</p> <p>Luka berwarna kuning, terdapat pes berwarna kekuning”an dan bau khas.</p>	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif
----	---	---------------	-------------------------------

3.	<p>Warna kulit di sekitar/tepi luka berwarna hitam</p> <p>Derajat luka merupakan derajat III sampai ke tendon/tulang</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan merasa nyeri di bagian kaki (luka pasien)</p> <p>DO :</p> <p>Terdapat luka/ulkus di bagian kaki sebelah kiri</p> <p>Luas luka kurang lebih 6 cm</p> <p>Diameter luka kurang lebih 4-5 cm</p> <p>Luka berwarna kuning, terdapat pes berwarna kekuning”an dan bau khas.</p> <p>Warna kulit di sekitar/tepi luka berwarna hitam</p> <p>Derajat luka merupakan derajat III sampai ke tendon/tulang</p>	Neuropati perifer	Gangguan Integritas Kulit
4.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan merasa nyeri di bagian kaki (luka pasien)</p> <p>DO :</p> <p>Pergerakan sendi terbatas</p> <p>Tampak meringis</p> $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ <p>Pasien enggan melakukan pergerakan</p> <p>Pemeriksaan nilai barthel indeks 11 (ketergantungan sedang)</p>	Kekakuan Sendi	Gangguan Mobilitas Fisik

5.	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan cemas ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah.</p> <p>DO:</p> <p>Pasien terlihat gelisah</p> <p>Pasien terkadang terlihat bingung</p> <p>Pasien tampak tegang</p>	Krisis Situasional	Ansietas
6.	<p>DS:</p> <p>Saat ditanya mengenai pekerjaan pasien menjawab sudah lama tidak bekerja dulunya ia adalah seorang supir truk. pasien menjawab dengan muka lesu dan nada lebih pelan dari sebelumnya saat ditanya mengenai keberadaan istri serta anaknya pasien menjawab dengan ketus gaktau istrinya kemana pergi begitu saja, saat ditanya tentang anak pasien mengaku tidak memiliki anak. Pasien ber ekspresi marah dan kecewa bila disinggung mengenai keluarga serta tampak kekecewaan saat membicarakan istrinya</p> <p>DO:</p> <p>Pasien terlihat murung dan banyak diam</p> <p>Pasien merasa kesal saat membicarakan istri/keluargany</p> <p>Pasien cenderung terlihat datar/acuh tak acuh</p>	Kehilangan Status dan Pekerjaan	Berduka
7.	<p>DS:-</p> <p>DO:</p> <p>Kadar leukosit pasien mengalami peningkatan 14,56</p>	Factor resiko: Penyakit Kronis, Ketidakadekuan pertahanan tubuh primer :	Resiko Infeksi

1.	<p>Terdapat luka/ulkus di bagian kaki sebelah kiri</p> <p>Luas luka kurang lebih 6 cm</p> <p>Diameter luka kurang lebih 4-5 cm</p> <p>Luka berwarna kuning, terdapat pes berwarna kekuning’an dan bau khas.</p> <p>Warna kulit di sekitar/tepi luka berwarna hitam</p> <p>Derajat luka merupakan derajat III sampai ke tendon/tulang</p>	kerusakan integritas kulit	
	<p>Pasien 1 Post Operasi:</p> <p>DS: Pasien mengatakan merasa nyeri di bagian kaki (luka pasien)</p> <p>DO: P: Nyeri akibat luka prosedur operasi yang berada di kaki sebelah kiri. Q: Nyeri dirasakan seperti nyut’an/berdenyut R: Nyeri dirasakan di bagian kaki/di daerah luka saja S: Skala nyeri 6 T: Nyeri yang dirasakan pasien terus menerus</p> <p>Pasien nampak gelisah</p>	Agen Pencedera Fisik (prosedur Operasi)	Nyeri Akut
2.	<p>Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri)</p> <p>DS: -</p> <p>DO :</p> <p>- Terdapat balutan perban di kaki sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban.</p>	Faktor elektrik elektroditermi	Gangguan Integritas Kulit

3.	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat balutan perban di kaki sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban - Pasien terlihat belum dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> <td style="padding: 0 5px;">0</td> </tr> </table>	2	2	0	0	Efek Agen Farmakologis	Gangguan Mobilitas Fisik
2	2						
0	0						
4.	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <p>Terdapat balutan perban di kaki sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban.</p>	Factor Resiko: Efek Prosedur Invasif	Resiko Infeksi				

<p>1.</p>	<p>Pasien 2 Pre Operasi:</p> <p>DS :</p> <p>Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada kakinya.</p> <p>DO:</p> <p>a. P: Akibat luka/ulkus yang berada di kaki di sebelah kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk</p> <p>R: di daerah luka</p> <p>S: Skala nyeri 6</p> <p>T: Nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>b. . Pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri.</p> <p>c. Pasien nampak gelisah</p> <p>d. TD: 130/90 N: 78 x/menit</p> <p>R: 20x/menit S: 36 C.</p> <p>e. Terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian kaki sebelah kiri. luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm. warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes. Warna sekitar luka sedikit menghitam. derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. Tercium bau khas namun tidak menyengat.</p> <p>f. pasien enggan melakukan pergerakan di daerah luka.</p>	<p>Agen Pencedera Fisiologis (inflamasi, iskemia)</p>	<p>Nyeri Akut</p>
<p>2.</p>	<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengeluh terkadang merasa pusing</p> <p>b. Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada kakinya</p> <p>DO :</p> <p>a. CRT \leq 3 detik.</p>	<p>Hiperglikemia, Penurunan konsentrasi hemoglobin</p>	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif</p>

3.	<p>b. Turgor kulit kurang.</p> <p>c. Akral teraba dingin. Pasien terlihat pucat. Konjungtiva anemis</p> <p>d. Hemoglobin : 9.8</p> <p>e. Terdapat nyeri pada ekstremitas</p> <p>f. Glukosa darah sewaktu 239</p> <p>g. Terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian kaki sebelah kiri. luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm. warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes. Warna sekitar luka sedikit menghitam. derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. Tercium bau khas namun tidak menyengat</p>		
	<p>DS : Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada kakinya.</p> <p>DO :</p> <p>a. Terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian ekstremitas bawah sinistra.</p> <p>b. luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm.</p> <p>c. warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes.</p> <p>d. Warna sekitar luka sedikit menghitam.</p> <p>e. derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang.</p> <p>f. Tercium bau khas namun tidak menyengat.</p>	Neuropati Perifer	Gangguan Integritas Kulit
4.	<p>DS : Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada kakinya.</p> <p>DO:</p> <p>a. Pergerakan sendi terbatas</p> <p>b. 5 5</p>	Kekakuan Sendi	Gangguan Mobilitas Fisik

5.	<p style="text-align: center;">5 3</p> <p>c. pasien enggan melakukan pergerakan di daerah luka</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Leukosit 11,83</p> <p>a. Terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian ekstremitas bawah sisnistra.</p> <p>b. luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm.</p> <p>c. warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes.</p> <p>d. Warna sekitar luka sedikit menghitam.</p> <p>e. derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang.</p> <p>f. Tercium bau khas namun tidak menyengat</p>		
1.	<p>Pasien 2 Post Operasi</p> <p>DS: Pasien mengeluh sakit kakinya setelah di operasi.</p> <p>DO:</p> <p>a. P: Akibat luka prosedur operasi di kaki di sebelah kiri Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk R: di daerah luka S: Skala nyeri 6 T: Nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>b. Pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri.</p> <p>c. Pasien nampak gelisah</p> <p>DS : -</p>	<p>Penyakit Kronis, Ketidakadekuan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit</p> <p>Agen Pencedera Fisik (prosedur Operasi)</p>	<p>Resiko Infeksi</p> <p>Nyeri Akut</p> <p>Gangguan</p>

--	--	--	--

c. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan Pasien dengan Pre dan Post Batu Ginjal di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

No	Diagnosa Keperawatan (Pre Operasi) Pasien 1	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia)	03/03/2020	
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia	03/03/2020	
3.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer	03/03/2020	
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi	03/03/2020	
5.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	03/03/2020	
6.	Berduka berhubungan dengan kehilangan status dan pekerjaan	03/03/2020	
7.	Resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes mellitus), Ketidakadekuan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit	03/03/2020	

No	Diagnosa Keperawatan (Post Operasi) Pasien 1	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	05/03/2020	07/03/2020
2.	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Faktor elektrik elektrodiatermi	05/03/2020	07/03/2020
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen	05/03/2020	06/03/2020

	farmakologis		
4.	Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur tindakan invasive	05/03/2020	07/03/2020

Berdasarkan tabel di atas setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada pasien 1, ditegakkan diagnosa keperawatan pre operasi debridement yang muncul pada pasien 1 tanggal 03 Maret 2020 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia), perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, berduka berhubungan dengan kehilangan status dan pekerjaan, resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis, ketidakadekuan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit.

Kemudian, diagnosa yang di tegakkan pada pasien 1 post operasi pada tanggal 05 Maret 2020 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor elektrik elektrodiatermi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek egen farmakologis, dan risiko infeksi berhubungan prosedur tindakan invasive.

No	Diagnosa Keperawatan (Pre Operasi) Pasien 2	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
----	---	-------------------	------------------

1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia)	04/03/2020	
2.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan aliran arteri dan vena, Penurunan konsentrasi hemoglobin	04/04/2020	
3.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer	04/04/2020	
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi	04/03/2020	
5.	Resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis (diabetes mellitus), ketidakadekuan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit	04/03/2020	

No	Diagnosa Keperawatan (Post Operasi)	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	05/03/2020	06/03/2020
2.	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Faktor elektrik elektrodiatermi	05/03/2020	06/03/2020
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis	05/03/2020	06/03/2020
4.	Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive	05/03/2020	06/03/2020

Berdasarkan tabel di atas setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada pasien 2, maka ditegakkan diagnose keperawatan yaitu, nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik, serta resiko infeksi yang ditegakkan pada tanggal 03 Maret 2020.

Kemudian, diagnosa yang ditegakkan pada pasien 2 post operasi pada tanggal 05 Maret yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(prosedur operasi), gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor elektrik elektrodiatermi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis dan risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur tindakan invasive.

d. Perencanaan

Tabel 4.5 Perencanaan Pasien dengan Pre Operasi Ulkus Diabetikum dengan Pre dan Post Debridement di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2019

Setelah menegakkan diagnose keperawatan pre operasi pada pasien 1 maka disusun lah perencanaan tindakan keperawatan sebagai berikut :

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Pasien 1	
Pre Operasi	
Diagnosa 1 : Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia)	
Setelah dilakukan asuhankeperawatan selama 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil :	1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekensi, kualitas dan intensitas nyeri
a. keluhan nyeri cukup menurun	1.2 identifikasi skala nyeri
b. meringis cukup menurun	1.3 identifikasi respon nyeri non verbal
c. gelisah cukup menurun	1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
	1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
	1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 2 : perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia	

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi perifer pasien meningkat dengan kriteria hasil :	<p>2.1 periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu tubuh)</p> <p>2.2 identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi</p> <p>2.3 monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>2.4 lakukan pencegahan infeksi</p> <p>2.5 anjurkan lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>2.6 informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan</p>
a. penyembuhan luka cukup meningkat ,	
b. nekrosis cukup menurun	

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 3: gangguan integritas kulit b.d neuropati perifer	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :	<p>3.1 monitor karakteristik luka</p> <p>3.2 monitor tanda tanda infeksi</p> <p>3.3. lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4 bersihkan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan</p> <p>3.5 bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>3.6 pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>3.7 kolaborasi prosedur debridement</p> <p>3.8 kolaborasi pemberian antibiotic, bila perlu</p>
a. kerusakan jaringan menurun	
b. kerusakan lapisan kulit menurun	

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 4: gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi	

<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. kaku sendi cukup menurun</p> <p>b. kekuatan otot cukup meningkat</p> <p>c. nyeri cukup menurun</p>	<p>4.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>4.2 identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi</p> <p>4.3 fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu</p> <p>4.4 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>4.5 anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p>
---	--

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 5 : ansietas b.d krisis situasional	
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada pasien dalam 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas pasien menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a. perilaku gelisah menurun</p> <p>b. perilaku tegang menurun</p>	<p>5.1 identifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>5.2 monitor tanda tanda ansietas</p> <p>5.3 pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>5.4 dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>5.5 gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>5.6 anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 6 : berduka b.d kehilangan status dan pekerjaan	
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada pasien selama 1x24 jam diharapkan tingkat berduka pasien menurun</p>	<p>6.1 identifikasi fungsi marah, frustasi, dan amuk bagi pasien</p> <p>6.2 fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih</p>

dengan kriteria hasil:	6.3 buat pernyataan suportif atau empati Selama fase berduka
a. verbalisasi menerima kehilangan cukup meningkat	6.4 lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (menepuk pundak, memegang tangan)
b. verbalisasi harapan cukup meningkat	6.5 rujuk untuk konseling, bila perlu
c. verbalisasi perasaan sedih cukup menurun	

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnose 7 : resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 1x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	7.1 monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
a. nyeri menurun	7.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien
b. cairan berbau busuk menurun	7.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
	7.4 jelaskan tanda dan gejala infeksi
	7.5 ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar

Setelah menegakkan diagnose keperawatan post operasi pada pasien 1 maka disusun lah perencanaan tindakan keperawatan sebagai berikut :

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Pasien 1 Post Operasi Diagnose 1 : nyeri akut b.d agen pencedera fisik efek prosedur operasi	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri pasien	1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri
	1.2 identifikasi skala nyeri

<p>menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. keluhan nyeri cukup menurun</p> <p>b. meringis cukup menurun</p>	<p>1.3 identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri untuk mengatasi nyeri</p> <p>1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu</p>
---	---

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 2: gangguan integritas kulit b.d factor elektrik elektridiatermi	
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. kerusakan jaringan menurun</p> <p>b. kerusakan lapisan kulit menurun</p>	<p>2.1 monitor karakteristik luka</p> <p>2.2 monitor tanda tanda infeksi</p> <p>2.3. lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>2.4 bersihkan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan</p> <p>2.5 bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>2.6 pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>2.7 kolaborasi pemberian antibiotic, bila perlu</p>

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 3: gangguan mobilitas fisik b.d efek egen farmakologis	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil: a. kaku sendi cukup menurun b. kekuatan otot cukup meningkat c. nyeri cukup menurun	3.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3.2 identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi 3.3 fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu 3.4 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 3.5 anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 4: resiko infeksi diuktikan dengan efek tindakan prosedur invasive	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 1x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : a. nyeri menurun b. cairan berbau busuk menurun	4.1 monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 4.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien 4.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 4.4 jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.5 ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar

Setelah menegakkan diagnose keperawatan pre operasi pada pasien 2 maka disusun lah perencanaan tindakan keperawatan sebagai berikut :

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Pasien 2 Pre operasi Diagnose 1: nyeri akut berhubungan agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia)	
Setelah dilakukan asuhankeperawatan selama 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil : a. keluhan nyeri cukup menurun b. meringis cukup menurun c. gelisah cukup menurun	1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 2: perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan sirkulasi, penurunan kadar hemoglobin	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi perifer pasien meningkat dengan kriteria hasil : a. penyembuhan luka cukup meningkat , b. nekrosis cukup menurun	2.1 periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu tubuh) 2.2 identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi 2.3 monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 2.4 lakukan pencegahan infeksi 2.5 anjurkan lakukan perawatan kaki dan kuku 2.6 informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 3 : gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : a. kerusakan jaringan menurun b. kerusakan lapisan kulit menurun	3.1 monitor karakteristik luka 3.2 monitor tanda tanda infeksi 3.3. lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3.4 bersihkan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan 3.5 bersihkan jaringan nekrotik 3.6 pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 3.7 kolaborasi prosedur debridement 3.8 kolaborasi pemberian antibiotic, bila perlu

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 4 : gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil: a. kaku sendi cukup menurun b. kekuatan otot cukup meningkat c. nyeri cukup menurun	4.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 4.2 identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi 4.3 fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu 4.4 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 4.5 anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 5 : resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis, ketidakadekuan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 1x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : a. nyeri menurun b. cairan berbau busuk menurun	5.1 monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 5.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien 5.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 5.4 jelaskan tanda dan gejala infeksi 5.5 ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar

Setelah menegakkan diagnose keperawatan post operasi pada pasien 2 maka disusun lah perencanaan tindakan keperawatan sebagai berikut :

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Pasien 2	
Post Operasi	
Diagnosa 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (efek prosedur operasi)	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil : a. keluhan nyeri cukup menurun b. meringis cukup menurun c. gelisah cukup menurun	1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 2: gangguan integritas kulit b.d factor elektrik elektridiatermi	
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. kerusakan jaringan menurun</p> <p>b. kerusakan lapisan kulit menurun</p>	<p>2.1 monitor karakteristik luka</p> <p>2.2 monitor tanda tanda infeksi</p> <p>2.3. lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>2.4 bersihkan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan</p> <p>2.5 bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>2.6 pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>2.7 kolaborasi pemberian antibiotic, bila perlu</p>

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 3: gangguan mobilitas fisik b.d efek egen farmakologis	
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>a. kaku sendi cukup menurun</p> <p>b. kekuatan otot cukup meningkat</p> <p>c. nyeri cukup menurun</p>	<p>3.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>3.2 identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi</p> <p>3.3 fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu</p> <p>3.4 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>3.5 anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p>

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosa 4: resiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasive	
<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 1x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. nyeri menurun</p> <p>b. cairan berbau busuk menurun</p>	<p>4.1 monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>4.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p> <p>4.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>4.4 jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.5 ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar</p>

d. Pelaksanaan

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan pasien 1 ulkus diabetikum dengan pre dan post debridement di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
PASIEN 1		
03/03/2020 (14:30)	<p>1.1 melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 melakukan identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 melakukan identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>2.1 melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu tubuh)</p> <p>2.2 melakukan identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi</p> <p>2.3 melakukan monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>4.1 melakukan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>4.2 melakukan identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi</p> <p>7.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungansekitar pasien</p>	<p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai SOP dengan hasil:</p> <p>DS: Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki (luka pasien)</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Nyeri akibat luka/ulkus yang berada di kaki sebelah kiri. Q: Nyeri dirasakan seperti nyut”an/berdenyut R: Nyeri dirasakan di bagian kaki/di daerah luka saja S: Skala nyeri 6 T: Nyeri yang dirasakan pasien terus menerus <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdapat edema pada bagian ekstremitas - pada pemeriksaan CRT didapatkan hasil < 3detik - pasien terlihat pucat - Pasien nampak gelisah - Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri) - factor resiko gangguan sirkulasi : akibat luka/ulkus yang berada dibagian ekstremitas bawah sinistra (pedis) penyakit diabetes melitus

21:30	Visite Keperawatan Dinas Siang	<p>- pasien tidak mengalami demam, tampak luar dari perban nampak bekas darah yang tembus</p> <p>- pasien merasa nyeri pada bagian luka nya</p> <p>- dalam melakukan aktivitas selama dirumah sakit pasien dibantu oleh perawat untuk seka, pasien menggunakan pampers, untuk makan pasien mampu untuk makan sendiri, pasien mampu berpindah posisi dari baring ke duduk sambil berpegangan pada sekitarnya, pasien tidak mampu berdiri sendiri harus dibantu oleh orang lain.</p> <p>- Pergerakan sendi terbatas</p> <p>- Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> <p>- Didapatkan hasil tanda-tanda vital: TD: 142/68 mmHg N: 92 x/ menit S: 36°C R: 20 x/ menit - GDS : 171</p> <p>S: pasien mengatakan merasa nyeri di bagian kaki (luka pasien)</p> <p>O:</p> <p>- didapatkan hasil dari pemeriksaan nyeri, nyeri dirasakan seperti</p>	5	5	5	3
5	5					
5	3					

<p>04/03/2020 (07:15)</p>	<p>5.1 melakukan identifikasi saat tingkat ansietas berubah 5.2 melakukan monitor tanda tanda ansietas 6.1 melakukan identifikasi fungsi marah, frustrasi, dan amuk bagi pasien 6.2 membrikan fasilitasi bagi pasien dalam mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih 6.3 memberikan pernyataan suportif atau empati Selama</p>	<p>berdenyur, nyeri dirasakan terus menerus, skala nyeri 6, nyeri akibat luka/ulkus di bagian ekstremitas bawah sinistra (pedis)</p> <ul style="list-style-type: none"> - psien terlihat pucat, pasien nampak gelisah dan bersikap protektif - CRT < 3 detik - TD: 142/68 mmHg N: 92 x/ menit S: 36°C R: 20 x/ menit <p>A: Ditemukan masalah keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akut - Perfusi perifer tidak efektif - Gangguan integritas kulit - Gangguan mobilitas fisik - Ansietas - Berduka - Resiko infeksi <p>P: lanjutkan semua intervensi</p> <p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai SOP dengan hasil :</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cemas ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah - Saat ditanya mengenai pekerjaan pasien menjawab sudah lama tidak bekerja dulunya ia adalah seorang supir truk.
-------------------------------	---	---

04/03/2020 (08:00)	<p>fase berduka 7.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p> <p>1.1 melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 melakukan identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 melakukan identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>2.1 melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu tubuh)</p> <p>2.2 melakukan identifikasi</p>	<p>pasien menjawab dengan muka lesu dan nada lebih pelan dari sebelumnya saat ditanya mengenai keberadaan istri serta anaknya pasien menjawab dengan ketus gaktau istrinya kemana pergi begitu saja, saat ditanya tentang anak pasien mengaku tidak memiliki anak. Pasien ber ekspresi marah dan kecewa bila disinggung mengenai keluarga serta tampak kekecewaan saat membicarakan istrinya</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat gelisah - Pasien terkadang terlihat bingung - Pasien tampak tegang - pasien cenderung murung dan diam - Pasien merasa kesal saat membicarakan istri/keluarganya - Pasien cenderung terlihat datar <p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai SOP dengan hasil :</p> <p>DS: Pasien mengatakan masih merasa nyeri di bagian lukanya</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Nyeri akibat luka/ulkus yang berada di kaki sebelah kiri <p>Q: nyeri dirasakan seperti nyut”an/ berdenyut</p>
-----------------------	---	--

<p>04/03/2020 (10:15)</p>	<p>factor resiko gangguan sirkulasi 2.3 melakukan monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 7.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p> <p>2.4 melakukan pencegahan infeksi 2.5 melakukan lakukan perawatan kaki dan kuku 3.1 melakukan monitor karakteristik luka 3.2 melakukan monitor tanda tanda infeksi 3.3. melakukan perawatan luka dengan melepaskan balutan dan plester secara perlahan 3.4 melakukan perawatan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan 3.5 bersihkan jaringan nekrotik 3.6 mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7.1 melakukan monitor</p>	<p>R: di daerah luka S: skala nyeri 6 T: nyeri dirasakan terus menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> - psien terlihat gelisah dan lebih banyak diam bila ditanya oleh perawat - Turgor kulit kurang, CRT <3 detik - Warna kulit pucat - Akral teraba dingin - Tidak terdapat edema pada ekstremitas - TD : 142/68 N: 90 x/menit R: 20 x/menit S: 36 C <p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai SOP dengan hasil :</p> <p>DS: - DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akibat luka/ulkus yang berada di kaki sebelah kiri - Luas luka kurang lebih 6 cm - Diameter luka kurang lebih 4-5 cm - Luka berwarna kuning, terdapat pes berwarna kekuning’an dan bau khas. - Warna kulit di sekitar/tepi luka berwarna
-------------------------------	---	---

	<p>tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>7.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p> <p>7.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p>	<p>hitam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derajat luka merupakan derajat III sampai ke tendon/tulang - Saat dilakukan perawatan luka pasien tampak meringis dan mengeluh sakit <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cemas ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah - Pasien mengatakan kekecewaan terhadap istri yang meninggalkannya, pasien juga mengatakan sekarang ia tidak bekerja <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien cenderung murung dan diam - Terdapat luka/ulkus di bagian ekstremitas bawah sinistra - TD : 142/68 N: 90 x/menit R: 20 x/menit S: 36 C <p>A:</p> <p>Diagnosa 1-7 belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan semua intervensi</p>
<p>04/03/2020 (14:30)</p>	<p>Visite keperawatan Dinas Pagi</p>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akibat luka/ulkus yang berada di kaki sebelah kiri - TD : 140/90 N: 84 x/menit

<p>05/03/2020 (08:00)</p>	<p>1.1 melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 melakukan identifikasi skala nyeri 1.3 melakukan identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>2.1 melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu tubuh)</p> <p>2.3 melakukan monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p>	<p>R: 20 x/menit S: 36 C - Pasien dijadwalkan operasi debridement hari ini. - melengkapi cek lab pasien A: Diagnosa 1-7 belum teratasi P: Lanjutkan semua intervensi</p> <p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai SOP dengan hasil: DS:- DO: - P: Nyeri akibat luka/ulkus yang berada di kaki sebelah kiri Q: nyeri dirasakan seperti nyut’an/ berdenyut R: di daerah luka S: skala nyeri 6 T: nyeri dirasakan terus menerus - Pasien nampak gelisah, meringis tidak nyaman - Akral teraba hangat, turgor kulit membaik dengan CRT < 2 detik - Tidak terdapat edema pada ekstremitas - TD : 138/78 N: 78 x/menit R: 20 x/menit S: 36,7 C - GDP 148</p>
-------------------------------	--	---

<p>05/03/2020 (09:00)</p>	<p>Pasien diantar ke ruang operasi, untuk operasi debridement</p> <p>3.7 kolaborasi prosedur debridement</p>	<p>DS: - DO: - glukosa darah puasa 148 mb/Dl - HbsAg: non reaktif - hemoglobin : 14,8</p>				
<p>05/03/2020 (12:00)</p>	<p>Pasien telah selesai dari operasi dan kembali ke ruangan.</p>	<p>Evaluasi Keadaan Pasien: DS: Pasien mengatakan merasa nyeri di bagian kaki (luka pasien)</p> <p>DO: - Terdapat balutan perban di kaki sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban. - Pasien terlihat belum dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah - Kekuatan otot <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="padding: 0 5px;">2</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> </tr> </table> - selama tindakan operasi tidak ada pendarahan - tidak ada transfuse - pemeriksaan suhu setelah operasi 36,5 C - kondisi pasien saat ini merasa nyeri di kaki akibat operasi - pasien tidak menggluh mual, pusing atau muntah - kesadaran pasien : compos mentis - Pasien nampak gelisah</p>	2	2	0	0
2	2					
0	0					

05/03/2020 (14:30)	Visite keperawatan dinas pagi	<p>- Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri)</p> <p>S: - O: - Kesadaran pasien: compos mentis - pasien merasa nyeri akibat operasi - TD : 142/78 N: 82 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 C</p> <p>A: Tmbul masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (efek prosedur operasi), gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor listrik elektrodiatermi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis, dan resiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasive Diagnosa 1-4 belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan semua intervensi</p>
06/03/2020 (08:00)	Visite keperawatan dinas malam	<p>S: -</p> <p>O: - pasien merasa nyeri akibat operasi</p> <p>- TD : 140/90 N: 80 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 C</p> <p>- Tidak ada masalah</p>

<p>06/03/2020 (09:00)</p>	<p>1.1 melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 melakukan identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 melakukan identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>2.1 melakukan monitor karakteristik luka</p> <p>2.2 melakukan monitor tanda tanda infeksi</p> <p>2.3. melakukan perawatan luka dengan melepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>2.4 melakukan perawatan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan</p> <p>2.6 mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>3.2 melakukan identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi</p> <p>3.3 fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu</p> <p>3.4 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>3.5 anjurkan ambulasi</p>	<p>keperawatan baru yang muncul</p> <p>- Pasien sudah dapat menggerakkan ekstremitas</p> <p>A: Diagnosa 1,2 dan 4 belum teratasi Diagnose 3 teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai SOP dengan hasil:</p> <p>DS: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang</p> <p>DO:</p> <p>- P: Nyeri akibat luka prosedur operasi yang berada di kaki sebelah kiri.</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti nyut”an/berdenyut</p> <p>R: Nyeri dirasakan di bagian kaki/di daerah luka saja</p> <p>S: Skala nyeri 5</p> <p>T: Nyeri yang dirasakan pasien terus menerus</p> <p>- Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri)</p> <p>- pasien terlihat gelisah</p> <p>- warna dasar luka berwarna kemerahan ke kuning”an, pes berkurang, jaringan nekrotis di sekitar luka tidak ada.</p> <p>- Bau luka tidak menyengat seperti sebelumnya</p>
-------------------------------	--	---

	<p>sederhana yang harus dilakukan</p> <p>4.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - keadaan luka sudah tidak basah dan mulai mengering - pasien dapat menggerakkan ekstremitas, dapat duduk dan bangun dari tempat tidur ke posisi duduk dengan berpegangan pada sekitar - glukosa darah puasa 157 - TD : 138/76 N: 76 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 C
<p>06/03/2020 (14:30)</p>	<p>Visite keperawatan dinas pagi</p>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integritas kulit dan jaringan mengalami perbaikan dengan hasil pemeriksaan kondisi luka menunjukkan adanya tanda tanda perbaikan, warna dasar luka kemerahan, jaringan nekrosis tidak ada - pasien telah dapat menggerakkan ekstremitas, dan dapat melakukan mobilisasi dari baring ke duduk - tingkat infeksi menurun dengan hasil pemeriksaan warna dasar luka kemerahan, bau busuk berkurang, nyeri berkurang <p>A: Diagnosa 2, dan 4 teratasi sebagian. Diagnose 3 telah teratasi diagnose 1 belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>

<p>07/03/2020 (08:00)</p>	<p>1.1 melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 melakukan identifikasi skala nyeri 1.3 melakukan identifikasi respon nyeri non verbal 4.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p>	<p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai SOP dengan hasil : DS: DO: - P: Nyeri akibat luka prosedur operasi yang berada di kaki sebelah kiri. Q: Nyeri dirasakan seperti nyut' an/berdenyut R: Nyeri dirasakan di bagian kaki/di daerah luka saja S: Skala nyeri 4 T: Nyeri yang dirasakan pasien terus menerus - Pasien tampak meringis</p>
<p>07/03/2020 (10:00)</p>	<p>2.1 melakukan monitor karakteristik luka 2.2 melakukan monitor tanda tanda infeksi 2.3. melakukan perawatan luka dengan melepaskan balutan dan plester secara perlahan 2.4 melakukan perawatan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan 2.6 mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4.1 melakukan monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 4.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien 4.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p>	<p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai SOP dengan hasil : DS: - DO: - warna dasar luka berwarna kemerahan - pes di luka pasien sudah berkurang dan mulai mongering - tidak tercium bau menyengat dari luka - jaringan nekrosis tidak ada - ketika perban diganti masih terdapat beberapa bagian yang basah namun jumlah eksudat mulai berkurang, luka mulai mongering.</p>

07/03/2020 (14:30)	Visite keperawatan	S: - O: - integritas kulit dan jaringan mengalami perbaikan dengan hasil pemeriksaan kondisi luka menunjukkan adanya tanda tanda perbaikan, warna dasar luka kemerahan, jaringan nekrosis tidak ada - tingkat infeksi menurun dengan hasil pemeriksaan warna dasar luka kemerahan, bau busuk berkurang, nyeri berkurang - tingkat nyeri pasien menurun dengan hasil pemeriksaan keluhan nyeri cukup menurun, gelisah cukup menurun, meringis cukup menurun A: Diagnosa 1, 2, dan 4 telah teratasi P : Hentikan intervensi
-----------------------	--------------------	--

Berdasarkan tabel 4.6 Implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan pada pasien sesuai dengan perencanaan intervensi keperawatan masing-masing diagnosa keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 dilakukan selama 3 hari perawatan pre operatif pada tanggal 03 Maret 2020 sampai 05 Maret 2020, serta pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan post operatif pada tanggal 06 Maret-07 Maret 2020. Perawatan dilakukan selama satu shift dinas yaitu selama 8 jam dan dilakukan secara berkelanjutan selama

mahasiswa dinas di ruangan Flamboyan B. Perawatan dihentikan pada hari ke 6 karena mahasiswa sudah tidak ber dinas di ruangan tersebut.

Tabel 4.7 Implementasi Keperawatan pasien 2 ulkus diabetikum dengan pre dan post debridement di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Pasien 2		
04/03/2020 (08:00)	<p>1.1 melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 melakukan identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 melakukan identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>2.1 melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu tubuh)</p> <p>2.2 melakukan identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi</p> <p>2.3 melakukan monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>4.1 melakukan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>4.2 melakukan identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi</p> <p>5.2 cuci tangan sebelum</p>	<p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai SOP dengan hasil :</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada kakinya. - Pasien mengeluh terkadang merasa pusing <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Akibat luka/ulkus yang berada di kaki di sebelah kiri Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk R: di daerah luka S: Skala nyeri 6 T: Nyeri dirasakan terus menerus <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri. - Pasien nampak gelisah - CRT \leq 3 detik. - Turgor kulit kulit kurang. - Akral teraba dingin. - Glukosa darah sewaktu 239 - Pasien terlihat pucat, Konjungtiva anemis

	<p>dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p> <p>5.5 ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar</p>	<p>- Hemoglobin : 9.8</p> <p>- Pergerakan sendi terbatas</p> <p>- Kekuatan otot</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ <p>- pasien enggan melakukan pergerakan di daerah luka</p> <p>- Terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian kaki sebelah kiri. luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm. warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes. Warna sekitar luka sedikit menghitam. derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. Tercium bau khas namun tidak menyengat.</p> <p>- TD: 130/90 N: 78 x/menit R: 20x/menit S: 36 C.</p>
<p>04/03/2020 (10:00)</p>	<p>3.1 melakukan monitor karakteristik luka</p> <p>3.2 melakukan monitor tanda tanda infeksi</p> <p>3.3. melepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>3.4 melakukan perawatan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan</p>	<p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai SOP dengan hasil :</p> <p>DS:-</p> <p>DO:</p> <p>- Terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian kaki sebelah kiri.</p> <p>- luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4</p>

<p>04/03/2020 (14:30)</p>	<p>3.5 bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>3.6 pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>5.1 melakukan monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>5.2 melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p> <p>5.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>5.4 melakukan edukasi tanda dan gejala infeksi</p> <p>Visite keperawatan dinas pagi</p>	<p>cm.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes. - Warna sekitar luka sedikit menghitam - derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. - Tercium bau khas namun tidak menyengat. - saat dilakukan penjelasan tanda dan gejala infeksi pasien mengaku paham dan dapat menjawab 4 dari 5 pertanyaan perawat <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada kakinya. - Pasien mengeluh terkadang merasa pusing <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - derajat luka merupakan derajat 3 - pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 6 dan nyeri seperti ditusuk tusuk - Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> <p>Kekuatan otot menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobin : 9.8 - TD: 130/90 N: 78 x/menit 	5	5	5	3
5	5					
5	3					

		<p>R: 20x/menit S: 36 C.</p> <p>A: Ditemukan masalah keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri akut - Perfusi perifer tidak efektif - Gangguan integritas kulit - Gangguan mobilitas fisik - Resiko infeksi <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>
<p>05/03/2020 (07:30)</p>	<p>Visite keperawatan dinas malam</p>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dijadwalkan operasi debridement hari ini. - Hemoglobin 10,00 Leukosit 11,83 Glukosa darah puasa 138 HbsAg non reaktif <p>A:</p> <p>Diagnose 1-5 belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>
<p>05/03/2020 (08:00)</p>	<p>1.1 melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 melakukan identifikasi skala nyeri 1.3 melakukan identifikasi respon nyeri non verbal</p>	<p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SOP dengan hasil :</p> <p>DS: Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada kakinya</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Akibat luka/ulkus

	<p>2.1 melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu tubuh)</p> <p>5.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p>	<p>yang berada di kaki di sebelah kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk</p> <p>R: di daerah luka</p> <p>S: Skala nyeri 6</p> <p>T: Nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>- Pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri.</p> <p>- Pasien nampak gelisah</p> <p>- CRT \leq 3 detik.</p> <p>- Turgor kulit kurang.</p> <p>- Akral teraba dingin.</p> <p>- Tidak terdapat edema di ekstremitas</p> <p>- TD: 135/88 N: 84 x/menit</p> <p>R: 20x/menit S: 36 C.</p>
<p>05/03/2020 (09:30)</p>	<p>3.7 kolaborasi prosedur debridement</p> <p>Pasien diantar ke ruang operasi</p>	<p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SOP dengan hasil :</p> <p>DS:-</p> <p>DO:</p> <p>Hemoglobin 14,00</p> <p>Leukosit 11,83</p> <p>Glukosa darah puasa 138</p> <p>TD: 130/70 N: 80 x/menit</p> <p>R: 20x/menit S: 36 C.</p>
<p>05/03/2020 (12:00)</p>	<p>Pasien telah selesai dari operasi dan kembali ke ruangan.</p>	<p>Evaluasi Keadaan Pasien:</p> <p>DS: Pasien mengatakan menyeluh nyeri di kakinya setelah operasi</p> <p>DO:</p> <p>-P: Akibat luka prosedur operasi di kaki di sebelah kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk</p>

05/03/2020 (14:30)	Visite keperawatan dinas pagi	<p>R: di daerah luka S: Skala nyeri 6 T: Nyeri dirasakan terus menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri. - Pasien nampak gelisah - Terdapat balutan perban di kaki sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban - Pasien terlihat belum dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah <p>- Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">1</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> <td style="padding: 0 5px;">0</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - selama tindakan operasi tidak ada pendarahan - tidak ada transfuse - pemeriksaan suhu setelah operasi 36,5 C - kondisi pasien saat ini merasa nyeri di kaki akibat operasi - pasien tidak menggluh mual, pusing atau muntah - kesadaran pasien : compos mentis <p>S: Pasien mengeluh nyeri di bagian luka setelah operasi</p> <p>O: - Kesadaran pasien: compos mentis</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien merasa nyeri akibat operasi, skala nyeri 6 	1	1	0	0
1	1					
0	0					

<p>06/03/2020 (08:00)</p>	<p>1.1 melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 melakukan identifikasi skala nyeri 1.3 melakukan identifikasi respon nyeri non verbal 2.1 melakukan monitor karakteristik luka 2.2 melakukan monitor tanda tanda infeksi 2.3. melepaskan balutan dan plester secara</p>	<p>- pasien tampak meringis dan gelisah - TD : 142/78 N: 82 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 C A: Tmbul masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (efek prosedur operasi), gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor elektrik elektrodiatermi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis, dan resiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasive Diagnosa 1-4 belum teratasi P: Lanjutkan semua intervensi</p> <p>Telah dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan SOP dengan hasil :</p> <p>DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang dan nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri timbul pada saat diganti perban atau pada saat menggerakkan ekstremitas</p> <p>DO: - P: Akibat prosedur operasi Q: Nyeri dirasakan seperti</p>
-------------------------------	--	---

<p>06/03/2020 (14:30)</p>	<p>perlahan 2.4 melakukan perawatan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan 2.6 pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 3.2 melakukan identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi 3.3 fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu 3.4 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 3.5 anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan 4.1 melakukan monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 4.2 melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien 4.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Visite keperawatan dinas pagi</p>	<p>menusuk menusuk R: di daerah luka S: Skala nyeri 4 T: Nyeri dirasakan hilang timbul</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak meringis saat diganti perban - Terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian ekstremitas bawah sinistra. - luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm. - Warna luka berwarna kemerahan tidak terdapat pes, luka sudah meringes - Warna sekitar luka kemerahan tidak ada jaringan nekrosis <ul style="list-style-type: none"> - derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. - Tidak tercium bau khas dari luka/ulkus - pasien sudah dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah dapat melakukan mobilisasi dari baring ke duduk sendiri - TD : 138/78 N: 80 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 C <p>S:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri berkurang dan nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri timbul pada saat diganti perban atau pada</p>
-------------------------------	---	---

		<p>saat menggerakkan ekstremitas.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - integritas kulit dan jaringan mengalami perbaikan dengan hasil pemeriksaan kondisi luka, warna dasar luka kemerahan, jaringan nekrosis tidak ada, pes tidak ada, luka mongering - tingkat infeksi menurun dengan hasil pemeriksaan warna dasar luka kemerahan, bau busuk tidak ada, nyeri berkurang - tingkat nyeri pasien menurun dengan hasil pemeriksaan keluhan nyeri cukup menurun, gelisah menurun, meringis cukup menurun - pasien sudah dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah dapat melakukan mobilisasi dari baring ke duduk sendiri <p>A: Diagnose 1-4 telah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>
--	--	---

Berdasarkan tabel 4.7 Implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan pada pasien sesuai dengan perencanaan intervensi keperawatan masing-masing diagnosa keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 2 dilakukan selama 1 hari perawatan pre operasi pasien yaitu pada tanggal 4 Maret 2020. Pelaksanaan

tindakan keperawatan post operasi pada pasien 2 dilakukan selama 2 hari perawatan yaitu dari tanggal 05 Maret 2020 sampai dengan 06 Maret 2020.. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan . Perawatan dilakukan selama satu shift dinas yaitu selama 8 jam dan dilakukan secara berkelanjutan selama mahasiswa dinas di ruangan Flamboyan

B. Perawatan dihentikan pada hari ke 4 karena pasien sudah pulang.

e. Evaluasi

Tabel 4.8 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 1 ulkus diabetikum dengan pre dan post debridement di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari Ke-	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Pasien 1		
Hari ke- 1 03/03/2020	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia)	<p>S: Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki (luka pasien)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nyeri dirasakan seperti berdenyur, nyeri dirasakan terus menerus, skala nyeri 6, nyeri akibat luka/ulkus di bagian ekstremitas bawah sinistra (pedis) - pasien nampak gelisah dan bersikap protektif - TD: 142/68 mmHg N: 92 x/ menit S: 36°C R: 20 x/ menit <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu <p>S: Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki (luka pasien)</p> <p>O:</p>
	Perfusi perifer tidak efektif b.d	

	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi</p>	<p>3.7 kolaborasi prosedur debridement</p> <p>3.8 kolaborasi pemberian antibiotic, bila perlu</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki (luka pasien)</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalam melakukan aktivitas selama dirumah sakit pasien dibantu oleh perawat untuk seka, pasien menggunakan pampers, untuk makan pasien mampu untuk makan sendiri, pasien mampu berpindah posisi dari baring ke duduk sambil berpegangan pada sekitarnya, pasien tidak mampu berdiri sendiri harus dibantu oleh orang lain. - Pergerakan sendi terbatas - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>4.2 identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi</p> <p>4.3 fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu</p> <p>4.4 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>4.5 anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p>	5	5	5	3
5	5					
5	3					
	<p>Ansietas b.d krisis situasional</p>	<p>S: Pasien mengatakan cemas ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat gelisah - Pasien terkadang terlihat bingung - Pasien tampak tegang <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 identifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>5.2 monitor tanda tanda ansietas</p> <p>5.3 pahami situasi yang membuat ansietas</p>				

	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia</p> <p>Gangguan integritas</p>	<p>bekstremitas bawah sinistra(pedis)</p> <p>Q: nyeri dirasakan seperti nyut”an/ berdenyut</p> <p>R: di daerah luka</p> <p>S: skala nyeri 6</p> <p>T: nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>- psien terlihat gelisah</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu</p> <p>S: Pasien mengatakan masih merasa nyeri di bagian luka nya</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit kurang, CRT <3 detik - Warna kulit pucat - Akral teraba dingin - Tidak terdapat edema pada ekstremitas - TD : 142/68 N: 90 x/menit R: 20 x/menit S: 36 C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu tubuh)</p> <p>2.2 identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi</p> <p>2.3 monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>2.4 lakukan pencegahan infeksi</p> <p>2.5 anjurkan lakukan perawatan kaki dan kuku</p>
--	---	---

		<p>7.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p> <p>7.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>7.4 jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>7.5 ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar</p>
<p>Hari ke- 3 05/03/2020 (post operasi)</p>	<p>Timbul masalah keperawatan baru : Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p>Timbul masalah keperawatan baru : Gangguan integritas kulit b.d factor elektrik elektrodiatermi</p>	<p>S: Pasien mengeluh nyeri di bagian luka setelah operasi</p> <p>O: - pasien merasa nyeri akibat operasi</p> <p>- TD : 142/78 N: 82 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu</p> <p>S : -</p> <p>O : Baru dilakukan tindakan operasi debridement pada pasien</p> <p>- Terdapat balutan perban di kaki sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 2.1 monitor karakteristik luka 2.2 monitor tanda tanda infeksi 2.3. lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p>

	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d efek agen farmakologis</p> <p>Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive</p>	<p>2.4 bersihkan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan</p> <p>2.5 bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>2.6 pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>S: -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat belum dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah - Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 2 & 2 \\ \hline 0 & 0 \end{array}$ <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat balutan perban di kaki sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban
<p>Hari ke- 4 06/03/2020</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang</p> <p>O:</p> <p>P: Nyeri akibat luka prosedur operasi yang berada di kaki sebelah kiri.</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti nyut”an/berdenyut</p> <p>R: Nyeri dirasakan di bagian kaki/di daerah luka saja</p> <p>S: Skala nyeri 5</p> <p>T: Nyeri yang dirasakan pasien terus menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak gelisah,namun gelisah berkurang, pasien sudah tidak tegang - Pasien bersikap protektif (menghindari nyeri) - glukosa darah puasa 157 - TD : 138/76 N: 76 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 C <p>A: Masalah sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri

	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan b.d factor elektrik elektrodiatermi</p> <p>Gangguan mobilitas fisik b.d efek agen farmakologis</p> <p>Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive</p>	<p>1.3 identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - warna dasar luka berwarna kemerahan ke kuning’an, pes berkurang, jaringan nekrotis di sekitar luka tidak ada. - Bau luka tidak menyengat seperti sebelumnya - keadaan luka sudah tidak basah dan mulai mengering <p>A: Masalah sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dapat menggerakkan ekstremitas, dapat duduk dan bangun dari tempat tidur ke posisi duduk dengan berpegangan pada sekitar - TD : 138/76 N: 76 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 C <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - warna dasar luka berwarna kemerahan ke kuning’an, pes berkurang, jaringan nekrotis di sekitar luka tidak ada. - Bau luka tidak menyengat seperti sebelumnya - keadaan luka sudah tidak basah dan mulai mengering <p>A: Masalah sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
--	---	---

		<p>- ketika perban diganti masih terdapat beberapa bagian yang basah namun jumlah eksudat mulai berkurang, luka mulai mengering.</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p>
--	--	---

Pada tabel 4.8 setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1, dibuat evaluasi tindakan keperawatan selama 8 jam. Pada pasien 1 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan pre operasi, diagnosa nyeri akut belum teratasi, perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi, gangguan mobilitas fisik belum teratasi, ansietas belum teratasi, resiko infeksi belum teratasi, berduka belum teratasi.

Pada diagnosa keperawatan post operasi, diagnosa nyeri akut teratasi pada tanggal 07 Maret 2020, gangguan integritas kulit teratasi pada tanggal 07 maret 2020, gangguan mobilitas fisik teratasi pada tanggal 06 Maret 2020, resiko infeksi teratasi pada tanggal 07 Maret 2020.

Tabel 4.9 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 2 ulkus diabetikum dengan pre dan post di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari Ke-	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Pasien 2		
Hari ke- 1 04/03/2020	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia)	<p>S: Pasien mengeluh nyeri atau sakit pada kakinya</p> <p>O: - P: Akibat luka/ulkus yang berada di kaki di sebelah kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk</p> <p>R: di daerah luka</p> <p>S: Skala nyeri 6</p> <p>T: Nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>- Pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri.</p> <p>- Pasien nampak gelisah</p>

	<p>Perfusi perifer b.d hiperglikemia, penurunan kadar hemoglobin</p>	<p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu</p> <p>S:</p> <p>Pasien mengeluh terkadang merasa pusing</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glukosa darah sewaktu 239 - CRT \leq 3 detik. - Turgor kulit kulit kurang. - Akral teraba dingin. - Pasien terlihat pucat, Konjungtiva anemis - Hemoglobin : 9.8 - Glukosa darah sewaktu 239 - Terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian kaki sebelah kiri. luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm. warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes. Warna sekitar luka sedikit menghitam. derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. Tercium bau khas namun tidak menyengat <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu tubuh) 2.2 identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi 2.3 monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 2.4 lakukan pencegahan infeksi 2.5 anjurkan lakukan perawatan kaki dan kuku 2.6 informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan</p>
--	--	--

	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer</p>	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat ulkus dan luka terbuka dibagian ekstremitas bawah sinistra. - luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm. - Warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes. - Warna sekitar luka sedikit menghitam - derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. - Tercium bau khas namun tidak menyengat. <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 monitor karakteristik luka 3.2 monitor tanda tanda infeksi 3.3. lepaskan balutan dan plester secara perlahan 3.4 bersihkan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan 3.5 bersihkan jaringan nekrotik 3.6 pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 3.7 kolaborasi prosedur debridement <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan sendi terbatas - Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> - pasien enggan melakukan pergerakan di daerah luka <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi</p>	

	<p>Resiko infeksi dibuktikan dengan penyakit kronis</p>	<p>4.2 identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi</p> <p>4.3 fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu</p> <p>4.4 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>4.5 anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>S :</p> <p>O :</p> <p>- saat dilakukan penjelasan tanda dan gejala infeksi pasien mengaku paham dan dapat menjawab 4 dari 5 pertanyaan perawat</p> <p>- Warna luka berwarna kemerahan terdapat sedikit pes.</p> <p>- Warna sekitar luka sedikit menghitam</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>5.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p> <p>5.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>5.4 jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.5 ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar</p>
<p>Hari ke-2 05/03/2020</p>	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri di kaki kanan tetapi sudah sedikit berkurang, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul - Pasien mengatakan mampu mengontrol nyeri dengan relaksasi nafas dalam dan distraksi dengan menonton youtube <p>O:</p> <p>P: Akibat luka/ulkus yang berada di kaki di sebelah kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk</p> <p>R: di daerah luka</p> <p>S: Skala nyeri 6</p> <p>T: Nyeri dirasakan terus menerus</p>

<p>Hari ke-2 05/03/2020</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia, penurunan hemoglobin</p> <p>Timbul masalah keperawatan baru:</p>	<p>- Pasien terlihat meringis, dan menghindari nyeri. - Pasien nampak gelisah</p> <p>- TD: 135/88 N: 84 x/menit R: 20x/menit S: 36 C.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <p>- CRT \leq 3 detik.</p> <p>- Turgor kulit kurang.</p> <p>- Akral teraba dingin.</p> <p>- Tidak terdapat edema di ekstremitas</p> <p>- TD: 135/88 N: 84 x/menit R: 20x/menit S: 36 C.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu tubuh)</p> <p>2.2 identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi</p> <p>2.3 monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>2.4 lakukan pencegahan infeksi</p> <p>2.5 anjurkan lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>2.6 informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan</p>
---------------------------------	--	--

(post operasi)	<p>Nyeri akut b.d efek prosedur operasi</p> <p>Timbul masalah keperawatan baru : Gangguan integritas kulit b.d factor elektrik elektrodiatermi</p> <p>Gangguan mobilitas fisik b.d efek agen farmakologis</p>	<p>S: Pasien mengatakan menyeluh nyeri di kakinya setelah operasi</p> <p>O:</p> <p>- P : Akibat efek prosedur operasi Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk R: di daerah luka S: Skala nyeri 6 T: Nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, fruekensi, kualitas dan intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.5 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 1.6 kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu</p> <p>S :-</p> <p>O :</p> <p>- Terdapat balutan perban di kaki sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 monitor karakteristik luka 2.2 monitor tanda tanda infeksi 2.3. lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2.4 bersihkan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan 2.5 bersihkan jaringan nekrotik 2.6 pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 2.7 kolaborasi pemberian antibiotic, bila perlu</p>
-----------------	---	---

	<p>Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- Kekuatan otot</p> <table border="1" data-bbox="826 376 916 479"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>- Pasien terlihat belum dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah</p> <p>- Terdapat balutan perban di kaki sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>3.2 identifikasi toleransi fisik dalam melakukan ambulasi</p> <p>3.3 fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu</p> <p>3.4 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>3.5 anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>- Terdapat balutan perban di kaki sebelah kiri pasien akibat tindakan operasi debridement. Perban terlihat bersih tidak nampak rembes/ada bercak darah atau eksudat pada perban</p> <p>Pasien baru selesai menjalani tindakan operasi debridement.</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</p> <p>4.2 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien</p>	1	1	0	0
1	1					
0	0					

		<p>4.3 pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>4.4 jelaskan tanda dan gejala imfeksi</p> <p>4.5 ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar</p>
Hari ke- 3 06/03/2020	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p>Gangguan integritas kulit b.d factor listrik elektrodiatermi</p> <p>Gangguan mobilitas fisik b.d efek agen farmakologis</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang dan nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri timbul pada saat diganti perban atau pada saat menggerakkan ekstremitas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - P: Akibat prosedur operasi Q: Nyeri dirasakan seperti menusuk menusuk R: di daerah luka S: Skala nyeri 4 T: Nyeri dirasakan hilang timbul - pasien tampak meringis saat diganti perban A: Masalah teratasi <p>P: hentikan intervensi</p> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - luas luka kurang lebih 4cm dengan diameter 3-4 cm. - Warna luka berwarna kemerahan tidak terdapat pes, luka sudah mering - Warna sekitar luka kemerahan tidak ada jaringan nekrosis - derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. - Tidak tercium bau khas dari luka/ulkus <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien sudah dapat menggerakkan ekstremitas atas dan bawah dapat melakukan mobilisasi dari baring ke duduk sendiri - TD : 138/78 N: 80 x/menit R: 20 x/menit S: 36,5 C

	<p>Resiko infeksi dibuktikan dengan efek tindakan invasive</p>	<p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri berkurang dan nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri timbul pada saat diganti perban atau pada saat menggerakkan ekstremitas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Warna luka berwarna kemerahan tidak terdapat pes, luka sudah menering - Warna sekitar luka kemerahan tidak ada jaringan nekrosis - derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon/tulang. - Tidak tercium bau khas dari luka/ulkus <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: hentikan intervensi</p>
--	--	--

Pada tabel 4.9 setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 2, dibuat evaluasi tindakan keperawatan selama 8 jam. Pada pasien 2 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan, diagnosa nyeri akut belum teratasi, perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, gangguan integritas kulit dan jaringan belum teratasi, gangguan mobilitas fisik belum teratasi, resiko infeksi belum teratasi.

Pada diagnosa keperawatan post operasi, diagnosa nyeri akut teratasi pada tanggal 6 Maret 2020, gangguan integritas kulit/jaringan teratasi pada 6 Maret 2020, gangguan mobilitas fisik teratasi pada 06 Maret 2020, resiko infeksi teratasi pada tanggal 06 Maret 2020.

B. Pembahasan

Dalam bab ini akan diuraikan asuhan keperawatan yaitu membahas diagnosa dari 2 kasus yang sama yaitu pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa medis DM Type II + Ulkus Pedis. Dengan menggunakan proses keperawatan yaitu mulai dari pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan tujuan dan kriteria hasil, membuat perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi. Pendekatan tersebut untuk memenuhi kebutuhan pasien yang meliputi bio, psiko, sosio, spiritual dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Berdasarkan case review yang dilakukan oleh penulis didapatkan data diagnosa yang berupa penggabungan problem, etiologi, tanda dan gejala yang terbagi menjadi pre operasi 7 diagnosa utama pada pasien pertama dan 4 diagnosa utama post operasi, pada pasien 2, 5 diagnosa utama pre operasi dan 4 diagnosa utama post operasi. .

Pembahasan dari asuhan keperawatan pasien ulkus diabetikum dengan pre dan post debridement adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Pengkajian pada klien Tn. S dan Tn. M dengan ulkus diabetikum dilakukan pada tanggal 03 Maret 2020. Pengkajian yang dilakukan meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan

klien, pola aktivitas sehari-hari, data psikososial, data pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan terapi klien.

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada tanggal 3 Maret 2020 dan pengkajian pada pasien 2 dilakukan pada tanggal 04 Maret 2020. Diagnosa medis pada pasien 1 adalah DM Type II + Ulkus Pedis S + CKD St III dan pasien 2 adalah DM Type II + Ulkus Pedis S + CKD St iv + Anemia + Hiponatremia.

Pada saat melakukan pengkajian, peneliti menemukan beberapa data yang berbeda antara teori menurut Doenges dimana pada pasien 1 didapatkan data bahwa pasien saat ditanya mengenai pekerjaan pasien menjawab sudah lama tidak bekerja dulunya ia adalah seorang supir truk. Pasien menjawab dengan muka lesu dan nada lebih pelan dari sebelumnya saat ditanya mengenai keberadaan istri serta anaknya pasien menjawab dengan ketus gaktau istrinya kemana pergi begitu saja, saat ditanya tentang anak pasien mengaku tidak memiliki anak.

Pasien ber ekspresi marah dan kecewa bila disinggung mengenai keluarga serta tampak kekecewaan saat membicarakan istrinya. Pasien cenderung terlihat datar/acuh tak acuh. Sehingga dari data tersebut timbul masalah baru.

Sedangkan menurut Doenges masalah psikososial yang dapat terjadi pada pasien yang memiliki ulkus diabetikum hanya ansietas saja.

Menurut analisa peneliti dapat disimpulkan terjadi kesenjangan antara teori dengan kasus yang dikelola oleh peneliti. Bahwa masalah psikososial yang dapat timbul dengan pasien ulkus diabetikum tidak

hanya masalah kecemasan saja. Namun pasien juga dapat mengalami masalah masalah psikososial yang lain.

2. Diagnosa

Berdasarkan data hasil pengkajian keperawatan yang telah dilakukan, peneliti dapat menegakan diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2. Menurut WOC, diagnosa yang biasa muncul pada pasien ulkus diabetikum adalah sebanyak pre operatif 8 diagnosa dan post operatif 5. Sedangkan, yang ditemukan peneliti pada pasien 1 pre operatif 7 diagnosa, post operatif 4 diagnosa. Sedangkan pada pasien 2 ditemukan 5 diagnosa pre operatif dan 4 diagnosa post operatif.

Pada pasien 1 ditemukan 2 diagnosa yang tidak sesuai teori yaitu berduka yang berhubungan dengan kehilangan status dan pekerjaan dengan didukung oleh data mayor yaitu pasien merasa sedih, pasien cenderung murung dan banyak diam pasien juga menyalahkan orang lain dengan merasa kesal pada istri dan keluarganya, kemudian resiko infeksi pada pasien 1 dan pasien 2 yang dibuktikan dengan penyakit kronis, dan ketidakadekuatan ketahanan tubuh primer: adanya kerusakan integritas kulit menurut PPNI 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.

Pada pasien 1 dan 2 yang berbeda dengan teori adalah masalah keperawatan post operatif gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan efek agen farmakologis, dengan data mayor pasien belum dapat menggerakkan ekstremitas, serta kekuatan otot menurun.

Sehingga menurut analisis peneliti terdapat kesenjangan teori pada pathway di WOC, dengan kasus yang ada, diagnose yang ditemukan telah sesuai namun etiologi pada pasien bisa berbeda dengan teori, dilihat lagi dari patofisiologis pasien tersebut.

2. Perencanaan Tindakan Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah- masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh man perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efisien (Nikmatur rohmah & Saiful walid, 2012).

Intervensi atau perencanaan yang akan dilakukan oleh penulis disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan SMART *spesifik, measurable, acceptance, rasional dan timing* (Nikmatur rohmah & Siful walid, 2012).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua pasien telah menggunakan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI). Adapun tindakan pada standar intervensi keperawatan indonesia

terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (PPNI, 2018).

3. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Ali, 2014).

Pada pasien 1 telah dilakukan perawatan selama 5 hari dari tanggal 02 Maret 2020 sampai 07 Maret 2020. Pada pasien 2 selama 3 hari perawatan dari tanggal 03 Maret sampai 06 Maret 2020. Implementasi dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah disusun oleh peneliti, yang mengacu kepada SIKI dan SLKI.

4. Evaluasi

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya (Setiadi, 2012).

Evaluasi tindakan keperawatan dilakukan untuk menilai keberhasilan intervensi yang diberikan perawat untuk mengatasi masalah yang terjadi pada klien. Sesuai tujuan intervensi yang telah disusun peneliti, evaluasi tindakan keperawatan dilakukan tiap 8 jam untuk menilai kondisi perkembangan masalah keperawatan pada pasien.

Pada pasien 1 semua diagnose keperawatan pre operatif belum teratasi. Pada diagnose keperawatan post operatif semua diagnose telah teratasi pada tanggal 07 Maret 2020, sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh peneliti, pada masalah keperawatan nyeri akut keluhan nyeri pada pasien cukup menurun, meringis cukup menurun dan gelisah cukup menurun. Pada diagnosa 2 gangguan integritas kulit di dapatkan hasil kerusakan jaringan menurun dan kerusakan lapisan kulit menurun, pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik didapatkan hasil kaku sendi cukup menurun, kekuatan otot cukup meningkat, dan nyeri cukup menurun. Pada masalah keperawatan resiko, yaitu resiko infeksi didapatkan hasil nyeri menurun, dan cairan berbau busuk menurun.

Pada pasien 2 semua diagnose keperawatan pre operatif belum teratas. Pada diagnose post operatif semua diagnose telah teratasi pada tanggal 06 Maret 2020, sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh peneliti pada masalah keperawatan nyeri akut keluhan nyeri pada pasien cukup menurun, meringis cukup menurun dan gelisah cukup menurun. Pada diagnosa 2 gangguan integritas kulit di dapatkan hasil kerusakan jaringan menurun dan kerusakan lapisan kulit menurun, pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik didapatkan hasil kaku sendi cukup menurun, kekuatan otot cukup meningkat, dan nyeri cukup menurun. Pada masalah keperawatan resiko, yaitu resiko infeksi didapatkan hasil nyeri menurun, dan cairan berbau busuk menurun.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan penyakit ulkus diabetikum di RSUD. dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada pengkajian pasien dengan ulkus diabetikum ditemukan data berupa terdapat ulkus pada kedua pasien dengan derajat dan tingkat keparahan ulkus yang berbeda. Ulkus dapat berbau, mengeluarkan cairan atau darah serta terdapat jaringan nekrosis.

2. Diagnosa keperawatan

Pada kasus ulkus diabetikum ditemukan 5 diagnosa yang dapat muncul pada penderita ulkus yaitu, nyeri akut, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik, gangguan perfusi perifer tidak efektif, serta resiko infeksi.

3. Perencanaan

Peneliti menyusun rencana asuhan keperawatan yang telah disusun berdasarkan *specific, measurable, achievable, reasonable, dan time*. Dengan menggunakan standar luaran dan kriteria hasil, serta standar intervensi keperawatan sesuai teori.

4. Pelaksanaan

Peneliti melakukan tindakan asuhan keperawatan pada pasien yang telah dilakukan penyusunan rencana asuhan keperawatan. Peneliti melakukan tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.

5. Evaluasi

Peneliti melakukan evaluasi pada pasien sesuai dengan kriteria hasil yang telah dibuat oleh peneliti untuk target yang akan dicapai pada pasien.

B. SARAN

1. Bagi Peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum yang diberikan dapat tepat, peneliti selanjutnya harus benar-benar menguasai konsep tentang ulkus diabetikum itu sendiri, terutama pada faktor etiologi, anatomi fisiologi dan patofisiologi tentang ulkus diabetikum, selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien.

Peneliti juga harus teliti dalam mengangkat dan merumuskan diagnose keperawatan yang ada pada pasien agar masalah keperawatan yang muncul pada pasien dapat teratasi dan mendapatkan penanganan secara komprehensif dan menyeluruh, Tidak hanya berfokus kepada masalah biologis pasien, namun juga terhadap masalah psiko, sosio, spiritual pasien. Sehingga asuhan

keperawatan yang dilakukan dapat terlaksana secara optimal, dan mendapatkan hasil yang memuaskan bagi pasien dan juga peneliti itu sendiri.

2. Bagi RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Bagi pihak rumah sakit hendaknya penanganan pasien ulkus diabetikum lebih ditingkatkan lagi kerja sama antar petugas pelayanan kesehatan dalam hal menjaga keadaan pasien serta memperhatikan aspek bio,psiko,sosio,social dan spiritual pasien. Serta diharapkan dapat menjaga kebersihan pasien agar infeksi yang terjadi pada pasien tidak bertambah buruk.

3. Bagi Perawat Ruangan

Disamping mendapatkan perawatan dan pengobatan pada saat di rumah sakit, Alangkah baiknya jika tenaga kesehatan yang ada memberikan pengetahuan tentang penyakit ulkus diabetikum yang dialami oleh pasien, sehingga itu dapat memotivasi pasien dalam mempertahankan kesehatannya baik saat berada di rumah sakit maupun di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA (American Diabetes Association). 2015. *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care.*
- Agale, S. V., 2013. *Chronic Leg Ulcers: Epidemiology, Aetiopathogenesis, and Management. Ulcers, pp. 1-9.*
- Ardi, M., Damayanti,S & Sudirman (2014). Hubungan Kepatuhan Perawatan Kaki Dengan Resiko Ulkus Kaki Diabetes Di Poliklinik DM RSUD Andi Makkasauaparepare. Vol.4 No.1. ISSN: 23021721
- Andyagreeni. 2010. Tanda Klinis Penyakit Diabetes Mellitus. Jakarta: CV.Trans Info Media.
- Askandar. 2000. Hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes Mellitus. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama
- Brunner & Suddart, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Vol 3, Edisi 8, Penerbit RGC, Jakarta.
- Bryant, R.A., & Nix. (2007). *Acute & chronic wounds current management concept. 3rd Burns*
- Corwin, Elizabeth J. 2001. Buku Saku Patofisiologi. Jakarta : EGC.*
- Daniel Witanto et al, 2008 Gambaran Umum Perawatan Ulkus Diabetikum Pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Immanuel Bandung
- Dermawan, D. (2012). Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja (1st ed.). Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Deswani. (2009). Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis. Jakarta : Salemba Medika
- Doenges, M. E. (2000). Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Alih bahasa: I Made K., Nimade S.
- Herdman, T Heather. 2012. Diagnose Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012-2014. Dialihbahasakan oleh Made Sumarwati dan Nike Budhi Subekti. Barrarah Bariid, Monica Ester, dan Wuri Praptiani (ed). Jakarta: EGC
- IDF, 2015. *International Diabetes Federation Diabetes Atlas, Seventh Ed.ed*
- Johnson, M.,*et all*, 2002, *Nursing Outcomes Classification (NOC) Second Edition, IOWA Intervention Project, Mosby.*

- Kemenkes Ri. 2013. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes Ri
- Manurung, S. (2011). Keperawatan Professional. Jakarta : Trans Info Media
- McCallum, R & Tagoe, M. 2012. *Transmetaterral Amputation A Case Series And Review Of The Literature. Journal Of Aging Research. Pp. 1-6.*
- Mc Closkey, C.J., Iet all, 2002, *Nursing Interventions Classification (NIC) second Edition, IOWA Intervention Project, Mosby.*
- NANDA, 2012, Diagnosis Keperawatan NANDA : Definisi dan Klasifikasi.
- Noer, Prof.dr.H.M. Sjaifoellah. 2004. Ilmu Penyakit Endokrin dan Metabolik, Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid I. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC. Jogjakarta: MediAction
- Mc Intosh C,Kelly L. *Importance of Wound Debridement in Managemnt Of Diabetic Foot Ulcers*
- Murtaza, G., Uzma, B., Shaheen, M., Ziauddin, A., Rehan, M & Anis, A. (2007). *Evaluation Of Knowledge and Practices Of Foot Care In Patients With Kronik Type 2 s Mellitus. Vol.21.No:02:104-108*
- PERKENI., (2015). Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia
- PERKENI., (2011). Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia
- Price, sylvia Anderson. 1994. *Phatophysiology . Alih Bahasa Peter Angrah . Ed. 4. Jakarta : EGC*
- Purnomo, et al Efektifitas Peneymbihan Luka Menggunakan Larutan NaCl, 2014
- Purwanti,O,S (2013). Analisis Faktor-Faktor Risiko Terjadi Ulkus Kaki Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Rsud Dr. Moewardi. Tesis. FIK:UI
- PPNI (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesi: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

- Richard, J.L., Sotto, A & Lavigne, J. 2011. *New Insights In Diabetic Foot Infection. World J Diabetes. 2(2), pp. 24-32.*
- Riyadi, S. Suharsono, 2010. *Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit*, G Osyen. Publishing, Yogyakarta
- Setiadi.(2012). *Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Scott, G. 2013. *The Diabetic Foot Examination A Positive Step In The Prevention Of Diabetic Foot Ulcers And Amputation. Osteopathic Family Physician. Issue 5, pp. 73-78.*
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Brunner &Suddarth. Vol. 2. E/8. EGC. Jakarta.*
- Sulistiyowati, D. A. (2015). *Efektivitas Elevasi Ektrimitas Bawah Terhadap Proses Penyembuhan Ulkus Diabetik di Ruang Melati RSUD Dr. Moewardi Tahun 2014. Kosala, Vol: 3, No:1, Hal: 83-88*
- Tambayong, Jan. 2001. *Anatomi Fisiologi untuk Keperawatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Teguh, Subianto. (2009). *Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus*. [serial Online] cited 12 Februari 2012
- Umami, Vidhia, Dr. 2007. *At a Glance Ilmu Bedah* , Edisi Ketiga. Jakarta : Penerbit Erlangga
- Waspadji, S. 2014. *Ilmu Penyakit Dalam. Keenam Penyunt*. Jakarta: InternaPublishing, pp. 2367-2394.
- Wagner, 1983, *Classification of Diabetic Foot Ulcers*, Dalam NICE Clinical Guideline, 2015, *Diabetic foot problems Prevention and Management*, National Institute for Health and Care Excellence
- Zaidah 2005. *Penatalaksanaan Ulkus Diabetikum*. Jakarta: EGC

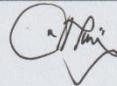
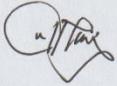
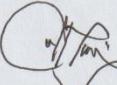
LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Ratu Alkhar Sahbana Putri
 NIM : P07220117068
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement
 Dosen Pembimbing : Rahmawati Shoufiah S.ST, M.Pd :

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.)	15/01/2020	Bab 1, Pengambilan Proposal		
2.)	05/02/2020	- Bab 1 Latar belakang masalah - Bab II Tinjauan Pustaka		
3.)	14/02/2020	- Bab II Tinjauan Pustaka - Bab III Metode Penelitian		

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Ratu Alkhar Sahbana Putri
 NIM : P07220117068
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum Pre dan Post Debridement
 Dosen Pembimbing : Nurhayati S.ST, M.Pd :

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Rabu, 15 Januari 2020	BAB 1 - Latar belakang masalah - Rumusan Masalah - Tujuan Penelitian - Manfaat Penelitian		
2.	Senin, 20 Januari 2020	- Pathway WOC Pro Ulkus diabetikum & Post Debridement - Bab 1 Latar Belakang Masalah		
3.	Sabtu, 11 Februari 2020	- Bab 2 Tinjauan Pustaka - Bab 3 Metode Penelitian - Definisi Operasional		 

Lampiran 1

LEMBAR KONSULTASI KTI

NAMA MAHASISWA : Ratu Alkhar Sahbana Putri
 NIM : P07220117068
 JUDUL : CASE REVIEW ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ULKUS
 DIABETIKUM DENGAN PRE DAN POST DEBRIDEMENT
 NAMA PEMBIMBING : Pembimbing 2: Nurhayati, SST., M.Pd

NO.	HARI/ TANGGAL	MATERI PEMBAHASAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Selasa 5 Mei 2020	1. Case Review mulai dari pengkajian sampai dengan kesimpulan dan saran	1.1 Tolong lebih ditelaah lagi di dalam data pengkajian apakah sudah sinkron denga nisi askep 1.2 Dalam mengangkat diagnose diperhatikan lagi untuk data yang berkaitan dengan diagnose yang diangkat 1.3 Untuk pembahasan mohon ditelaah ulang, apabila ada kesenjangan di kaus dengan teori harap dimasukkan di pembahasan	
2.	Sabtu, 9 Mei	1. Me review ulang	1.1 Harus lebih	

	2020	yang sudah dibahas	memahami konsep penyakit maupun asuhan keperawatan. 1.2 Merapikan tata penulisan Karya tulis Ilmiah. 1.3 Harus memahami cara melakukan pengkajian secara komprehensif	
--	------	--------------------	---	--

LEMBAR KONSULTASI HASIL

NAMA MAHASISWA : Ratu Alkhar Sahbana Putri
NIM : P07220117068
JUDUL : CASE REVIEW ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN ULKUS
 DIABETIKUM DENGAN PRE DAN POST DEBRIDEMENT
NAMA PEMBIMBING : Pembimbing I: Nurhayati, SST., M.Pd

NO.	HARI/ TANGGAL	MATERI PEMBAHASAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Jumat, 15 Mei 2020	1. Abstrak	1.1 Pendahuluan: berisi tentang latar belakang masalah 1.2 Metode: menggunakan deskriptif kualitatif 1.3 Hasil dan pembahasan: merangkum dari BAB IV	
2	Jum'at, 22 Mei 2020		ACC Karya tulis Ilmiah	