

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ULKUS DIABETIKUM
DI RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021**



OLEH:

DINDA EKA SYAFITRI
NIM. P07220118078

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

2021

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ULKUS DIABETIKUM
DI RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN
TAHUN 2021**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) Pada Jurusan
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH:

DINDA EKA SYAFITRI
NIM. P07220118078

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

2021

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah 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.

Samarinda, 11 September 2021

Yang menyatakan



Dinda Eka Svafitri
P07220118078


LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 11 September 2021

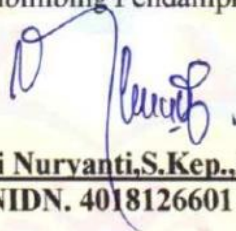
Oleh

Pembimbing



Ns. Nurhayati, S.ST., M.Pd
NIDN. 4024016801

Pembimbing Pendamping



Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd
NIDN. 4018126601

Mengetahui,
Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Klien Ulkus Diabetikum Di RSUD

dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Telah Diuji

Pada tanggal 11 September 2021

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

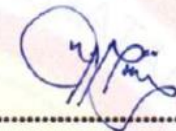
Ns. Rus Andraini, A.Kp., M.PH
NIDN. 4006027101



.....

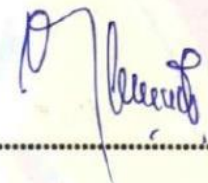
Penguji Anggota

1. **Ns. Nurhayati, S.ST., M.Pd**
NIDN. 4024016801



.....

2. **Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd**
NIDN. 4023126901



.....

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Prodi D-III Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

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

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep.
NIP. 19680329199402200

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Dinda Eka Syafitri
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Berau, 13 Januari 2000
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Durian 3 Perumahan Berau Indah Blok
D4 No. 10 RT. 08 Tanjung Redep, Berau
7. Nama Ayah : Iwan Krisnawan
8. Nama Ibu : Sri Hartini

B. Riwayat Pendidikan

1. TK. Kemala Bhayangkari Berau Tahun 2004-2006
2. SDIT Ash-Ashohwah Berau Tahun 2006-2012
3. SMPIT Ash-Ashohwah Berau Tahun 2012-2015
4. SMAIT Ash-Ashohwah Berau Tahun 2015-2018
5. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2018 sampai
sekarang

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan KTI penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Ulkus Diabetikum Di RSUD Kanudjoso Djatiwibowo Kota Balikpapan Kalimantan Timur 2021” tepat pada waktunya.

Adapun tujuan dari penulisan KTI ini adalah untuk mempelajari cara pembuatan KTI pada Poltekkes Kemenkes Kaltim dan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan.

Pada kesempatan ini, penulis hendak menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moral maupun materil sehingga Karya Tulis Ilmiah penelitian ini dapat selesai. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. DR H.Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Dr. Edy Iskandar, Sp.PD.,FINASIM.,MARS, selaku Direktur Rumah Sakit Umum dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Hj. Umi Kalsum, S.Pd.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Andi Lis AG,M.Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

5. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
6. Ns.Nurhayati,S.ST.,M.Pd selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingannya sehingga KTI ini dapat terselesaikan dengan baik.
7. Ns. Siti Nuryanti,S.Kep.,M.Pd selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingannya sehingga KTI ini dapat terselesaikan dengan baik.
8. Orang tua dan kakak saya terima kasih banyak sudah selalu mendukung, dan mendoakan saya tanpa hentinya.
9. Teman – teman angkatan ke-7 Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan yang selalu mendukung dalam penyusunan KTI ini.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan KTI ini. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini berguna bagi para pembaca dan pihak-pihak lain yang berkepentingan.

Samarinda, 11 September 2021

Penulis

Dinda Eka Syafitri

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan Khusus	7
D. Manfaat Penelitian	8
1. Bagi Peneliti	8
2. Bagi Tempat Penelitian	8
3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Medis	11

1. Definisi	11
2. Anatomi Fisiologi	12
3. Klasifikasi	14
4. Etiologi	17
5. Patofisiologi.....	18
6. Faktor Resiko	20
7. Manifestasi Klinik.....	22
8. Pemeriksaan Penunjang	24
9. Komplikasi	25
10. Penatalaksanaan	27
11. Pathway	29
B. Konsep Asuhan Keperawatan	37
1. Pengkajian	37
2. Diagnosa Keperawatan.....	41
3. Intervensi Keperawatan.....	41
4. Implementasi Keperawatan	56
5. Evaluasi Keperawatan.....	56

BAB III METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian	58
B. Subjek Penelitian.....	58
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	59
D. Lokasi Waktu Penelitian	60
E. Prosedur Penelitian.....	60

F. Keabsahan Data.....	61
G. Analisis Data	62

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil	63
1. Gambaran Lokasi Penelitian	63
2. Data Asuhan Keperawatan.....	64
a) Pengkajian	64
b) Diagnosa Keperawatan.....	74
c) Intervensi Keperawatan.....	76
d) Implementasi Keperawatan.....	84
e) Evaluasi Keperawatan.....	93
B. Pembahasan	107
1. Pengkajian	107
2. Diagnosa Keperawatan.....	109
3. Intervensi Keperawatan.....	111
4. Implementasi Keperawatan	112
5. Evaluasi Keperawatan.....	112

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	114
B. Saran.....	116

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Table 4. 1	Hasil Anamnesis dengan klien Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.....	44
Table 4. 2	Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	48
Table 4. 3	Hasil Pemeriksaan Penunjang dengan klien Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	55
Table 4. 4	Hasil Penataklasan Terapi dengan klien Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	56
Table 4. 5	Analisa Data Klien 1 dengan klien Ulkus Diabetikum di ruang Angrek Lantai 6 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	57
Table 4. 6	Analisa Data pada Klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di ruang Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	58
Table 4. 7	Diagnosa Keperawatan pada Klien 1 dan Klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	60
Table 4. 8	Intervensi Keperawatan pada Klien 1 dengan Ulkus Diabetikum di Ruangan Angrek Hitam Lantai 6 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	61
Table 4. 9	Intervensi Keperawatan pada Klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di Ruangan Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	65
Table 4. 10	Implementasi Keperawatan Klien 1 dengan Ulkus Diabetikum di Ruangan Angrek Hitam Lantai 6 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	68
Table 4. 11	Implementasi Keperawatan Klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	73

Table 4. 12 Evaluasi Keperawatan Klien 1 dengan Ulkus Diabetikum di Anggrek Hitam Lantai 6 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	79
Table 4. 13 Evaluasi Keperawatan Klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021	86

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas	9
-----------------------------------	---

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Pathway Ulkus Diabetikum	15
-----------	--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Informed Consent

Lampiran 2 Lembar Konsul

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN ULKUS DIABETIKUM DI RSUD DR. KANUJOSO DJATIWIOWO KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2021

Pendahuluan: Ulkus kaki diabetikum adalah berupa luka pada permukaan kulit kaki penderita diabetes disertai dengan kerusakan jaringan bagian dalam atau kematian jaringan, baik dengan ataupun tanpa infeksi yang berhubungan dengan adanya neuropati perifer. Hasil studi pendahuluan didapatkan data tahun 2021 di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo khususnya ruang perawatan Flamboyan B

terhitung sejak 1 Januari 2021 Hingga 30 Mei 2021 terdapat 64 kasus Diabetes Mellitus dengan 10 kasus Ulkus Diabetik. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah mengatur untuk mengontrol kadar glukosa darah melakukan pencegahan luka serta perawatan kaki. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami secara mendalam mengenai Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Metode: Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan 2 klien yang berada di RSUD Kanudjoso Djatiwibowo. Pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, Evaluasi.

Hasil dan Pembahasan: Hasil dari kedua pasien menunjukkan tanda dan gejala yang sama. Keluhan yang dirasakan oleh pasien 1 dirasakan juga oleh pasien 2. Tetapi klien 2 mengalami ansietas. Hal ini menunjukkan jika seseorang terdiagnosa Ulkus Diabetikum maka memiliki kemungkinan akan muncul masalah dan keluhan yang sama dikarenakan Pola hidup yang tidak sehat.

Kesimpulan dan Saran : Kedua masalah yang didapatkan dapat teratasi hal ini ditandai dengan berkurangnya nyeri, peningkatan integritas kulit, mobilitas fisik mulai membaik, berkurangnya tanda-tanda infeksi, berkurangnya kecemasan. Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum serta menjadi acuan dan bahan pembanding dalam melakukan penelitian bagi peneliti selanjutnya.

Kata kunci: *Asuhan Keperawatan, Ulkus Diabetikum*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Diabetes Melitus (DM) merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan hiperglikemia dan intoleransi glukosa yang terjadi karena kelenjar pankreas tidak dapat memproduksi insulin secara adekuat yang atau karena tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif atau kedua-duanya (Kurniawaty, 2016)

Diabetes Melitus diklasifikasikan menjadi DM tipe 1, yang dikenal sebagai insulin-dependent atau childhood onset diabetes, ditandai dengan kurangnya produksi insulin dan DM tipe 2, yang dikenal dengan non-insulin-dependent atau adult-onset diabetes, disebabkan ketidak mampuan tubuh menggunakan insulin secara efektif yang kemudian mengakibatkan kelebihan berat badan dan kurang aktivitas fisik. Sedangkan diabetes gestasional adalah hiperglikemia yang diketahui pertama kali saat kehamilan (Kurniawaty, 2016)

Ulkus kaki diabetikum adalah salah satu komplikasi kronis dari penyakit diabetes melitus berupa luka pada permukaan kulit kaki penderita diabetes disertai dengan kerusakan jaringan bagian dalam atau kematian jaringan, baik dengan ataupun tanpa infeksi, yang berhubungan dengan adanya neuropati dan atau penyakit arteri perifer pada penderita diabetes mellitus (Rizky Loviana Roza, 2015)

Prevalensi menurut World Health Organization (WHO) 2017, bahwa sekitar 150 juta orang menderita diabetes melitus di seluruh dunia, dan jumlah ini mungkin dua kali lipat pada tahun 2025. Sebagian besar kenaikan ini akan terjadi di negara-negara berkembang dan akan disebabkan oleh pertumbuhan populasi, penuaan, diet tidak sehat, obesitas dan gaya hidup. Pada tahun 2025, sementara kebanyakan penderita diabetes di negara maju yang berusia 65 tahun atau lebih, di negara-negara berkembang kebanyakan berada di kelompok usia 45-64 tahun dan terpengaruh pada usia produktif mereka (Sari, 2017)

Berdasarkan International Diabetes Federation, penderita DM saat ini sekitar 425 juta orang dewasa, pada tahun 2045 akan diprediksikan mencapai 629 juta. Di Indonesia sendiri diprediksi akan mencapai 10 juta, yang menempatkan Indonesia dalam urutan ke-7 tertinggi di dunia bersama Negara lainnya seperti China dan India (Nasution et al., 2020)

Prevalensi Diabetes Melitus menurut Provinsi di Daerah Perkotaan, Riset kesehatan dasar tahun 20017 bahwa terdapat 5.7 %, sedangkan prevalensi Diabetes Melitus penduduk umur ≥ 15 tahun menurut Provinsi di Indonesia meningkatkan terdapat 6.7 % pada tahun 2013, dan pada tahun 2018 diabetes melitus pada penduduk umur ≥ 15 tahun meningkatkan terdapat 10.9 % menurut konsensus perkeni 2015

Prevalensi diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun menurut karakteristik berdasarkan kelompok umur yang paling tertinggi adalah kelompok umur 55-64 tahun, pada jenis kelamin yang paling tinggi adalah jenis kelamin perempuan sebanyak 2,4 %, pada pendidikan tidak

tamat SD/MI sebanyak 2,9 %, pada pekerjaan PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD sebanyak 4,2 % dan tempat tinggal yang paling tinggi adalah perkotaan sebanyak 2,6 %

Rekapitulasi data tahun 2017 tentang data penyakit (LBI) di 27 puskesmas Balikpapan berdasar kasus baru terhimpun, Di Kota Balikpapan Kasus Penyakit Diabetes Melitus menempatkan dalam urutan ke-4 tertinggi dari 10 penyakit terbesar di Kota Balikpapan, dengan Kode E11 Diabetes Melitus pada kasus Jenis Kelamin Laki Laki sebanyak 9.167 orang dan Perempuan 13.314 orang. Pada kasus Baru yang menderita Non Insulin Dependen DM Laki-laki sebanyak 1.970 orang pada Perempuan sebanyak 3.638 orang adapun kasus lama Laki laki sebanyak 7.252 pada Perempuan sebanyak 14.755 kasus. Dari jumlah total kasus Non Insulin Dependen DM didapatkan berjumlah 27.481. (Dinas Kesehatan Kota Balikpapan, 2017)

Ada tiga faktor yang menunjang timbulnya kaki diabetik yaitu gangguan persarafan (neuropati), infeksi, dan gangguan aliran darah. Gangguan saraf dapat berupa mati rasa, akibatnya kaki tidak dapat merasakan nyeri. Karena tidak ada nyeri, penderita tidak akan menyadari gesekan atau tumbukan kaki dengan benda-benda yang dapat menimbulkan luka. Selain itu, gangguan saraf otonom menyebabkan tidak adanya produksi keringat, sehingga kulit menjadi kering dan pecah-pecah, keadaan ini juga dapat memicu timbulnya luka. Rusaknya kulit akibat perlukaan menyebabkan hilangnya pelindung fisik jaringan terhadap invasi kuman, sehingga kaki rentan infeksi. Pada penderita diabetes, infeksi pada kaki diabetik 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, jika luka sudah kronis dan sulit disembuhkan atau membahayakan jiwa penderitanya, amputasi menjadi salah satu alternatif jalan keluar. Untuk mencegah timbulnya kaki diabetik, penderita diabetes hendaknya memperhatikan dua hal yaitu mengontrol gula darah agar tetap stabil pada rentang nilai normal ($GDS < 200 \text{ mg/dl}$) dan melakukan perawatan kaki secara teratur (Dwingsih, 2014)

Pada penderita Diabetes Melitus banyak yang mengeluhkan terjadinya ulkus diabetik sehingga diabetes mellitus menjadi penyebab terjadinya amputasi kaki pada penderita Diabetes Melitus. Pencegahan supaya tidak terjadi amputasi sebenarnya sangat sederhana, tetapi sering terabaikan. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah kepatuhan pasien dalam perawatan atau mengatur dirinya untuk mengontrol kadar glukosa darah melalui kedisiplinan diet, melakukan pencegahan luka serta perawatan kaki seperti yang telah disarankan oleh tenaga kesehatan. Perawatan kaki yang efektif dapat mencegah terjadinya resiko ulkus menjadi amputasi, selain itu penderita Diabetes Melitus perlu dilakukan screening kaki diabetisi dengan membuat format pengkajian kaki diabetes. Dan mengkatagorikan resiko ulkus kaki diabetik sampai tindak lanjut penanganan kaki diabetik sesuai klasifikasi (Mamohtob, 2018)

Munculnya ulkus diabetik tersebut menimbulkan gangguan fisik maupun psikis terhadap pasien seperti nyeri kaki, kerusakan integritas kulit, intoleransi aktifitas, gangguan pola tidur, cemas, penyebaran infeksi, dan lain-lain. Masalah

keperawatan tersebut dapat dicegah dengan penatalaksanaan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh mulai dari pengkajian masalah, menentukan diagnosa keperawatan, membuat intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan pada pasien. Hal terpenting dalam asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetik dengan kerusakan integritas kulit yaitu dengan perawatan luka yang tepat.

Perawat mempunyai peran penting dalam membuat perencanaan untuk mencegah terjadinya infeksi yaitu dengan manajemen perawatan luka. Keluarga juga memiliki peran sebagai sistem pendukung utama dalam merawat, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan pasien. Keluarga sangat berpengaruh untuk kesembuhan pasien dengan ulkus diabetikum dalam meningkatkan kualitas hidup, kesehatan serta meningkatkan proses pemulihan (Jazi, 2017).

Berdasarkan data rekam medis di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwobowo didapatkan data data tahun 2021 di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo khususnya ruang perawatan Flamboyan B terhitung sejak 1 Januari 2021 Hingga 30 Mei 2021 terdapat 64 kasus Diabetes Mellitus dengan 10 kasus Ulkus Diabetik (Rekam Medic RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo, 2021).

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk menyusun laporan tugas akhir mengenai “Asuhan Keperawatan pada pasien Ulkus DIabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021 secara komprehensif guna memperoleh gambaran secara nyata.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo kota Balikpapan Kalimantan Timur 2021”

C. Tujuan Peneliti

Tujuan Penelitian Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah:

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini mendeskripsikan kasus Ulkus Diabetikum secara rinci dan mendalam yang ditekankan pada aspek tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan Pengkajian Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo
- b. Menegakkan Diagnosis Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo
- c. Menyusun Perencanaan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo
- d. Melaksanakan Intervensi Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo
- e. Mengevaluasi Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo

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 pada klien dengan Ulkus Diabetikum.

2. Bagi Tempat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada bidang Pelayanan Kesehatan mengenai Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum sehingga dapat menjadi fasilitator untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan masukan dalam mengembangkan ilmu keperawatan dan dapat melakukan Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Ulkus Diabetikum

1. Pengertian

Diabetes melitus merupakan sekumpulan gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat kerusakan pada sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (Bare, 2015). Diabetes melitus merupakan suatu kelompok penyakit atau gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi urin, kerja insulin, atau kedua – duanya (ADA, 2017)

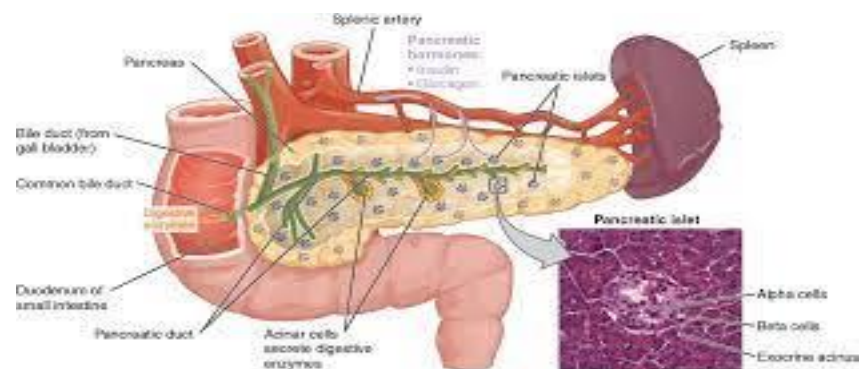
Ulkus adalah luka terbuka pada permukaan kulit atau selaput lendir dan ulkus adalah kematian jaringan yang luas dan disertai invasi kuman saprofit. Adanya kuman saprofit tersebut menyebabkan ulkus berbau, ulkus diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit DM dengan neuropati perifer (Heinz, 2013)

Ulkus diabetic 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 diabetic melalui pembentukan plak atherosclerosis pada dinding pembuluh darah (Heinz, 2013)

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi

Pankreas manusia secara anatomi letaknya menempel pada duodenum dan terdapat kurang lebih 200.000 – 1.800.000 pulau Langerhans. Dalam pulau langerhans jumlah sel beta normal pada manusia antara 60% - 80% dari populasi sel Pulau Langerhans. Pankreas berwarna putih keabuan hingga kemerahan. Organ ini merupakan kelenjar majemuk yang terdiri atas jaringan eksokrin dan jaringan endokrin. Jaringan eksokrin menghasilkan enzim-enzim pankreas seperti amylase, peptidase dan lipase, sedangkan jaringan endokrin menghasilkan hormon-hormon seperti insulin, glukagon dan somatostatin (Dolensek, Rupnik & Stozer, 2015).



Gambar 2.1
Anatomi Pankreas & Histologi Pulau Langerhans
(Sumber: Dolonsek, Rupnik&Stozer, 2015)

Pulau Langerhans mempunyai 4 macam sel yaitu:

- 1) Sel Alfa: sekresi glukagon
- 2) Sel Beta: sekresi insulin
- 3) Sel Delta: sekresi somatostatin

4) Sel Pankreatik

Hubungan yang erat antar sel-sel yang ada pada pulau Langerhans menyebabkan pengaturan secara langsung sekresi hormon dari jenis hormon yang lain. Terdapat hubungan umpan balik negatif langsung antara konsentrasi gula darah dan kecepatan sekresi sel alfa, tetapi hubungan tersebut berlawanan arah dengan efek gula darah pada sel beta. Kadar gula darah akan dipertahankan pada nilai normal oleh peran antagonis hormon insulin dan glukagon, akan tetapi hormon somatostatin menghambat sekresi keduanya (Dolensek, Rupnik & Stozer, 2015).

b. Fisiologi Pengaturan Sekresi Insulin

Peningkatan kadar glukosa darah dalam tubuh akan menimbulkan respons tubuh berupa peningkatan sekresi insulin. Bila sejumlah besar insulin disekresikan oleh pankreas, kecepatan pengangkutan glukosa ke sebagian besar sel akan meningkat sampai 10 kali lipat atau lebih dibandingkan dengan kecepatan tanpa adanya sekresi insulin. Sebaliknya jumlah glukosa yang dapat berdifusi ke sebagian besar sel tubuh tanpa adanya insulin, terlalu sedikit untuk menyediakan sejumlah glukosa yang dibutuhkan untuk metabolisme energi pada keadaan normal, dengan pengecualian di sel hati dan sel otak (Dolensek, Rupnik & Stozer, 2015).

Pada kadar normal glukosa darah puasa sebesar 80-90 mg/100ml, kecepatan sekresi insulin akan sangat minimum yakni 25mg/menit/kg berat badan. Namun ketika glukosa darah tiba-tiba meningkat 2-3 kali dari kadar

normal maka sekresi insulin akan meningkat yang berlangsung melalui 2 tahap: (Dolensek, Rupnik & Stozer, 2015).

- a. Ketika kadar glukosa darah meningkat maka dalam waktu 3-5 menit kadar, insulin plasama akan meningkat 10 kali lipat karena sekresi insulin yang sudah terbentuk lebih dahulu oleh sel-sel beta pulau langerhans. Namun, pada menit ke 5-10 kecepatan sekresi insulin mulai menurun sampai kira-kira setengah dari nilai normalnya.
- b. Kira-kira 15 menit kemudian sekresi insulin mulai meningkat kembali untuk kedua kalinya yang disebabkan adanya tambahan pelepasan insulin yang sudah lebih dulu terbentuk oleh adanya aktivasi beberapa sistem enzim yang mensintesis dan melepaskan insulin baru dari sel beta (Fundacion Terram, 2015)

3. Klasifikasi

Klasifikasi ulkus diabetik menurut adalah sebagai berikut (Heinz, 2013).

- a. Derajat 0 : Tidak ada lesi yang terbuka, luka masih dalam keadaan utuh dengan adanya kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “claw, callus”
- b. Derajat I : Ulkus superfisial yang terbatas pada kulit.
- c. Derajat II : Ulkus dalam yang menembus tendon dan tulang.
- d. Derajat III : Abses dalam, dengan atau tanpa adanya osteomielitis.
- e. Derajat IV : Gangren yang terdapat pada jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa adanya selulitis.
- f. Derajat V : Gangren yang terjadi pada seluruh kaki atau sebagian pada tungkai.

4. Etiologi

a. Etiologi Diabetes Melitus

1) Diabetes melitus tipe I / IDDM (Insulin Dependent Diabetes Melitus).

Diabetes mellitus ini disebabkan akibat kekurangan atau tidak ada sama sekali sekresi insulin dalam darah yang terjadi karena kerusakan dari sel beta pancreas (Heinz, 2013)

2) Diabetes melitus tipe II / NIDDM (Non Insulin Dependent Diabetes Melitus).

Diabetes melitus ini disebabkan oleh insulin yang ada tapi tidak dapat bekerja dengan baik, kadar insulin dapat normal, rendah bahkan meningkat tapi fungsi insulin untuk metabolisme glukosa tidak ada / kurang akibat glukosa dalam darah tetap tinggi sehingga terjadi hiperglikemi dan biasanya dapat diketahui diabetes melitus setelah usia 30 tahun keatas (Heinz, 2013)

Penyebab lain dari diabetes melitus adalah:

- 1) Usia
- 2) Gaya hidup dan stress
- 3) Pola makan yang salah
- 4) Jenis Kelamin

b. Etiologi Ulkus Diabetikum

Ulkus Diabetik pada dasarnya disebabkan oleh trias klasik yaitu neuropati, iskemia, dan infeksi (Heinz, 2013)

- 1) Neuropati, Sebanyak 60% penyebab terjadinya ulkus pada kaki penderita diabetes adalah neuropati. Peningkatan gula darah mengakibatkan

peningkatan aldose reduktase dan sorbitol dehidrogenase dimana enzim-enzim tersebut mengubah glukosa menjadi sorbitol dan fruktosa. Produk gula yang terakumulasi ini mengakibatkan sintesis myoinositol pada sel saraf menurun sehingga mempengaruhi konduksi saraf. Hal ini menyebabkan penurunan sensasi perifer dan kerusakan inervasi saraf pada otot kaki. Penurunan sensasi ini mengakibatkan pasien memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mendapatkan cedera ringan tanpa disadari sampai berubah menjadi suatu ulkus. Resiko terjadinya ulkus pada kaki pada pasien dengan 12 penurunan sensoris meningkat tujuh kali lipat lebih tinggi dibandingkan pasien diabetes tanpa gangguan neuropati

- 2) Vaskulopati, Keadaan hiperglikemi mengakibatkan disfungsi dari sel-sel endotel dan abnormalitas pada arteri perifer. Penurunan nitric oxide akan mengakibatkan konstriksi pembuluh darah dan meningkatkan resiko aterosklerosis, yang akhirnya menimbulkan iskemia. Pada DM juga terjadi peningkatan tromboksan A₂ yang mengakibatkan hiperkoagulabilitas plasma. Manifestasi klinis pasien dengan insufisiensi vaskular menunjukkan gejala berupa klaudikasio, nyeri pada saat istirahat, hilangnya pulsasi perifer, penipisan kulit, serta hilangnya rambut pada kaki dan tangan.
- 3) Immunopati, Sistem kekebalan atau imunitas pada pasien DM mengalami gangguan (compromise) sehingga memudahkan terjadinya infeksi pada luka. Selain menurunkan fungsi dari sel-sel polimorfonuklear, gula darah yang tinggi adalah medium yang baik untuk pertumbuhan bakteri. Bakteri yang dominan pada infeksi kaki adalah aerobik gram positif kokus seperti *S.*

aureus dan β -hemolytic streptococci .Pada telapak kaki banyak terdapat jaringan lunak yang rentan terhadap infeksi dan penyebaran yang mudah dan cepat kedalam tulang, dan mengakibatkan osteitis. Ulkus ringan pada kaki dapat dengan mudah berubah menjadi osteitis/osteomyelitis dan gangrene apabila tidak ditangani dengan benar (Egziabher & Edwards, 2013)

5. Patofisiologi

Proses terjadinya masalah ulkus diabetikum diawali adanya hiperglikemia pada penyandang diabetes yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati, baik neuropati sensorik maupun motorik dan autonomik akan mengakibatkan berbagai perubahan pada kulit dan otot yang kemudian menyebabkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya ulkus. Adanya kerentanan terhadap infeksi menyebabkan infeksi mudah merebak menjadi infeksi yang luas. Faktor aliran darah yang kurang juga akan lebih lanjut menambah rumitnya pengelolaan ulkus diabetikum. Awal proses pembentukan ulkus berhubungan dengan hiperglikemia yang berefek pada saraf perifer, kolagen, keratindan suplai vaskuler. Dengan adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras pada daerah kaki yang mengalami beban terbesar. *Neuropati sensori perifer* memungkinkan terjadinya trauma berulang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan area kalus. Selanjutnya akan terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya ruptur sampai permukaan kulit dan menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka abnormal menghalangi resolusi. Mikroorganisme yang masuk

mengadakan kolonisasi didaerah ini. Drainase yang inadkuat menimbulkan closed space infection. Akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya (Budiono, 2015).

6. Manifestasi Klinis

Adanya penyakit diabetes ini pada awalnya seringkali tidak di rasakan dan tidak di sadari oleh penderita, beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian adalah (Heinz, 2013).

a. Keluhan klasik

1) Banyak kencing (*poliuria*)

Karena sifatnya, kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan banyak kencing. Kencing yang sering dan dalam jumlah yang banyak akan sangat mengganggu penderita, terutama pada waktu malam hari.

2) Banyak minum (*polidipsi*)

Rasa haus amat sering dialami krena banyak cairan yang keluar melalui kencing.

3) Banyak makan

Rasa lapar yang semakin besar sering timbul pada penderita diabetes melitus karena psien mengalami keseimbangan kalori negatif, sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar. Untuk menghilangkan rasa lapar itu penderita banyak makan.

4) Penurunan berat badan dan rasa lemah

Penurunan berat badan yang berlangsung dalam relatif singkat harus menimbulkan kecurigaan. Rasa lemah yang hebat yang menyebabkan penurunan konsentrasi. Hal ini disebabkan glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga. Untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari cadangan lain yaitu sel lemak dan otot. Akibatnya penderita kehilangan jaringan lemak dan otot sehingga menjadi kurus.

b. Keluhan lain

1) Gangguan saraf tepi/kesemutan

Penderita mengeluh rasa sakit atau kesemutan terutama pada kaki di waktu malam hari, sehingga mengganggu tidur

2) Gangguan penglihatan

Pada fase awal diabetes sering di jumpai gangguan penglihatan

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada ulkus diabetikum adalah (Sari et al., 2018)

a. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi

Denesvasi kulit menyebabkan produktivitas keringat menurun, sehingga kulit kaki kering, pecah, rabut kaki/jari (-), kalus, claw toe ulkus tergantung saat ditemukan (0-5).

2) Palpasi

a) Kulit kering, pecah-pecah, tidak normal

b) Klusi arteri dingin, pulsasi (-)

c) Ulkus: kalus tebal dan keras

b. Pemeriksaan vaskuler

Tes vaskuler noninvasif: pengukuran oksigen transkutaneus, ankle brachial index (ABI), absolute toe systolic pressure. ABI : tekanan sistolik betis dengan tangan tekanan sistolik lengan.

1) Pemeriksaan radiologis: gas subkutan benda asing, osteomyelitis

2) Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah:

a) Pemeriksaan darah

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

b) Urin

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

8. Komplikasi

Menurut Tarwoto pasien dengan Diabetes Melitus beresiko terjadi komplikasi baik bersifat akut maupun kronis diantaranya (Sari et al, 2018).

a. Komplikasi akut

1) Koma hiperglikemia disebabkan kadar gula sangat tinggi biasanya terjadi pada NIDDM

- 2) Ketoasidosis atau keracunan zat keton sebagai hasil metabolisme lemak dan protein terutama terjadi pada IDDM
- 3) Koma hipoglikemia akibat terapi insulin yang berlebihan atau tidak terkontrol

b. Komplikasi kronis

- 1) Mikroangiopati (kerusakan pada saraf-saraf perifer pada organ yang mempunyai pembuluh darah kecil seperti pada :
 - a) Retinopati diabetika (kerusakan saraf retina dimata) sehingga mengakibatkan kebutaan
 - b) Neuropati diabetika (kerusakan saraf-saraf perifer) mengakibatkan baal/gangguan sensoris pada organ tubuh
 - c) Nefropati diabetika (kelainan atau kerusakan pada ginjal) dapat mengakibatkan gagal ginjal
- 2) Makroangiopati
 - a) Kelainan pada jantung dan pembuluh darah seperti miokard infark maupun gangguan fungsi jantung karena arteriosklerosis
 - b) Penyakit vaskuler perifer
 - c) Gangguan sistem pembuluh darah otak atau stroke
 - d) Gangren diabetika karena adanya neuropati dan terjadi luka yang tidak sembuh-sembuh
 - e) Angka kematian dan kesakitan dari diabetes mellitus terjadi akibat komplikasi seperti karena :
 - (1) Hiperglikemis atau hipoglikemia

- (2) Meningkatnya resiko infeksi
- (3) Komplikasi mikrovaskuler seperti retinopati, nefropati
- (4) Komplikasi neurofatik
- (5) Komplikasi makrovaskuler seperti penyakit jantung koroner, stroke

9. Penataklasaan

Penatalaksanaan pada ulkus diabetikum sebagai berikut (Heinz, 2013)

a. Pengobatan

Pengobatan dari gangren diabetik sangat dipengaruhi oleh derajat dan dalamnya ulkus, apabila di jumpai ulkus yang dalam harus dilakukan pemeriksaan yang seksama untuk menentukan kondisi ulkus dan besar kecilnya debridement yang akan dilakukan. dari penatalaksanaan perawatan luka diabetik ada beberapa tujuan yang ingin dicapai, antara lain:

- 1) Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab
- 2) Optimalisasi suasana lingkungan luka dalam kondisi lembab
- 3) Dukungan kondisi klien atau host (nutrisi, kontrol diabetes melitus dan kontrol faktor penyerta)
- 4) Meningkatkan edukasi klien dan keluarga

b. Perawatan luka diabetik

1) Mencuci luka

Merupakan hal pokok untuk meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka serta menghindari kemungkinan terjadinya infeksi. Proses pencucian luka bertujuan untuk membuang jaringan nekrosis, cairan luka yang berlebihan, sisa balutan yang digunakan

dan sisa metabolik tubuh pada permukaan luka. Cairan yang terbaik untuk mencuci luka adalah yang non toksik pada proses penyembuhan luka (misalnya NaCl 0,9%). Penggunaan hidrogenperoxida hypochlorite solution dan beberapa cairan debridement lainnya. Cairan antiseptik seperti provine iodine sebaiknya hanya digunakan saat luka terinfeksi atau tubuh pada keadaan penurunan imunitas.

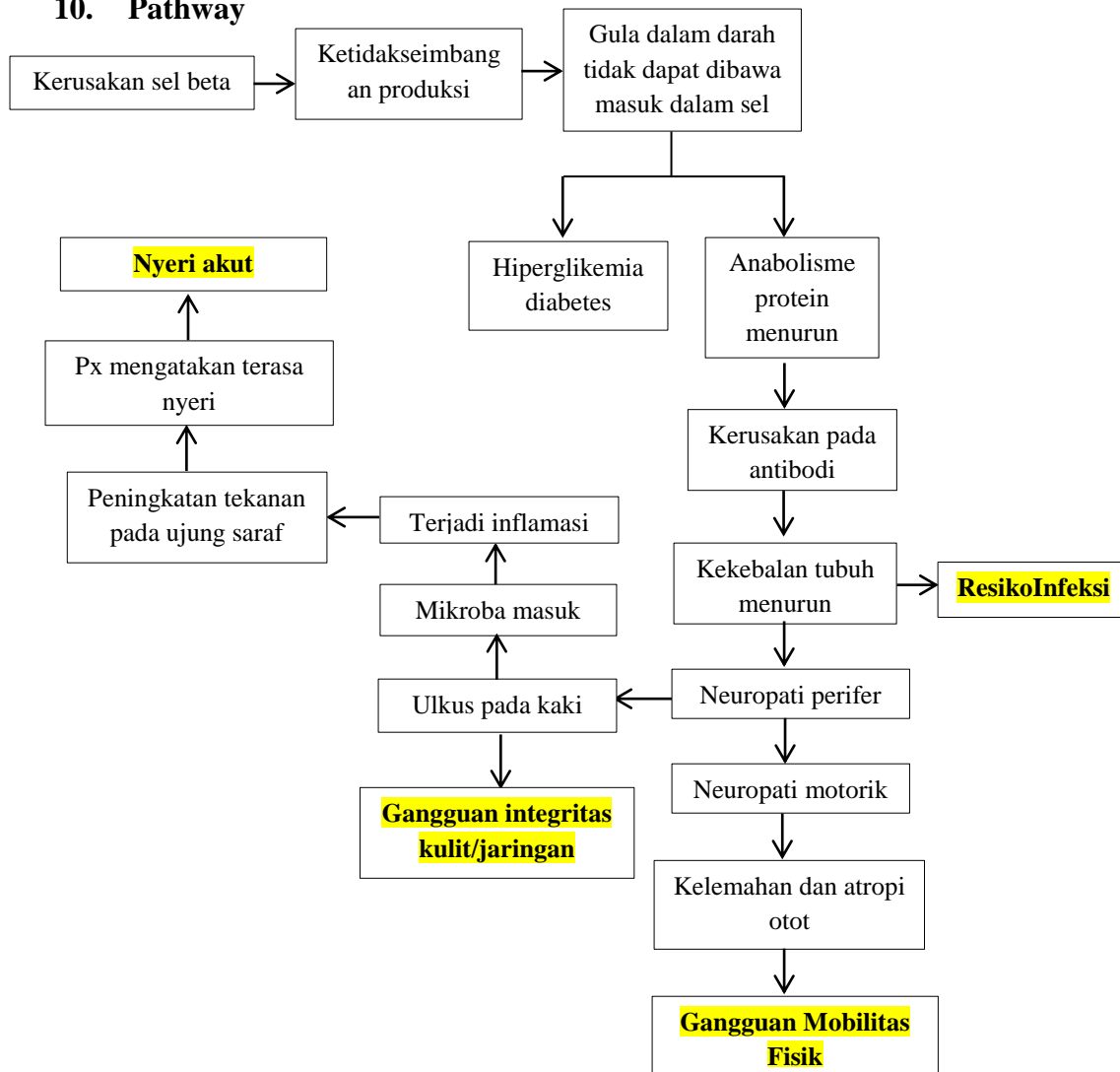
2) Debridement

Debridement adalah membuang jaringan mati atau jaringan yang tidak penting. Debridemen jaringan nekrotik merupakan komponen integral dalam pentalaksanaan ulkus kronik agar ulkus mencapai penyembuhan. Proses debridemen dapat dengan cara pembedahan, enzimatik, autolitik, mekanik, dan biological (larva).

3) Pemberian hormon insulin

Pada pasien dengan DM tipe II tidak terlalu tergantung pada insulin, tetapi memerlukannya sebagai pendukung untuk menurunkan glukosa darah dalam mempertahankan kehidupan. Tujuan pemberian insulin adalah meningkatkan transport glukosa ke dalam sel dan menghambat konversi glikogen dan asam amino menjadi glukosa.

10. Pathway



Bagan 2.1 Pathway Ulkus Diabetikum
(Sumber: Rissa Fitriani, 2016)

B. 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,2015)

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 cekung³²

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

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi penderita Ulkus Diabetikum yang disesuaikan dengan (DPP, 2017), yaitu :

a. Nyeri Akut (D.0077)

Definisi: Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan konsep mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab:

- 1) Agen pencedera fisiologis (Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Batasan Karakteristik:

1) Gejala dan Tanda Mayor:

- (1) Subjektif: Mengeluh nyeri
- (2) Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif (waspada menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

2) Gejala dan Tanda Minor

- (1) Subjektif: tidak tersedia
- (2) Objektif: Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis

Kondisi Klinis Terkait:

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom coroner akut
- e) Glaukoma

b. Kerusakan Integritas Kulit (D.0129)

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

Penyebab:

- 1) Perubahan sirkulasi
- 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan/kekurangan)
- 3) Kekurangan atau kelebihan volume cairan
- 4) Penurunan mobilitas
- 5) Bahan kimia iritatif
- 6) Suhu lingkungan yang ekstrem
- 7) Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- 8) Efek samping terapi radiasi
- 9) Kelembapan
- 10) Proses penuaan
- 11) Neuropati perifer
- 12) Perubahan pigmentasi
- 13) Perubahan hormonal
- 14) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan melindungi integritas jaringan

Batasan Karakteristik:

1) Gejala dan Tanda Mayor:

- a) Subjektif: Tidak Tersedia
- b) Objektif: Kerusakan jaringan atau lapisan kulit

2) Gejala dan Tanda Minor:

- a) Subjektif: Tidak Tersedia
- b) Objektif: Nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma

Kondisi Klinis Terkait:

- a) Imobilisasi
 - b) Gagal jantung kongestif
 - c) Gagal ginjal
 - d) Diabetes Melitus
 - e) Imunodefisiensi (mis. AIDS)
- c. Resiko Infeksi (D.0142)

Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Risiko:

- 1) Penyakit Kronis (Diabetes Melitus)
- 2) Efek prosedur invasif
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
 - a) Gangguan peristaltik
 - b) Kerusakan integritas kulit

- c) Perubahan sekresi pH
 - d) Penurunan kerja siliaris
 - e) Ketuban pecah lama
 - f) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - g) Merokok
 - h) Status cairan tubuh
- 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:
- a) Penurunan hemoglobin
 - b) Imunosupresi
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi Klinis Terkait:

- a) AIDS
- b) Luka bakar
- c) Penyakit paru obstruktif kronis
- d) Diabetes melitus
- e) Tindakan invasiif
- f) Kondisi penggunaan terapi steroid
- g) Penyalahgunaan obat ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)
- h) Kanker
- i) Gagal ginjal
- j) Imunosupresi

k) Leukositopenia

l) Gangguan fungsi hati

d. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

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

Penyebab:

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Ketidakbugaran fisik
- 4) Penurunan kendali otot
- 5) Penurunan massa otot
- 6) Penurunan kekuatan otot
- 7) Keterlambatan perkembangan
- 8) Kekakuan sendi
- 9) Kontraktur
- 10) Malnutrisi
- 11) Gangguan muskuloskeletal
- 12) Gangguan neuromuskular
- 13) Indeks massa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- 14) Efek agen farmakologis
- 15) Program pembatasan gerak
- 16) Nyeri
- 17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik

- 18) Kecemasan
- 19) Gangguan kognitif
- 20) Keengganan melakukan pergerakan
- 21) Gangguan sensori persepsi

Batasan Karakteristik:

- 1) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - b) Objektif: Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- 2) Gejala dan Tanda Minor
 - a) Subjektif: Nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak
 - b) Objektif: Sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah

Kondisi Klinis Terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera medulla spinalis
- 3) Trauma
- 4) Fraktur
- 5) Osteoarthritis
- 6) Osteomalasia
- 7) Keganasan

3. Intervensi Keperawatan

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

Berikut adalah uraian tujuan serta kriteria hasil dan intervensi keperawatan bagi penderita Ulkus Diabetikum yang disesuaikan dengan (PPNI T. p., 2018)

a. Nyeri Akut

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil: Tingkat Nyeri (L.08066)

- 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
- 2) Keluhan nyeri menurun
- 3) Meringis menurun
- 4) Sikap protektif menurun
- 5) Gelisah menurun
- 6) Kesulitan tidur menurun
- 7) Pola nafas membaik
- 8) Frekuensi nadi membaik
- 9) Tekanan darah membaik
- 10) Proses berfikir membaik

Intervensi: Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi karakteristik durasi frekuensi kualitas intensitas nyeri

- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi Komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik:

- 10) Berikan farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 11) Kontrol lingkungan perberat rasa nyeri
- 12) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- 14) Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
- 15) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 17) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 18) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

- 19) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

b. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Neuropati Perifer

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Integritas Kulit membaik

Kriteria Hasil: Penyembuhan Luka (L.14130)

- 1) Penyatuan kulit meningkat
- 2) Peradangan luka menurun
- 3) Nyeri menurun
- 4) Bau tidak sedap pada luka menurun

Intervensi: Perawatan Luka (I.14564)

Observasi:

- 1) Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik:

- 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, jika perlu
- 7) Pasang balutan sesuai luka
- 8) Pertahankan tehnik steril saat perawatan luka

Edukasi:

- 9) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 10) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- 11) Ajarkan prosedur perawatan luka mandiri

Kolaborasi:

12) Kolaborasi prosedur debridement (enzimatik, biologis, mekanik)

13) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu

c. Resiko Infeksi berhubungan dengan Penyakit kronis (diabetes mellitus),

Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko infeksi menurun.

Kriteria Hasil: Tingkat Infeksi (L.14137)

1) Kebersihan tangan meningkat

2) Kebersihan badan meningkat

3) Kemerahan menurun

4) Nyeri menurun

5) Cairan berbau menurun

6) Kultur daerah luka membaik

Intervensi: Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi:

1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik:

2) Batasi jumlah pengunjung

3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

4) Pertahankan tehnik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi:

- 5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 7) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka
- 8) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 9) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi:

- 10) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil: Mobilitas Fisik (L.05042)

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Gerakan terbatas menurun
- 6) Kelemahan fisik menurun

Intervensi: Dukungan Mobilisasi (I.05173)

Observasi:

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

3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi

4) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

Terapeutik:

5) Fasilitas melakukan mobilitas fisik, jika perlu

6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi:

7) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

8) Anjurkan ambulasi dini

9) Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan, yang adalah kategori dari perilaku keperawatan di mana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Sembiring, 2018).

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahap perencanaan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan (Sembiring, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien.

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Penilaian keberhasilan adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor : tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan yang tidak tepat dan terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi. Alasan pentingnya penilaian sebagai berikut : menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna, untuk menambah ketepatan tindakan keperawatan, sebagai bukti hasil dari tindakan perawatan dan untuk pengembangan dan penyempurnaan praktik keperawatan.

BAB III

METODE PENULISAN

A. Rancangan Penulisan

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dalam bentuk studi kasus yang mengeksplorasi suatu masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Ulkus Diabetikum di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini merupakan asuhan keperawatan dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria subjek penelitian yang akan dipilih antara lain:

1. Kriteria Inklusi:

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2017)

- a. Pasien dengan diagnose diabetes mellitus (DM)
- b. Subyek pasien terdiri dari 2 orang dengan ulkus diabetikum yang di rawat di ruang rawat inap.
- c. Pasien berjenis kelamin laki laki maupun perempuan
- d. Pasien dengan kesadaran compos mentis
- e. Pasien setuju menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi:

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab (Nursalam, 2017).

- a. Pasien yang memiliki komplikasi penyakit berat
- b. Pasien yang tidak kooperatif
- c. Pasien dengan penurunan kesadaran

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

a. Ulkus Diabetikum

Ulkus diabetikum merupakan kerusakan yang terjadi sebagian (Partial Thickness) atau keseluruhan (Full Thickness) pada daerah kulit yang meluas ke jaringan bawah kulit, tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit DM, kondisi ini timbul akibat dari peningkatan kadar gula darah yang tinggi. Apabila ulkus diabetikum berlangsung lama, tidak dilakukan penatalaksanaan dan tidak sembuh, luka akan menjadi terinfeksi. Ulkus diabetikum penyebab terjadinya gangren dan amputasi ekstremitas pada bagian bawah (Tarwoto, 2012).

b. Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum

Studi kasus dengan menggunakan Asuhan Keperawatan adalah rangkaian proses keperawatan pada individu yang mengalami gangguan Pankreas dengan melalui pengkajian, menetapkan diagnosis, menyusun perencanaan, melakukan implementasi (tindakan keperawatan) serta melakukan evaluasi pada pasien.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur pada pasien yang mengalami Ulkus Diabetikum pada klien 1 tanggal 07 Juni-09 Juni 2021 dan pada klien 2 14 Juni-17 Juni 2021.

E. Prosedur Studi Kasus

Prosedur studi kasus pada karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Mahasiswa melakukan penyusunan usulan penelitian dengan menggunakan studi kasus.
2. Mahasiswa melakukan ujian proposal, setelah proposal disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data.
3. Poltekkes Kemenkes Kaltim mengirimkan surat pengajuan izin pengumpulan data ke RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
4. Setelah surat dari Poltekkes Kemenkes Kaltim masuk, maka mahasiswa dapat melakukan studi kasus.
5. Mahasiswa melapor kepada Kepala Ruangan dan CI.44
6. Bersama Kepala ruangan, CI serta penguji, mahasiswa menentukan klien studi kasus sesuai dengan kriteria inklusi untuk dilakukan asuhan keperawatan.
7. Mahasiswa melakukan bina hubungan saling percaya kepada klien yang telah ditentukan , kemudain mahasiswa melakukan pengkajian kepada klien melalui pegisian format pengkajian ,observasi dan wawancara.
8. Setelah pengkajian telah dilakukan mahasiswa mangumpulkan data fokus untuk menegakkan diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI.

9. Setelah mahasiswa menegakkan diagnosa asuhan keperawatan selanjutnya Mahasiswa melakukan perencanaan asuhan keperawatan berdasarkan SLKI dan SIKI.
10. Mahasiswa melakukan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun berdasarkan SILI dan SLKI.
11. Mahasiswa melakukan evaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.
12. Mahasiswa membuat kesimpulan dan saran tentang masalah keperawatan yang ditemukan dalam studi kasus.
13. Mahasiswa melakukan perbaikan sesuai masukan pada saat konsultasi dengan pembimbing

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan Data

a. Wawancara

Wawancara yaitu hasil anamnesa yang dilakukan pada klien maupun pada keluarga. Hasil wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

b. Observasi

- 1) Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi).
- 2) Pengukuran Tanda-tanda Vital.
- 3) Dokumentasi asuhan keperawatan

G. Instrumen Pengumpulan Data.

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah yang di sepakati di lingkungan prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.

H. Keabsahan Data

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga) seperti orang tua, saudara, atau pihak lain yang mengerti tentang kesehatan klien dan dekat dengan klien.

3. Data Tersier

Catatan klien (perawatan atau rekam medis klien) yang merupakan riwayat penyakit dan perawatan klien dimasa lalu.

I. Analisis Data

Pengolahan hasil analisa data ini menggunakan anilisis statistik deskriptif. Analisis deskriptif adalah pendekatan penulisan deskriptif dengan menggunakan rancangan studi kasus. (Notoatmodjo, 2015).

Analisa data dilakukan sejak pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Dilakukan mulai awal pengkajian dan dilakukan pendokumentasian pada setiap hari untuk mengetahui perkembangan dari pasien. 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 data yang diperoleh. Selanjutnya diinterpretasikan oleh penulis dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No. 656 Balikpapan. RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo atau dahulu dikenal dengan Rumah Sakit Umum Balikpapan ini dibuka sejak tanggal 12 September 1949. Fasilitas yang tersedia antara lain: instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan UGD 24 jam.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan data dari kasus dari praktek keperawatan medical bedah II di ruang Flamboyan B dan Anggrek Hitam Lantai 6. Ruangan Flamboyan B adalah ruangan Kelas 3 yang dikhususkan merawat klien laki-laki kasus bedah dan non bedah sedangkan Anggrek Hitam Lantai 6 adalah ruangan Kelas 1 yang dikhususkan merawat klien perempuan kasus bedah dan non bedah.

Adapun batasan-batasan Ruangan Flamboyan B yaitu sebagai berikut: sebelah timur berbatasan dengan jalan menuju tangga turun ke lantai 1, sebelah utara berbatasan dengan Ruangan Isolasi, dan sebelah selatan berbatasan dengan Ruangan Flamboyan C serta sebelah barat berbatasan dengan Ruangan Flamboyan A.

Bangunan Ruang Flamboyan B terdiri dari 8 Ruangan dan 32 tempat tidur, tempat tidur pasien yang terbagi menjadi 1 ruangan 4 tempat tidur, 1 ruang tindakan, ruang makan dan ruang perawat (nurse station).

Adapun letak gedung ruang anggrek hitam yaitu sebelah utara berseberangan dengan bagian belakang ruang Kemuning sebelah barat berbatasan dengan masjid rumah sakit sebelah timur berbatasan dengan gedung instalasi gizi sebelah selatan gedung anggrek hitam adalah lahan parkir.

Ruang anggrek hitam lantai 6 terdiri dari 10 kamar dengan masing-masing kamar terdiri dari 2 tempat tidur dan 1 kamar mandi 1 ruang tindakan 1 ruang spoolhok 1 ruang perawat atau nurse station 1 pantry 1 Gudang 1 kamar mandi perawat satu musala khusus perawat satu ruang pertemuan dan satu ruang konsultasi

Kasus yang dirawat meliputi kasus klien Ulkus Diabetikum pada sub-sub ini akan dijelaskan sebagai berikut:

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Table 4. 1 Hasil Anamnesis dengan klien Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

DATA ANAMNESIS	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. H	Tn. A
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
Umur	52 Tahun	57 Tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	IRT	Montir
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SMA
Alamat	Jl. Umaq Suling Gang Fajar No. 01	Jl. Indrakila III No.65 Gunung

	A RT. 39 Sepinggan	Samarinda
Diagnosa Medis	Ulkus Pedis, Non Insulin Dependent Diabetes Melitus	Ulkus Pedis, Non Insulin Dependent Diabetes Melitus+Hipertensi
Nomor Register	08.00.XX	08.00.XX
MRS/ Tgl Pengkajian	MRS: 07 Juni 2021 Tgl. Pengkajian: 07 Juni 2021	MRS: 14 Juni 2021 Tgl. Pengkajian: 14 Juni 2021
Keluhan utama	Pasien mengatakan nyeri luka di jari kelingking kaki kiri.	Pasien mengatakan nyeri kaki kiri karena luka di punggung kaki.
Keluhan penyakit sekarang	Klien mengatakan terdapat luka di jari kelingking kaki kiri post terbentur kaki meja sejak tanggal 3 Juni 2021 kemudian keluar air dan berbau sejak Tanggal 6 Juni 2021 dan Nyeri pada jari kelingking kaki kiri, kemudian klien di bawa IGD RSKD pada pukul 07.00. kemudian klien Di pindahkan ke ruangan perawatan Angrek Hitam Lantai 6 kamar 14 pada jam 08.40 Pada saat dikaji pasien mengeluh nyeri di bagian kaki (luka pasien). P: Akibat luka/ ulkus yang berada di jari kelingking kaki sebelah kiri Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: Di bagian kaki/ daerah luka saja S: Skala nyeri 6 T : Nyeri dirasakan terus menerus	Klien mengatakan terdapat luka dipunggung kaki kiri klien tidak menyadari adanya luka klien menyadari adanya luka ketika pasien merasakan nyeri saat berjalan sehingga klien susah berjalan dikarenakan ulkus dikaki. kemudian klien di bawa IGD RSKD pada pukul 09.00 kemudian klien Di pindahkan ke ruangan perawatan Flamboyan B kamar 2 pada jam 11.00. Pada saat dikaji pasien mengeluh nyeri di bagian kaki(luka pasien). P: Akibat luka/ ulkus yang berada ditelapak kaki kiri Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: Di bagian kaki/ daerah luka saja S: Skala nyeri 6 T : Nyeri dirasakan terus menerus
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan mengalami penyakit Diabetes Melitus	Klien mengatakan mengalami penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi
Riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit yang sama yang diderita pasien saat ini.	Pasien mengatakan Bapak mengalami riwayat penyakit Hipertensi dan Ibu mempunyai riwayat Diabetes Melitus
Psikososial	a. Pasien mau diajak berkomunikasi kepada perawat. b. Pasien dapat menceritakan dan mau menjelaskan keadaannya kepada perawat. c. Pasien sangat senang bila diajak bercerita d. Pola komunikasi pasien baik. e. Berkomunikasi dengan perawat menggunakan Bahasa Indonesia. f. Kondisi emosi pasien cukup stabil. g. Orientasi pasien mengetahui sedang berada dimana, mengetahui hari dan tanggal. h. Pasien mampu mengingat	a. Pasien mau diajak berkomunikasi dengan perawat b. Pasien lebih banyak diam serta saat ditanya oleh perawat pasien terkadang nampak bingung dan tidak lekas menjawab. c. Pasien menjawab dengan muka lesu dan nada lebih pelan dan suara kurang terdengar jelas. d. Pasien cemas karena tidak bisa menjadi tulang punggung keluarga lagi karena penyakitnya e. Pasien dulu seorang pekerja bengkel f. Kondisi emosi pasien Cukup stabil. g. Orientasi pasien mengetahui

	kejadian awal pasien sebelum masuk rumah sakit sampai masuk rumah sakit. i. Pasien mengetahui tentang penyakitnya.	sedang berada dimana, mengetahui hari dan tanggal. h. Pasien mampu mengingat kejadian awal klien sebelum masuk rumah sakit sampai masuk rumah sakit. i. Pasien mengatakan cemas ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah. j. Pasien mengetahui tentang penyakitnya.
Spiritual	Sebelum sakit Klien sering untuk beribadah selama sakit klien jarang beribadah.	Sebelum sakit Klien sering untuk beribadah selama sakit klien jarang beribadah.

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas pasien. Pada klien 1 bernama Ny. H berusia 52 tahun, jenis kelamin perempuan, masuk rumah sakit pada tanggal 07 Juni 2021 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 07 Juni 2021 dengan diagnosa medis Ulkus Pedis, Non Insulin Dependent Diabetes Melitus. Sedangkan pada Klien 2 bernama Tn. A berusia 57 tahun, jenis kelamin laki-laki, masuk rumah sakit pada tanggal 14 Juni 2021 dan dilakukan pengkajian yaitu pada tanggal 14 Juni 2021 dengan diagnosa medis Ulkus Pedis, Non Insulin Dependent Diabetes Melitus, Hipertensi.

Pada pengkajian riwayat kesehatan pada Klien 1 keluhan utama yaitu ditemukan klien mengatakan nyeri luka di jari kelingking kaki kiri sedangkan pada klien 2 keluhan utama ditemukan klien mengatakan nyeri kaki kiri karena luka dipunggung kaki.

Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data klien 1 klien mengatakan terdapat luka di jari kelingking kaki kiri post terbentur kaki meja sejak tanggal 3 Juni 2021 kemudian keluar air dan berbau sejak Tanggal 6 Juni 2021 dan Nyeri pada jari kelingking kaki kiri. Sedangkan pada Klien 2 didapatkan data dari

riwayat penyakit sekarang yaitu Klien mengatakan terdapat luka dipunggung kaki kiri klien tidak menyadari adanya luka klien menyadari adanya luka ketika pasien merasakan nyeri saat berjalan sehingga klien susah berjalan dikarenakan ulkus dikaki.

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu ditemukan data Klien 1 pasien mengatakan mengalami penyakit Diabetes Melitus dan Klien 2 mengatakan mengalami Diabetes Melitus, Hipertensi.

Pada riwayat penyakit keluarga Klien 1, Klien mengatakan Pasien mengatakan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan penyakit yang sama yang diderita pasien saat ini dan Klien 2, Klien mengatakan Bapak mengalami riwayat penyakit Hipertensi dan Ibu mempunyai riwayat Diabetes Melitus.

Pada pengkajian data psikososial pada pasien 1 ditemukan pasien mau diajak berkomunikasi, pasien dapat menceritakan dan mau menjelaskan keadaannya kepada perawat, pasien sangat senang bila diajak bercerita dan pada Klien 2 pasien mau diajak berkomunikasi, pasien lebih banyak diam serta saat ditanya oleh perawat pasien terkadang nampak bingung dan tidak lekas menjawab, pasien menjawab dengan muka lesu dan nada lebih pelan dan suara kurang terdengar jelas, Pasien cemas karena tidak bisa menjadi tulang punggung keluarga lagi karena penyakitnya, Pasien dulu seorang pekerja bengkel, Pasien mengatakan cemas ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah.

Pada pengkajian data spriritual klien 1 dan klien 2 Sebelum sakit klien sering untuk beribadah selama sakit klien jarang beribadah.

Table 4. 2 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
Keadaan Umum	Sedang Tampak terpasang intravena cateter	Sedang Tampak terpasang intravena cateter
Kesadaran	Compos Mentis E4M6V5	Compos Mentis E4M6V5
Tanda-Tanda Vital	TD: 126/80 mmHg Nadi: 90xmnt RR: 22xmnt Temp: 36,4C	TD: 140/77 mmHg Nadi: 80xmnt RR: 20xmnt Temp: 37,0C
Kenyamanan/Nyeri	P: Luka/ ulkus yang berada di jari kaki kelingking sebelah kiri Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: di bagian kaki/ daerah luka saja S: Skala nyeri 6 T : Nyeri dirasakan terus Menerus jika digerakkan	P: Luka/ ulkus yang berada di punggung kaki sebelah kiri Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: di bagian kaki/ daerah luka saja S: Skala nyeri 6 T : Nyeri dirasakan terus Menerus jika digerakkan
Status Fungsional/Akrivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks	Total skor : 12 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan	Total skor : 11 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang
Pemeriksaan Kepala	Kepala: Finger print ditengah frontal terhidrasi, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban, rambut tidak mudah patah, rambut tidak bercabang, rambut tidak kusam dan tidak ada kelainan. Mata: Sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, refleks cahaya +, pupil isokor. Hidung: Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan Rongga Mulut dan Lidah: Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah. Telinga:	Kepala: Finger print ditengah frontal terhidrasi, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam mulai beruban, rambut tidak mudah patah, rambut tidak bercabang, rambut tidak kusam dan tidak ada kelainan. Mata: Sklera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, refleks cahaya +, pupil isokor. Hidung: Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan. Rongga Mulut dan Lidah: Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah.

	<p>Telinga simetris kanan dan kiri ukuran sedang, kanalis telinga bersih kanan dan kiri, tidak ada benda asing dan bersih pada lubang telinga.</p> <p>Leher: Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea letak ditengah.</p>	<p>Telinga: Telinga simetris kanan dan kiri ukuran sedang, kanalis telinga bersih kanan dan kiri, tidak ada benda asing dan bersih pada lubang telinga.</p> <p>Leher: Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea letak ditengah.</p>
Pemeriksaan Thoraks	<p>Keluhan: Pasien tidak ada keluhan sesak nafas</p> <p>Inspeksi: Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 22 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.</p> <p>Palpasi: Vokal premitus anterior dada simetris dan posterior dada simetris, Ekspansi paru anterior dada simetris dan posterior dada simetris Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi: Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p>Auskultasi: Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan.</p>	<p>Keluhan: Pasien tidak ada keluhan sesak nafas</p> <p>Inspeksi: Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.</p> <p>Palpasi: Vokal premitus anterior dada simetris dan posterior dada simetris, Ekspansi paru anterior dada simetris dan posterior dada simetris Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi: Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra</p> <p>Auskultasi: Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan.</p>
Pemeriksaan Jantung	<p>Tidak ada nyeri dada</p> <p>Inspeksi: tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordisi, CRT <2 detik, ujung jari tidak tabuh, ictus cordis tidak tampak, akral hangat</p> <p>Perkusi: Batas Atas ICS II line sternal dekstra Batas Bawah : ICS V line midclavicula sinistra Batas Kanan : ICS III line sternal dekstra Batas Kiri : ICS III line sternal sinistra Auskultasi BJ II Aorta: Dub,reguler dan intensitas kuat BJ II Pulmonal : Dub, reguler</p>	<p>Tidak ada nyeri dada</p> <p>Inspeksi: tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordisi, CRT <2 detik, ujung jari tidak tabuh, ictus cordis tidak tampak, akral hangat</p> <p>Perkusi: Batas Atas ICS II line sternal dekstra Batas Bawah : ICS V line midclavicula sinistra Batas Kanan : ICS III line sternal dekstra Batas Kiri : ICS III line sternal sinistra Auskultasi BJ II Aorta: Dub,reguler dan intensitas kuat BJ II Pulmonal : Dub,</p>

	<p>dan intensitas kuat BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak ada kelainan</p>	<p>reguler dan intensitas kuat BJ I Trikuspid : Lub, reguler dan intensitas kuat BJ I Mitral : Lub, reguler dan intensitas kuat tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak ada kelainan</p>
<p>Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi</p> <p>Abdomen</p>	<p>BB : 55 Kg TB : 158 Cm IMT : 22.03 Kg m2 Kategori: Berat badan normal Terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dari 60 kg menjadi 55kg. Asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan. BAB : 1kali sehari Konsistensi : lunak Jenis Diet : lunak frekuensi makan: 3 kali sehari Porsi makan: hanya mampu menghabiskan 4-5 sendok dari yang disediakan</p> <p>Abdomen : Inspeksi bentuk simetris, tidak ada bayangan vena, tidak ada terlihat adanya benjolan, tidak ada massa, tidak ada luka operasi pada abdomen, tidak terpasang drain. Auskultasi: Peristaltik 15 kali/menit, Palpasi: tidak ada kembung,tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada terdapat nyeri, tekan pada ginjal. Perkusi: Tidak ditemukan Shifting Dullness, tidak Ada nyeri ketuk pada ginjal</p>	<p>BB : 58 Kg TB : 160 Cm IMT : 22.66 Kg m2 Kategori: Berat badan normal Terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dari 63 kg menjadi 58kg. Asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan. BAB: 1kali sehari Konsistensi: lunak Jenis Diet: Lunak Frekuensi makan: 3 kali sehari Porsi makan: hanya mampu menghabiskan 3-4 sendok dari yang disediakan</p> <p>Abdomen: Inspeksi bentuk simetris, tidak ada bayangan vena , tidak ada terlihat adanya benjolan, tidak ada massa, tidak ada luka operasi pada abdomen , tidak terpasang drain. Auskultasi: Peristaltik 15 kali/menit Palpasi: tidak ada kembung, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba adanya massa, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada terdapat nyeri tekan pada ginjal. Perkusi: Tidak ditemukan Shifting Dullness, tidak nyeri ketuk pada ginjal</p>
<p>Pemeriksaan Sistem Syaraf</p>	<p>a. Memori : Panjang b. Perhatian : Dapat mengulang c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia) d. Kognisi : Baik e. Orientasi : Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)</p>	<p>a. Memori : Panjang b. Perhatian : Dapat mengulang c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia) d. Kognisi : Baik e. Orientasi : Baik (Terhadap</p>

	<p>f. Tidak ada keluhan pusing</p> <p>g. Istirahat/ tidur 7 jam/hari pasien sering terbangun</p> <p>h. Pemeriksaan syaraf kranial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N1 : Pasien mampu membedakan bau-bauan. - N2 : Pasien mampu melihat tanpa kacamata - N3 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping - N4 : Pupil pasien mengecil saat dirangsang cahaya - N5 : Pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam - N6 : Pasien mampu melihat benda tanpa menoleh - N7 : Pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan - N8 : Pasien dapat mendengar gesekan jari - N9 : Uvula pasien berada ditengah dan simetris - N10 : Pasien mampu menelan - N11 : Klien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu - N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah 	<p>orang, tempat dan waktu)</p> <p>f. Tidak ada keluhan pusing</p> <p>h. Istirahat/ tidur 6 jam/hari pasien sering terbangun</p> <p>i. Pemeriksaan syaraf kranial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N1 : Pasien mampu membedakan bau-bauan. - N2 : Pasien mampu melihat tanpa kacamata - N3 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping - N4 : Pupil pasien mengecil saat dirangsang cahaya - N5 : Pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam - N6 : Pasien mampu melihat benda tanpa menoleh - N7 : Pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan - N8 : Pasien dapat mendengar gesekan jari - N9 : Uvula pasien berada ditengah dan simetris - N10 : Pasien mampu menelan - N11 : Klien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu - N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah
Pemeriksaan Sistem Perkemihan	<p>a. Kebersihan : Bersih</p> <p>b. Kemampuan berkemih : Tidak menggunakan alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jenis : Tidak ada - Ukuran : Tidak ada - Hari ke : Tidak ada - Produksi urine 2000ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine <p>c. Tidak ada distensi kandung kemih</p> <p>d. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</p>	<p>a. Kebersihan : Bersih</p> <p>b. Keluhan berkemih: poliuria</p> <p>c. Kemampuan berkemih: tidak menggunakan alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jenis : Tidak ada - Ukuran : Tidak ada - Hari ke : Tidak ada - Produksi urine 2600ml/hari - Warna : Kuning cerah - Bau : Khas urine <p>d. Tidak ada distensi kandung kemih</p> <p>e. Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih</p>

<p>Pemeriksaan Sistem Muskuloskeletal</p>	<p>a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan Otot</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>c. Ekstremitas bawah mengalami keterbatasan dikarenakan ulkus d. Tidak ada kelainan tulang belakang e. Tidak ada fraktur dan tidak terpasang traks/spalk/gips f. Kulit berwarna kemerahan g. Turgor kulit baik h. Terdapat Luka : Ya - Luas luka : P x L = 3cm x 1,8cm - Derajat luka : Grade III - Warna dasar luka: Kekuningan - Tipe eksudat : purulent - Warna kulit sekitar luka : sedikit menghitam - Edema sekitar luka : Tidak edema - Tanda – tanda infeksi : Ya, terdapat slouhg - Edema ekstremitas : Tidak ada edema - Tidak ada pitting edema</p>	5	5	5	3	<p>a. Pergerakan sendi bebas b. Kekuatan Otot</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>c. Ekstremitas bawah mengalami keterbatasan dikarenakan ulkus d. Tidak ada kelainan tulang belakang e. Tidak ada fraktur dan tidak terpasang traksi/spalk/gips f. Kulit berwarna kemerahan g. Turgor kulit baik h. Terdapat Luka : Ya - Luas luka : P x L = 4cm x 7cm - Derajat luka : Grade III - Warna dasar luka: Kekuningan - Tipe eksudat : purulent - Warna kulit sekitar luka : menghitam - Edema sekitar luka : Tidak edema - Tanda – tanda infeksi: Ya, terdapat slouhg - Edema ekstremitas : Tidak ada edema - Tidak ada pitting edema</p>	5	5	5	3
5	5									
5	3									
5	5									
5	3									
<p>Pemeriksaan Sistem Endokrin</p>	<p>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening c. Tidak ada trias DM d. Pasien mengalami keadaan hiperglikemia dengan kadar glukosa darah : 202mg/dL e. Kondisi kaki DM - Jenis luka: Luka ganggren - Lama luka: 2 minggu - Warna: Kekuningan - Luas luka : P x L = 3cm x 1,8cm - Kulit kaki :sedikit menghitam disekitar luka - Kuku kaki : kelingking terdapat ulkus - Telapak kaki : Tidak terdapat luka - Jari kaki : kelingking terdapat ulkus</p>	<p>a. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid b. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening c. Ada trias DM d. Pasien mengalami keadaan hiperglikemia dngan kadar glukosa darah : 230mg/dl e. Kondisi kaki DM: - Jenis luka :Luka ganggren - Lama luka : 1 bulan - Warna : Kekuningan - Luas luka : P x L = 4cm x 7cm - Kulit kaki : menghitam disekitar luka - Kuku kaki : tidak ada luka - Telapak kaki : Tidak terdapat luka - Jari kaki : Tidak terdapat ulkus - Terdapat infeksi : Ya,</p>								

	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat infeksi : Ya, terdapat slough - Terdapat riwayat luka sebelumnya: tidak ada - Terdapat riwayat amputasi sebelumnya : Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> terdapat slough - Terdapat riwayat luka sebelumnya : tidak ada - Terdapat riwayat amputasi sebelumnya : Tidak ada
--	---	---

Berdasarkan table 4.2 ditemukan data dari Kenyamanan nyeri klien 1 nyeri luka yang berada di jari kaki kelingking sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dibagian luka saja, skala nyeri 6, nyeri dirasakan terus menerus saat digerakkan sedangkan klien 2 nyeri luka yang berada di punggung kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan tertusuk-tusuk, nyeri dibagian luka saja, skala nyeri 6, nyeri dirasakan terus menerus saat digerakkan.

Data pengkajian status fungsional/akrivitas dan mobilisasi barthel indeks klien 1 dengan skor 12 dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan ringan sedangkan klien 2 dengan skor 11 Dengan kategori tingkat ketergantungan pasien adalah ketergantungan sedang.

Data pengkajian pada pemeriksaan sistem pencernaan dan status nutrisi klien 1 terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dari 60 kg menjadi 55kg, asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan, porsi makan hanya mampu menghabiskan 4-5 sendok dari yang disediakan sedangkan pada klien 2 terdapat penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir dari 63 kg menjadi 58kg, asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan, porsi makan hanya mampu menghabiskan 3-4 sendok dari yang disediakan.

Data pengkajian pemeriksaan Sistem perkemihan klien 1 tidak ada keluhan berkemih, produksi urin 2000ml/hari, warna urine kuning cerah, dan bau khas

urine sedangkan klien 2 ada keluhan berkemih berkemih yaitu mengalami poliuria, produksi urine 2.600ml/hari, warna urine kuning cerah, dan bau khas urine.

Data pengkajian pemeriksaan sistem muskuloskeletal didapatkan klien 1 kekuatan otot 5553, ekstremitas bawah mengalami keterbatasan dikarenakan ulkus, kulit berwarna kemerahan, turgor kulit baik, terdapat luka, luas luka 3cm x 1,8cm, derajat luka grade III, warna dasar luka kekuningan, tipe eksudat purulent, warna kulit sekitar luka : sedikit menghitam, tidak ada edema sekitar luka, terdapat tanda infeksi terdapat slough sedangkan klien 2 kekuatan otot 5553, ekstremitas bawah mengalami keterbatasan dikarenakan ulkus, kulit berwarna kemerahan, turgor kulit baik, terdapat luka luas luka 4cm x 7cm derajat luka grade III, warna dasar luka kekuningan, tipe eksudat purulent, warna kulit sekitar luka menghitam, tidak ada edema sekitar luka, ada tanda-tanda infeksi terdapat slough.

Table 4. 3 Hasil Pemeriksaan Penunjang dengan klien Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Pemeriksaan Penunjang	Klien 1	Klien 2
Laboratorium	<p>Pada tanggal 07 Juni 2021 Hemoglobin: 11,5 (11,0-16,5) Leukosit: 11,77(4,00-10,00) Hematokrit : 26,5 (40,0-54,0) Trombosit : 280 (150-450) Eritrosit : 3,43 (4,50-6,20) MCV : 77,3 (81,0-99,0) MCH : 25,9 (27,0-31,0) MCHC : 33,7 (33,0-37,0) RDW-CV : 18,2 (11,5-14,5) Neutrophil 88,1 (50-70) Limfosit : 17,5 (20-40) Antigen : non rektif Kimia Darah: Glukosa sewaktu 202 (<200 perkeni)</p> <p>Pada tanggal 08 Juni 2021 Kimia darah: Glukosa darah puasa 120 mg/Dl (<126)</p> <p>Pada tanggal 09 Juni 2021 Kimia darah: Glukosa darah puasa 110 mg/Dl (<126)</p> <p>Pada tanggal 10 Juni 2021 Kimia darah: Glukosa darah puasa 100 mg/Dl (<126)</p>	<p>Pada tanggal 14 Juni 2021 Hemoglobin: 11,0 (11,0-16,5) Leukosit: 15,83 (4.00-10.00) Hematokrit: 35,01 (40.0-54.0) Trombosit: 422 (150-450) Eritrosit: 4,07 (4.50-6,20) MCV: 86,2 (81,0 - 99,0) MCH: 29,2 (27,0 – 31,0) MCHC: 33,9 (33,0 –37,0) RDW-CV: 11,6 (11,5-4,5) Neutrophil: 81,1 (50 – 70) Limfosit: 10,2 (20 – 40) Antigen: non reaktif Kimia Darah: Glukosa sewaktu 230 (<200 perkeni)</p> <p>Pada tanggal 15 Juni 2021 Kimia darah: Glukosa darah puasa 137 mg/Dl (<126)</p> <p>Pada tanggal 16 Juni 2021 Kimia darah: Glukosa darah puasa 80 mg/Dl (<126)</p> <p>Pada tanggal 17 Juni 2021 Kimia darah: Glukosa darah puasa 100 mg/Dl (<126)</p>
Rontgen	Tidak ada	Tidak ada
EKG	Tidak ada	Tidak ada
USG	Tidak ada	Tidak ada

Berdasarkan table 4.3 ditemukan pada pemeriksaan penunjang pada pasien 1 dan pasien 2 dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium klien 1 didapatkan hasil leukosit 11,77 dengan glukosa darah sewaktu 202mg/dl

sedangkan klien 2 didapatkan hasil leukosit 15,83 dengan glukosa darah sewaktu 230 mg/dl.

Table 4. 4 Hasil Penataklasaan Terapi dengan klien Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Klien 1	Klien 2
Nacl 0,9% 16 Tpm (IV) Santagesic 3x1 2mg (IV) Ceftriaxone 2x1gram (IV) Lantus 8 unit (IV)	Nacl 0,9% 16 Tpm (IV) Santagesic 3x1 2mg (IV) Metronidazole 3x1 500 gram (IV) Meropenem 3x1 1gram (IV) Ceftriaxone 2x1 gram (IV) Amlodipine 5mg (Tab) Lantus 8 unit (IV)

Berdasarkan table 4.4 ditemukan data penataklasaan terapi pemberian obat pada klien 1 yaitu nacl 0,9%, santagesic, Ceftriaxone, , lantus sedangkan klien 2 nacl 0,9%, Santagesic, metronidazole, meropeenem, ceftriaxone, amlodipine,lantus

Table 4. 5Analisa Data Klien 1 dengan klien Ulkus Diabetikum di ruang Anggrek Lantai 6 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri dibagian luka di jari kelingking kaki kiri P: Akibat luka/ulkus yang berada di jari kelingking kaki kiri Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: Dibagian kaki daerah luka saja S: Skala nyeri 6 T: Nyeri dirasakan terus menerus jika digerakkan</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Klien tampak meringis b. Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) c. Klien tampak gelisah d. Terdapat luka di kelingking kaki kiri e. Klien menderita ulkus f. Didapatkan hasil tanda-tanda vital: TD: 126/80mmHg N: 90x/menit S: 36,4 C RR: 22x/menit</p>	<p>Agen pencedera fisiologis (infalamasi, iskemik)</p>	<p>Nyeri akut (D.0077)</p>
2.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan terdapat luka di jari kelingking kaki kiri b. Klien mengatakan post terbentur kaki meja 3 hari kemudian keluar air dan berbau</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Terdapat luka pada jari kelingking kaki kiri b. Luas luka : PxL = 3cmx1,8cm c. Luka Grade III d. Warna luka : Kekuningan e. Terdapat pus dan luka berbau khas f. Warna kulit sekitar tepi luka berwarna sedikit menghitam</p>	<p>Neuropati perifer</p>	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)</p>
3.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan post terbentur 3 hari kemudian luka berair dan berbau</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Kadar leukosit klien mengalami peningkatan : 11,77/uL b. Terdapat luka di jari kelingking kaki kiri c. Luas luka PxL: 3cm,1,8cm d. Warna luka : kekuningan e. Terdapat pes dan bau khas f. Luka Grade III</p>	<p>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit</p>	<p>Resiko infeksi (D.0142)</p>

4.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan merasa nyeri bagian jari kelingking kaki kiri saat bergerak</p> <p>b. Klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>c. Pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan didaerah luka</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a.</p> <table border="1" data-bbox="395 555 536 667"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>Kekuatan otot menurun</p> <p>b. Klien tampak gerakannya terbatas</p> <p>c. Klien tampak lemah</p> <p>d. Rentang gerak (ROM) menurun</p>	5	5	5	3	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
5	5						
5	3						

Table 4. 6 Analisa Data pada Klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di ruang Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan nyeri dibagian luka di punggung kaki kiri</p> <p>P: Akibat luka/ulkus yang berada di punggung kaki kiri</p> <p>Q: Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Dibagian kaki daerah luka saja</p> <p>S: Skala nyeri 6</p> <p>T: Nyeri dirasakan terus menerus saat digerakkan</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Klien tampak meringis</p> <p>b. Klien bersikap protektif (posisi menghindari nyeri)</p> <p>c. Klien tampak gelisah</p> <p>d. Terdapat luka di punggung kaki kiri</p> <p>e. Klien menderita ulkus</p> <p>f. Didapatkan hasil tanda-tanda vital:</p> <p>TD: 140/77mmHg</p> <p>N: 80x/menit</p> <p>S: 37,0 C</p> <p>RR: 20x/menit</p>	Agen pencedera fisiologis (infalamsi, iskemik)	Nyeri akut (D.0077)
2.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan terdapat luka di punggung kaki kiri</p> <p>b. Klien mengatakan tidak sadar mempunyai luka di punggung kaki mengeluarkan pus dan berbau</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Terdapat luka pada punggung kaki kiri</p> <p>g. Luas luka : PxL = 4cmx7cm</p>	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)

	<p>h. Luka Grade III</p> <p>i. Warna luka : Kekuningan</p> <p>j. Terdapat pus dan luka berbau khas</p> <p>k. Warna kulit sekitar tepi luka sedikit berwarna hitam</p>						
3.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan tidak menyadari adanya luka tiba tiba punggung kaki mengeluarkan pus dan berbau</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Terdapat ulkus/luka di punggung kaki kiri</p> <p>b. Kadar leukosit klien mengalami peningkatan : 15,83/uL</p> <p>c. Luas luka PxL: 4cmx7cm</p> <p>d. Warna luka : kekuningan</p> <p>e. Terdapat pes dan bau khas</p> <p>f. Luka Grade III</p>	<p>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:</p> <p>Kerusakan integritas kulit</p>	<p>Resiko infeksi (D.0142)</p>				
4.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengatakan saat masih dirumah tidak menyadari adanya luka sehingga pasien susah berjalan</p> <p>b. Pasien mengatakan merasa nyeri bagian punggung kaki kiri saat bergerak</p> <p>c. Pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>d. Pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan didaerah luka</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a.</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">3</td> </tr> </table> <p>Kekuatan otot menurun</p> <p>b. Klien tampak gerakannya terbatas</p> <p>c. Klien tampak lemah</p> <p>d. Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>e. Gerakan terbatas</p>	5	5	5	3	<p>Penurunan kekuatan otot</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>
5	5						
5	3						
5.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan cemas ingin cepat sembuh dan pulang ke rumah.</p> <p>b. Klien mengatakan cemas karena sakit tidak bisa bekerja lagi</p> <p>c. Klien mengatakan cemas tidak bisa menjadi tulang punggung keluarga</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Klien terlihat gelisah</p> <p>b. Klien tampak murung</p> <p>c. Klien tampak tegang</p>	<p>Krisis situasional</p>	<p>Ansietas (D.0080)</p>				

b. Diagnosa Keperawatan

Table 4. 7 Diagnosa Keperawatan pada Klien 1 dan Klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

No Urut	Klien 1		Klien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)
1.	Senin, 7 Juni 2021	(D.0077)Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik) dibuktikan dengan wajah klien tampak meringis dan klien mengeluh nyeri bagian luka di jari kelingking kaki kiri dengan skala nyeri 6 nyeri dirasakan tertusuk-tusuk dan nyeri dirasakan terus menerus saat digerakkan	Senin, 14 Juni 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik) dibuktikan dengan wajah klien tampak meringis dan klien mengeluh nyeri bagian luka di punggung kaki kiri dengan skala nyeri 6 nyeri dirasakan tertusuk-tusuk dan nyeri dirasakan terus menerus saat digerakkan
2.	Senin, 7 Juni 2021	(D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan terdapat luka di jari kelingking kaki kiri dengan luas luka PxL = 3cmx1,8cm, warna luka kekuningan terdapat pus dan bau khas warna kulit sekitar tepi luka berwarna sedikit hitam, Derajat luka Grade III	Senin, 14 Juni 2021	(D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia dibuktikan dengan terdapat luka di punggung kaki kiri dengan luas luka PxL = 4cmx7cm, warna luka kekuningan terdapat pus dan berbau warna kulit sekitar tepi luka berwarna hitam, Derajat luka Grade III
3.	Senin, 7 Juni 2021	(D.0142)Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit dibuktikan dengan Kadar leukosit mengalami peningkatan : 11,77/uL, terdapat luka di jari kelingking kaki	Senin, 14 Juni 2021	(D.0142)Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit dibuktikan dengan Kadar leukosit mengalami peningkatan: 15,83uL, terdapat ulkus/luka di punggung kaki kiri, luas luka PxL: 4cmx7cm, warna luka : kekuningan,

		kiri, luas luka P x L: 3cm, 1,8cm, Warna luka kekuningan, terdapat pes dan bau khas, luka Grade III		terdapat pes dan bau khas, luka Grade III
4.	Senin, 7 Juni 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan Kekuatan otot menurun klien tampak gerakannya terbatas, klien tampak lemah, rentang gerak (ROM) menurun	Senin, 14 Juni 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan Kekuatan otot menurun klien tampak gerakannya terbatas, klien tampak lemah, rentang gerak (ROM) menurun
5.			Senin, 14 Juni 2021	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan klien tampak gelisah, murung, tegang.

Berdasarkan tabel 4.7 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada klien 1 dan klien 2, ditemukan diagnosa keperawatan ulkus diabetikum yang muncul pada klien 1 tanggal 7 Juni 2021 dan klien 2 tanggal 14 Juni 2021. Pada klien 1 muncul 4 diagnosa keperawatan dan pada klien 2 muncul 5 diagnosa keperawatan.

c. Intervensi Keperawatan

Table 4. 8 Intervensi Keperawatan pada Klien 1 dengan Ulkus Diabetikum di Ruang Anggrek Hitam Lantai 6 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Klien 1			
Senin, 7 Juni 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) dapat menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (skala 1-2) 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Tekanan darah	1. Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

		<p>membalik</p>	<p>1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri Non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5 Monitor keberhasilan terapi non farmakologis yang sudah diberikan 1.6 Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.7 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: tense, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)</p> <p>1.8 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>1.9 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>1.10 Ajarkan teknik</p>
--	--	-----------------	---

			<p>non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi 1.11 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Senin, 7 Juni 2021	(D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan penyembuhan luka (L.02011) dapat meningkat dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyatuan kulit meningkat 2. Penyatuan tepi luka meningkat 3. Jaringan granulasi meningkat 4. Pembentukan jaringan parut meningkat 5. Peradangan luka menurun 6. Nyeri menurun 7. Bau tidak sedap pada luka menurun 8. Infeksi menurun 	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2.2 Monitor tanda tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2.4 Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan 2.5 Bersihkan jaringan nekrotik 2.6 Pasang balutan sesuai jenis luka 2.7 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.9 Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
Senin, 7 Juni 2021	(D.0054)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas Fisik (L.05042) dapat</p>	<p>Dukungan mobilitasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p>

	otot	meningkat dengan Kriteria Hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Gerakan terbatas menurun 5. Kelemahan fisik menurun	3.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Terapeutik 3.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 3.3 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
Senin, 7 Juni 2021	(D.0142)Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Tingkat infeksi (L.14137) dapat menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Cairan berbau menurun 6. Kultur daerah luka membaik	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi I.14539 Pencegahan infeksi Observasi 4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 4.3 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi Edukasi 4.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi dengan benar

Table 4. 9 Intervensi Keperawatan pada Klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di Ruang Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Klien 2			
Senin, 14 Juni 2021	(D.0077)Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) dapat menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (skala 1-2) 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Tekanan darah membaik	2. Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri Non verbal 1.4 Monitor keberhasilan terapi Komplementer yang sudah diberikan 1.5 Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1.6 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: tense, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain 1.7 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan 1.8 Fasilitasi istirahat

			<p>dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>1.9 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.10 Pemberian analgetik, jika perlu</p>
Senin, 14 Juni 2021	(D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan penyembuhan luka (L.02011) dapat meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyatuan kulit meningkat 2. Penyatuan tepi luka meningkat 3. Jaringan granulasi meningkat 4. Pembentukan jaringan parut meningkat 5. Peradangan luka menurun 6. Nyeri menurun 7. Bau tidak sedap pada luka menurun 8. Infeksi menurun 	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran,bau)</p> <p>2.2 Monitor tanda tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>2.4 Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan</p> <p>2.5 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>2.6 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>2.7 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>2.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.9 Kolaborasi pemberian antibiotic,jika perlu</p>
Senin, 14 Juni 2021	(D.0054)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Mobilitas Fisik (L.05042) dapat meningkat dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2 Libatkan keluarga untuk</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Gerakan terbatas menurun 6. Kelemahan fisik menurun 	<p>membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>3.3 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>
Senin, 14 Juni 2021	(D.0142) Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan Tingkat infeksi (L.14137) dapat menurun dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri menurun 5. Cairan berbau menurun 6. Kultur daerah luka membaik 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>4.3 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi dengan benar</p>
Senin, 14 Juni 2021	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat ansietas (L.09093) dapat menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menuurn 4. Tekanan darah menurun 5. Perilaku tegang menurun 	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>5.3 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>Edukasi</p> <p>5.4 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>5.5 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>

d. Implementasi Keperawatan

Table 4. 10 Implementasi Keperawatan Klien 1 dengan Ulkuss Diabetikum di Ruang Anggrek Hitam Lantai 6 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Senin, 7 Juni 2021 10.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Klien mengatakan nyeri dibagian jari kelingking kaki kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri di bagian kaki/ daerah luka saja, skala nyeri 6, nyeri dirasakan terus Menerus jika digerakkan
10.05	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri Non verbal	Ekpresi wajah tampak meringis ketika digerakkan, klien bersikap protektif
10.10	1.4 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Klien mengatakan memperingan nyeri ketika beristirahat dan tidak melakukan banyak pergerakan
10.15	1.5 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien memahami dan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam
10.50	1.6 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Telah melakukan cuci tangan 6 langkah tangan telah steril
10.51	1.7 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan dan plester telah dilepas terdapat rembesan
10.55	1.8 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Terdapat slough dan hasil leukosit: 11,77/uL
10.57	1.9 Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran,bau)	Warna luka : luka (kuning 80%, merah 20%) terdapat slough, ukuran P x L=3x1,8cm dan berbau
11.00	1.10 Memonitor tanda tanda infeksi	Terdapat slough
11.05	1.11 Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan	Luka telah dibersihkan dengan Nacl
11.15	1.12 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Tetap melakukan tehnik steril tidak memegang benda yang non steril

11.20	1.13Membersihkan jaringan mati	Jaringan mati telah dibersihkan
11.25	1.14Mempasang balutan sesuai jenis luka	Balutan dipasang (Batigras, Kassa, Plester)
11.27	1.15Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Pasien memahami mengenai tanda dan gejala infeksi dan cara mencegah infeksi (cuci tangan)
11.27	1.16Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Klien mengatakan nyeri ekstremitas bawah bagian ulkus ketika digerakkan
11.28	1.17Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Keluarga mengatakan klien enggan melakukan pergerakan
11.29	1.18Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Pasien mengatakan sudah mengerti dan memahami
11.30	1.19Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Pasien akan mencoba melakukan pergerakan
12.01	1.20Memberikan analgetik	Telah diberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul
12.02	1.21Membemberikan antibiotic	Telah diberikan ceftriaxone dengan rute pemberian secara IV satu vial
12.05	1.22Monitor efek samping penggunaan analgetik	Tidak ada reaksi alergi
12.07	1.23Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri datang
12.08	1.24Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi	Tetap mempertahankan mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien
12.10	1.25Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	Pasien mengatakan nyaman dengan tirai tertutup dan posisi semi fowler
12.11	1.26Fasilitasi istirahat dan tidur	Pasien kooperatif dan mau beristirahat

Selasa, 8 Juni 2021 10.01	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Nyeri luka/ ulkus yang berada di jari kaki kelingking sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri di bagian kaki/ daerah luka saja, skala nyeri 4, nyeri dirasakan hilang timbul dengan durasi 3 menit
10.02	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri Non verbal	Ekpresi wajah tampak meringis ketika digerakkan, klien bersikap protektif
10.03	1.4 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Klien mengatakan memperingan nyeri ketika beristirahat dan tidak melakukan banyak pergerakan, ketika melakukan tehnik nafas dalam
10.50	1.5 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Telah melakukan cuci tangan 6 langkah tangan telah steril
10.51	1.6 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan dan plester telah dilepas terdapat ½ rembesan
10.52	1.7 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Terdapat slough dan hasil leukosit: 11,77/uL
10.53	1.8 Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)	Warna luka : luka (kuning 78%, merah 20%) terdapat slough, ukuran PxL=3x1,8cm dan berbau
10.54	1.9 Memonitor tanda tanda infeksi	Terdapat slough
10.55	1.10 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan	Luka telah dibersihkan dengan NaCl
10.57	1.11 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Tetap melakukan tehnik steril tidak memegang benda yang non steril
10.59	1.12 Membersihkan jaringan mati	Jaringan mati telah dibersihkan
11.00	1.13 Memasang balutan sesuai jenis luka	Balutan dipasang (Batigras, Kassa, Plester)
11.05	1.14 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Klien mengatakan nyeri ekstremitas bawah bagian ulkus ketika digerakkan
11.06	1.15 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Keluarga mengatakan klien mulai melakukan pergerakan sedikit demi sedikit
11.07	1.16 Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Pasien telah mencoba melakukan

12.05	1.17 Memberikan analgetik	pergerakan sedikit demi sedikit Telah diberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul
12.06	1.18 Membemeriikan antibiotic	Telah diberikan ceftriaxone dengan rute pemberian secara IV satu vial
12.08	1.19 Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri datang
12.09	1.20 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi	Tetap mempertahankan mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien
12.10	1.21 Fasilitasi istirahat dan tidur	Pasien kooperatif dan mau beristirahat
Rabu, 9 Juni 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Klien mengatakan nyeri dibagian jari kelingking kaki sebelah kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri di bagian kaki/ daerah luka saja, skala nyeri 2, nyeri dirasakan hilang timbul durasi 1 menit
10.20	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	
10.24	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri Non verbal	
10.25	1.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
10.28	1.5 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	
10.30	1.6 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	
10.31	1.7 Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)	
10.33	1.8 Memonitor tanda tanda infeksi	
10.34	1.9 Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan	
10.36	1.10 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	

10.39	1.11 Membersihkan jaringan mati	Jaringan mati telah dibersihkan
10.45	1.12 Mempasang balutan sesuai jenis luka	Balutan dipasang (Batigras, Kassa, Plester)
10.46	1.13 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Klien tampak nyaman
10.48	1.14 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Keluarga mengatakan klien mulai melakukan pergerakan
12.00	1.15 Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Pasien telah melakukan pergerakan
12.01	1.16 Memberikan analgetik	Telah diberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul
12.03	1.17 Memb memberikan antibiotic	Telah diberikan ceftriaxone dengan rute pemberian secara IV satu vial
12.04	1.18 Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri datang
12.06	1.19 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi	Tetap mempertahankan mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien
12.08	Fasilitasi istirahat dan tidur	Pasien kooperatif dan mau beristirahat

Pada tabel 4.10 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada Klien 1 sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien 1 selama 3 hari. Implementasi dilakukan pada tanggal 07 Juni 2021 sampai 09 Juni 2021.

Table 4. 11 Implementasi Keperawatan Klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Senin, 14 Juni 2021 10.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Klien mengatakan nyeri dibagian luka punggung kaki kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri di bagian kaki/ daerah luka saja., skala nyeri 6, nyeri dirasakan terus Menerus jika digerakkan
10.05	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri Non verbal	Ekpresi wajah tampak meringis ketika digerakkan, klien bersikap protektif
10.10	1.4 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Klien mengatakan memperingan nyeri ketika beristirahat dan tidak melakukan banyak pergerakan
10.15	1.5 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Pasien memahami dan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam
10.50	1.6 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Telah melakukan cuci tangan 6 langkah tangan telah steril
10.51	1.7 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan dan plester telah dilepas terdapat rembesan
10.55	1.8 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Terdapat slough dan hasil leukosit: 15,83/uL
10.57	1.9 Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)	Warna luka : luka (kuning 90%, merah 20%) terdapat slough, ukuran PxL=4x7cm dan berbau
11.00	1.10 Memonitor tanda tanda infeksi	Terdapat slough
11.05	1.11 Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan	Luka telah dibersihkan dengan Nacl
11.15	1.12 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Tetap melakukan tehnik steril tidak memegang benda yang non steril
11.20	1.13 Membersihkan jaringan mati	Jaringan mati telah dibersihkan
11.25	1.14 Memasang balutan sesuai jenis luka	Balutan dipasang (Batigras, Kassa, Plester)

11.27	1.15 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Pasien memahami mengenai tanda dan gejala infeksi dan cara mencegah infeksi (cuci tangan)
11.27	1.16 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Klien mengatakan nyeri ekstremitas bawah bagian ulkus ketika digerakkan
11.28	1.17 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Keluarga mengatakan klien enggan melakukan pergerakan
11.29	1.18 Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Pasien mengatakan sudah mengerti dan memahami
11.30	1.19 Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Pasien akan mencoba melakukan pergerakan
12.01	1.20 Memberikan analgetik	Telah diberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul
12.02	1.21 Membmemberikan antibiotic	Telah diberikan metronidazole dan meropenem dengan rute pemberian secara IV satu vial dan 1btl
12.05	1.22 Monitor efek samping penggunaan analgetik	Tidak ada reaksi alergi
12.07	1.23 Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri datang
12.08	1.24Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi	Tetap mempertahankan mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien
12.09	1.25Memonitor tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal	Pasien tampak gelisah TD: 140/77 N: 80
12.10	1.26Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Pasien merasa nyaman
12.12	1.27Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	Pasien menceritakan kecemasannya mengenai penyakit yang dialami
12.15	1.28Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	Pasien merasa cemas dan takut, sering kepikiran dengan kondisinya saat ini tidak bisa menjadi tulang punggung keluarga
12.18	1.29Menganjurkan keluarga untuk tetap	Klien mengatakan sang istri

	bersama pasien	selalu menemani selama di rumah sakit
12.19	1.30 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri	Pasien mengatakan nyaman dengan tirai tertutup dan posisi semi fowler
12.20	1.31 Fasilitasi istirahat dan tidur	Pasien kooperatif dan mau beristirahat
Selasa, 15 Juni 2021 10.01	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Klien mengatakan nyeri dibagian punggung kaki sebelah kiri, Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri di bagian kaki/ daerah luka saja, skala nyeri 5, nyeri dirasakan hilang timbul durasi 3 menit
10.02	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri Non verbal	Ekpresi wajah tampak meringis ketika digerakkan, klien bersikap protektif
10.03	1.4 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Klien mengatakan memperingan nyeri ketika beristirahat dan tidak melakukan banyak pergerakan, ketika melakukan tehnik nafas dalam
10.50	1.6 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Telah melakukan cuci tangan 6 langkah tangan telah steril
10.51	1.7 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan dan plester telah dilepas terdapat ½ rembesan
10.52	1.8 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Terdapat slough dan hasil leukosit: 15,83/uL
10.53	1.9 Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)	Warna luka : luka (kuning 89%, merah 20%) terdapat slough, ukuran PxL=4x7cm dan berbau
10.54	1.10 Memonitor tanda tanda infeksi	Terdapat slough
10.55	1.11 Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan	Luka telah dibersihkan dengan Nacl
10.57	1.12 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Tetap melakukan tehnik steril tidak memegang benda yang non steril
10.59	1.13 Membersihkan jaringan mati	Jaringan mati telah dibersihkan

11.00	1.14	Mempasang balutan sesuai jenis luka	Balutan dipasang (Batigras, Kassa, Plester)
11.05	1.16	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Klien mengatakan nyeri ekstremitas bawah bagian ulkus ketika digerakkan
11.06	1.17	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Keluarga mengatakan klien mulai sedikit melakukan pergerakan walaupun masih terasa nyeri
11.07	1.19	Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Pasien mulai sedikit mencoba melakukan pergerakan
12.05	1.20	Memberikan analgetik	Telah diberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul
12.06	1.21	Membemberikan antibiotic	Telah diberikan metronidazole dan meropenem dengan rute pemberian secara IV satu vial dan 1btl
12.08	1.23	Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri dating
12.09	1.24	Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi	Tetap mempertahankan mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien
12.10	1.25	Memonitor tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal	Pasien tampak gelisah TD: 140/77 N: 80
12.14	1.26	Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Pasien merasa nyaman dan mau menceritakan apa yang dikeluhkan
12.18	1.27	Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	Pasien merasa masih cemas dengan keadaanya tetapi harus menerima karna ini cobaan dari tuhan.
12.20	1.25	Fasilitasi istirahat dan tidur	Pasien kooperatif dan mau beristirahat

Rabu, 16 Juni 2021 11.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Klien mengatakan nyeri dibagian punggung kaki sebelah kiri, Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri di bagian kaki/ daerah luka saja, skala nyeri 3, nyeri dirasakan hilang timbul durasi 3 menit
11.02	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri Non verbal	Klien mulai tampak nyaman
11.05	1.4 Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Klien mengatakan nyeri berkurang ketika melakukan tehnik nafas dalam
11.07	1.17 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Keluarga mengatakan klien mulai melakukan pergerakan walaupun sedikit demi sedikit
11.09	1.19 Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Pasien mulai melakukan pergerakan sedikit demi sedikit
12.05	1.20 Memberikan analgetik	Telah diberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul
12.08	1.21 Membmemberikan antibiotic	Telah diberikan metronidazole dan meropenem dengan rute pemberian secara IV satu vial dan 1btl
12.09	1.23 Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri datang
12.10	1.24 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi	Tetap mempertahankan mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien
12.11	1.25 Memonitor tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal	Pasien tampak gelisah TD: 140/77 N: 80
12.12	1.25 Fasilitasi istirahat dan tidur	Pasien kooperatif dan mau beristirahat
Kamis, 17 Juni 2021 11.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Klien mengatakan nyeri dibagian punggung kaki sebelah kiri, Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri di bagian kaki/ daerah luka saja, skala nyeri 2, nyeri dirasakan hilang

		timbul durasi 1 menit
11.02	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Klien tampak nyaman
11.05	1.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	Telah melakukan cuci tangan 6 langkah tangan telah steril
11.07	1.7 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan dan plester telah dilepas terdapat ½ rembesan
11.09	1.8 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	Terdapat slough dan hasil leukosit: 15,83/uL
12.05	1.9 Memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)	Warna luka : luka (kuning 87%, merah 20%) terdapat slough, ukuran PxL=4x7cm dan berbau
12.08	1.10 Memonitor tanda tanda infeksi	Terdapat slough
12.09	1.11 Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan	Luka telah dibersihkan dengan Nacl
12.10	1.12 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Tetap melakukan tehnik steril tidak memegang benda yang non steril
12.11	1.13 Membersihkan jaringan mati	Jaringan mati telah dibersihkan
12.12	1.14 Memasang balutan sesuai jenis luka	Balutan dipasang (Batigras, Kassa, Plester)
12.25	1.17 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Keluarga mengatakan klien telah melakukan pergerakan sedikit demi sedikit
12.30	1.19 Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Pasien telah melakukan pergerakan
12.32	1.20 Memberikan analgetik	Telah diberikan santagesik dengan rute pemberian secara IV satu ampul
12.33	1.21 Memb memberikan antibiotic	Telah diberikan metronidazole dan meropenem dengan rute pemberian secara IV satu vial dan 1btl
12.35	1.23 Mengajukan pasien untuk melakukan teknik relaksasi	Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri datang

12.36	1.24 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi	Tetap mempertahankan mencuci tangan sebelum dan sesudah menyentuh pasien
12.45	1.25 Memonitor tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal	Pasien tampak gelisah TD: 140/77 N: 80
12.46	1.25 Fasilitasi istirahat dan tidur	Pasien kooperatif dan mau beristirahat

Pada tabel 4.11 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada Klien 2 sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnose yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Klien 2 selama 4 hari. Implementasi dilakukan pada tanggal 14 Juni 2021 sampai 17 Juni 2021.

e. Evaluasi

Table 4. 12 Evaluasi Keperawatan Klien 1 dengan Ulkus Diabetikum di Anggrek Hitam Lantai 6 RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
Hari ke-1 Senin, 7 Juni 2021	Dx.1 (D.0077)Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik)	<p>S:Klien mengatakan nyeri dibagian luka jari kelingking kaki kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan dibagian kaki atau daerah luka saja, skala nyeri 6, nyeri dirasakan terus menerus jika digerakkan, klien mengatakan memperingan nyeri ketika beristirahat dan tidak melakukan banyak pergerakan</p> <p>O: Pasien tampak meringis ketika digerakkan, klien bersikap protektif, k, pasien dapat melakukan tehnik nafas dalam, pasien lebih suka tirai tertutup dan posisi semi fowler, pasien kooperatif dan mau beristirahat mendapatkan terapi santagesik 2 ml dosis 3x1, pasien tidak terdapat alergi</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p>

		<p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri Non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5 Monitor keberhasilan terapi non farmakologis yang sudah diberikan 1.6 Monitor efek samping penggunaan analgetik 1.7 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tehnik nafas dalam) 1.8 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 1.9 Fasilitasi istirahat dan tidur 1.10 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.11 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Hari ke 2 Selasa, 8 Juni 2021</p>	<p>Dx.1 (D.0077)Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik)</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka jari kelingking kaki kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan dibagian kaki atau daerah luka saja, skala nyeri 4, nyeri dirasakan hilang timbul durasi 3 menit, klien mengatakan memperingan nyeri ketika beristirahat dan tidak melakukan banyakj pergerakan, ketika melakukan tehnik nafas dalam</p> <p>O: Pasien tampak meringis ketikka digerakkan, klien bersikap protektif, k, pasien dapat melakukan tehnik nafas dalam apabila nyeri datang, , pasien kooperatif dan mau bersitirahat mendapatkan terapi santagesik 2 ml dosis 3x1</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri Non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang

		<p>memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>1.5 Monitor keberhasilan terapi non farmakologis yang sudah diberikan</p> <p>1.6 Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>1.7 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tehnik nafas dalam)</p> <p>1.8 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>1.9 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>1.10 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.11 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Hari ke-3 Rabu, 9 Juni 2021	Dx.1 (D.0077)Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik)	<p>S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka jari kelingking kaki kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan dibagian kaki atau daerah luka saja, skala nyeri 2, nyeri dirasakan hilang timbul durasi 1 menit</p> <p>O: Pasien tampak, pasien dapat melakukan tehnik nafas dalam apabila nyeri datang, , pasien kooperatif dan mau bersistirahat mendapatkan terapi santagesik 2 ml dosis 3x1</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri Non verbal</p> <p>1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>1.5 Monitor keberhasilan terapi non farmakologis yang sudah diberikan</p> <p>1.6 Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>1.7 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tehnik nafas dalam)</p> <p>1.8 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>1.9 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>1.10 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.11 Kolaborasi pemberian analgetik,</p>

<p>Hari ke-1 Senin, 7 Juni 2021</p>	<p>Dx.2 (D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia</p>	<p>S: Pasien mengatakan memahami mengenai tanda gejala infeksi dan cara mencegah infeksi (cuci tangan)</p> <p>O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=3X1,8cm, warna luka kekuning kuningan 80% terdapat slough dan berbau khas, terdapat rembesan dibalutan, balutan luka batigras, kassa, plester, diberikan ceftriaxone 2x1 IV</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran,bau) 1.2 Monitor tanda tanda infeksi 1.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 1.4 Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan 1.5 Bersihkan jaringan nekrotik 1.6 Pasang balutan sesuai jenis luka 1.7 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 1.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 1.9 Kolaborasi pemberian antibiotic,jika perlu
<p>Hari ke-2 Selasa, 8 Juni 2021</p>	<p>Dx. 2 (D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia</p>	<p>S:</p> <p>O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=3X1,8cm, warna luka kekuning kuningan 78% terdapat slough dan berbau khas, terdapat ½ embesan dibalutan, balutan luka batigras, kassa, plester, diberikan ceftriaxone 2x1 IV</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran,bau) 1.2 Monitor tanda tanda infeksi 1.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 1.4 Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan 1.5 Bersihkan jaringan nekrotik 1.6 Pasang balutan sesuai jenis luka 1.7 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 1.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Kolaborasi pemberian antibiotic,jika perlu</p>

<p>Hari ke-3 Rabu, 9 Juni 2021</p>	<p>Dx.2(D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia</p>	<p>S: O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=3X1,8cm, warna luka kekuningan 76% terdapat slough dan berbau khas, terdapat ½ embesan dibalutan, balutan luka batigras, kassa, plester, diberikan ceftriaxone 2x1 IV</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran,bau) 1.2 Monitor tanda tanda infeksi 1.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 1.4 Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan 1.5 Bersihkan jaringan nekrotik 1.6 Pasang balutan sesuai jenis luka 1.7 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 1.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Kolaborasi pemberian antibiotic,jika perlu</p>
<p>Hari ke-1 Senin, 7 Juni 2021</p>	<p>Dx.3 (D.0054)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<p>S:Klien mengatakan nyeri diabgaian ekstremitas bawah bagian ulkus ketika digerakkan, keluarga mengatakan klien enggan melakukan pergerakan, pasien mengatakan telah memahami tujuan mobilisasi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pergerakan klien terbatas 2) Total sekor pada mobilisasi barthel indeks: 12 (ketergantungan ringan) 3) Kekuatan otot menurun pada bagian kaki kiri $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ <p>A: Intervensi belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 1.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 1.3 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
<p>Hari ke-2 Selasa, 8 Juni</p>	<p>Dx.3 (D.0054)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri diabgaian ekstremitas bawah bagian ulkus ketika</p>

2021	kekuatan otot	<p>digerakkan, keluarga mengatakan klien mulai melakukan pergerakan sedikit demi sedikit</p> <p>O:Pergerakan klien terbatas, Total sekor pada mobilisasi Barthel indeks: 12 (ketergantungan ringan), Kekuatan otot menurun pada bagian kaki kiri</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 1.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 1.3 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 	5	5	5	4
5	5					
5	4					
Hari ke-3 Rabu, 9 Juni 2021	Dx.3 (D.0054)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>S: Keluarga mengatakan klien mulai melakukan pergerakan</p> <p>O:Pergerakan klien terbatas, Total sekor pada mobilisasi Barthel indeks: 12 (ketergantungan ringan), Kekuatan otot menurun pada bagian kaki kiri</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </table> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 1.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 1.3 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 	5	5	5	4
5	5					
5	4					
Hari ke-1 Senin, 7 Juni 2021	(D.0142)Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit	<p>S:</p> <p>O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=3X1,8cm, warna luka kekuningan 80% terdapat slough dan hasil leukosit: 11,77/uL dan terdapat bau yang khas</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 				

		<p>1.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>1.3 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi</p> <p>1.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi dengan benar</p>
<p>Hari ke-2 Selasa, 8 Juni 2021</p>	<p>(D.0142)Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit</p>	<p>S:</p> <p>O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=3X1,8cm, warna luka kekuning kuningan 78% terdapat slough dan hasil leukosit: 11,77/uL dan terdapat bau yang khas</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>1.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>1.3 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi</p> <p>1.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi dengan benar</p>
<p>Hari ke-3 Rabu, 9 Juni 2021</p>	<p>(D.0142)Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit</p>	<p>S:</p> <p>O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=3X1,8cm, warna luka kekuning kuningan 76% terdapat slough dan hasil leukosit: 11,77/uL dan terdapat bau yang khas</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>1.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>1.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>1.3 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi</p> <p>1.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi dengan benar</p>

Berdasarkan tabel 4.12 di atas bahwa pada pasien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit. Pada hari ke 1 ditemukan 4 masalah keperawatan dan mempunyai masalah belum teratasi dan intervensi dipertahankan di hari selanjutnya. Pada hari ke 2 ditemukan 4 masalah keperawatan yang sama, masalah keperawatan tersebut teratasi sebagian sehingga intervensi di pertahankan di hari selanjutnya. Pada hari ke 3 yaitu diagnose masalah keperawatan Gangguan

integritas kulit dan resiko infeksi belum teratasi dan 2 diagnosa lainnya teratasi teratasi dan intervensi dihentikan

Table 4. 13 Evaluasi Keperawatan Klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Hari/tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
Hari ke-1 Senin, 14 Juni 2021	Dx.1 (D.0077)Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik)	<p>S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka punggung kaki kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan dibagian kaki atau daerah luka saja, skala nyeri 6, nyeri dirasakan terus menerus jika digerakkan, klien mengatakan memperingan nyeri ketika beristirahat dan tidak melakukan banyak pergerakan</p> <p>O: Pasien tampak meringis ketika digerakkan, klien bersikap protektif, pasien dapat melakukan tehnik nafas dalam, pasien lebih suka tirai tertutup dan posisi semi fowler, pasien kooperatif dan mau beristirahat mendapatkan terapi santagesik 2 ml dosis 3x1, pasien tidak terdapat alergi</p> <p>A: Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri Non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5 Monitor keberhasilan terapi non farmakologis yang sudah diberikan 1.6 Monitor efek samping penggunaan analgetik 1.7 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tehnik nafas dalam) 1.8 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 1.9 Fasilitasi istirahat dan tidur 1.10Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.11Kolaborasi pemberian analgetik
Hari ke 2 Selasa, 15 Juni	Dx.1 (D.0077)Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera	S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka punggung kaki kiri, nyeri dirasakan

2021	fisiologis (inflamasi, iskemik)	<p>seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan dibagian kaki atau daerah luka saja, skala nyeri 5, nyeri dirasakan Hilang timbul 3 menit, klien mengatakan memperingan nyeri ketika beristirahat dan tidak melakukan banyak pergerakan, dan melakukan tehnik nafas dalam</p> <p>O: Pasien tampak meringis ketika digerakkan, klien bersikap protektif, pasien dapat melakukan tehnik nafas dalam, pasien kooperatif dan mau beristirahat mendapatkan terapi santagesik 2 ml dosis 3x1</p> <p>A: Masalah nyeri terasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri Non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5 Monitor keberhasilan terapi non farmakologis yang sudah diberikan 1.6 Monitor efek samping penggunaan analgetik 1.7 Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tehnik nafas dalam) 1.8 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 1.9 Fasilitasi istirahat dan tidur 1.10 Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.11 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Hari ke-3 Rabu, 16 Juni 2021	Dx.1 (D.0077)Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik)	<p>S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka punggung kaki kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan dibagian kaki atau daerah luka saja, skala nyeri 3, nyeri dirasakan Hilang timbul 3 menit, klien mengatakan memperingan nyeri ketika melakukan tehnik nafas dalam</p> <p>O: Pasien mulai tampak nyaman,, pasien dapat melakukan tehnik nafas dalam, pasien kooperatif dan mau beristirahat mendapatkan terapi santagesik 2 ml dosis 3x1</p>

		<p>A: Masalah nyeri teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri Non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5 Monitor keberhasilan terapi non farmakologis yang sudah diberikan 1.6 Monitor efek samping penggunaan analgetik 1.7 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tehnik nafas dalam) 1.8 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 1.9 Fasilitasi istirahat dan tidur 1.10 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.11 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Hari ke-4 Kamis, 17 Juni 2021</p>	<p>Dx.1 (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik)</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka punggung kaki kiri, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan dibagian kaki atau daerah luka saja, skala nyeri 2, nyeri dirasakan Hilang timbul 1 menit</p> <p>O: Pasien tampak nyaman, pasien dapat melakukan tehnik nafas dalam, , pasien kooperatif dan mau bersistirahat ,mendapatkan terapi santagesik 2 ml dosis 3x1.</p> <p>A: Masalah nyeri teratasi P: Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri Non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5 Monitor keberhasilan terapi non farmakologis yang sudah diberikan 1.6 Monitor efek samping penggunaan analgetik 1.7 Berikan teknik non farmakologis

		<p>untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)</p> <p>1.8 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>1.9 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>1.10 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.11 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Hari ke-1 Senin, 14 Juni 2021	Dx.2 (D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia	<p>S: Pasien mengatakan memahami mengenai tanda gejala infeksi dan cara mencegah infeksi (cuci tangan)</p> <p>O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=4X7cm, warna luka kekuningan 90% terdapat slough dan berbau khas, terdapat rembesan dibalutan, balutan luka batigras, kassa, plester, diberikan ceftriaxone 2x1 IV Meropenem 3x1 IV</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>1.1 Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>1.2 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>1.4 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan</p> <p>1.5 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>1.6 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>1.7 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>1.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</p>
Hari ke-2 Selasa, 15 Juni 2021	Dx. 2(D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia	<p>S:</p> <p>O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=4X7cm, warna luka kekuningan 89% terdapat slough dan berbau khas, terdapat rembesan ½ dibalutan, balutan luka batigras, kassa, plester, diberikan ceftriaxone 2x1 IV Meropenem 3x1 IV</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>1.1 Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>1.2 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.3 Lepaskan balutan dan plester secara</p>

		<p>perlahan</p> <p>1.4 Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan</p> <p>1.5 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>1.6 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>1.7 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>1.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>
Hari ke-3 Rabu, 16 Juni 2021	Dx.2(D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia	<p>S:</p> <p>O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=4X7cm, warna luka kekuningan 89% terdapat slough dan berbau khas, diberikan ceftriaxone 2x1 IV Meropenem 3x1 IV</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>1.2 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>1.4 Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan</p> <p>1.5 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>1.6 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>1.7 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>1.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.9 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>
Hari ke-4 Kamis, 17 Juni 2021	Dx.2(D.0129)Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan hiperglikemia	<p>S:</p> <p>O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=4X7cm, warna luka kekuningan 87% terdapat slough dan berbau khas, terdapat rembesan ½ dibalutan, balutan luka batigras, kassa, plester, diberikan ceftriaxone 2x1 IV Meropenem 3x1 IV</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>1.1 Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>1.2 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>1.4 Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik sesuai kebutuhan</p>

		<p>1.5 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>1.6 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>1.7 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>1.8 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>1.9 Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</p>
<p>Hari ke-1 Senin, 14 Juni 2021</p>	<p>Dx.3 (D.0054)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri di bagian ekstremitas bawah bagian ulkus ketika digerakkan, keluarga mengatakan klien enggan melakukan pergerakan, pasien mengatakan telah memahami tujuan mobilisasi</p> <p>O: Pergerakan klien terbatas, Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 12 (ketergantungan ringan, Kekuatan otot menurun pada bagian kaki kiri)</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>1.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>1.3 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>
<p>Hari ke-2 Selasa, 15 Juni 2021</p>	<p>Dx.3 (D.0054)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri di bagian ekstremitas bawah bagian ulkus ketika digerakkan, keluarga mengatakan klien mulai sedikit melakukan pergerakan walaupun masih terasa nyeri.</p> <p>O: Pergerakan klien terbatas, Total skor pada mobilisasi barthel indeks: 12 (ketergantungan ringan), Kekuatan otot meningkat pada bagian kaki kiri</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ <p>A: Intervensi teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>1.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan</p>

		<p>pergerakan</p> <p>1.3 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>
<p>Hari ke-3 Rabu, 16 Juni 2021</p>	<p>Dx.3 (D.0054)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<p>S: Keluarga mengatakan klien mulai melakukan pergerakan walaupun sedikit semi sedikit</p> <p>O:Pergerakan klien terbatas, Total skor pada mobilisasi Barthel indeks: 12 (ketergantungan ringan), Kekuatan otot meningkat pada bagian kaki kiri</p> $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$ <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan</p> <p>1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 1.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 1.3 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>
<p>Hari ke-4 Kamis, 17 Juni 2021</p>	<p>Dx.3 (D.0054)Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<p>S: Keluarga mengatakan klien telah melakukan pergerakan sedikit demi sedikit</p> <p>O:Pergerakan klien terbatas, Total skor pada mobilisasi Barthel indeks: 12 (ketergantungan ringan), Kekuatan otot meningkat pada bagian kaki kiri</p> $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$ <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p> <p>1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 1.2 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 1.3 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>
<p>Hari ke-1 Senin, 14 Juni</p>	<p>(D.0142)Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan</p>	<p>S: O: Terdapat luka terbuka dengan</p>

2021	tubuh primer: Kerusakan integritas kulit	<p>PXL=4X7cm, warna luka kekuningan 90% terdapat slough leukosit: 15,83/uL dan berbau khas</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 1.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 1.3 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi 1.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi dengan benar
Hari ke-2 Selasa, 15 Juni 2021	(D.0142)Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit	<p>S: O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=4X7cm, warna luka kekuningan 89% terdapat slough leukosit: 15,83/uL dan berbau khas</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 1.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 1.3 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi 1.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi dengan benar
Hari ke-3 Rabu, 16 Juni 2021	(D.0142)Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit	<p>S: O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=4X7cm, warna luka kekuningan 89% terdapat slough leukosit: 15,83/uL dan berbau khas</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 1.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 1.3 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi 1.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi dengan benar
Hari ke-4 Kamis, 17 Juni 2021	(D.0142)Resiko infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit	<p>S: O: Terdapat luka terbuka dengan PXL=4X7cm, warna luka kekuningan 87% terdapat slough leukosit: 15,83/uL dan berbau khas</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>

		<p>1.1 Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>1.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>1.3 Pertahankan teknik aseptik pada resiko tinggi Jelaskan tanda dan gejala infeksi dengan benar</p>
Hari ke-1 Senin, 14 Juni 2021	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<p>S: Keluarga mengatakan istri sering menemani klien di rumah sakit</p> <p>O: Klien tampak gelisah, TD: 140/77 N: 80xmnt Pasien tampak nyaman, Pasien menceritakan kecemasannya tentang penyakitnya, Pasien merasa cemas dan takut terhadap kondisinya saat ini dan tidak bisa menjadi tulang punggung saat ini,</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Monitor tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal</p> <p>1.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>1.3 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>1.4 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>1.5 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>
Hari ke-2 Selasa, 15 Juni 2021	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<p>S: O: Pasien terlihat gelisah TD: 140/77 N: 80 Pasien merasa nyaman dan mau menceritakan apa yang dikeluhkan, Pasien merasa masih cemas dengan keadaannya tetapi harus menerima karna ini cobaan dari tuhan</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Monitor tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal</p> <p>1.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>1.3 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>1.4 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>1.5 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>

<p>Hari ke-3 Rabu, 16 Juni 2021</p>	<p>(D.0080) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p>	<p>S:</p> <p>O: Pasien tampak gelisah TD: 140/80 N: 80xmmt</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal 1.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 1.3 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 1.4 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 1.5 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
<p>Hari ke-4 Kamis, 17 Juni 2021</p>	<p>(D.0080) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional</p>	<p>S:</p> <p>O: Pasien tidak gelisah TD: 140/80 N: 80xmmt</p> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor tanda-tanda ansietas verbal dan nonverbal 1.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 1.3 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 1.4 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 1.5 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

Berdasarkan tabel 4.13 di atas bahwa pada klien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari di rumah sakit. Pada hari ke 1 ditemukan 5 masalah keperawatan dan mempunyai masalah belum teratasi dan intervensi dipertahankan di hari selanjutnya. Pada hari ke 2 ditemukan 5 masalah keperawatan yang sama, masalah keperawatan tersebut teratasi sebagian dan 2 diagnosa belum teratasi sehingga intervensi di pertahankan di hari selanjutnya. Pada hari ke 3 yaitu diagnose masalah keperawatan

2 diagnosa belum teratasi, dan 3 diagnosa teratasi. Pada hari ke 4 yaitu diagnose masalah keperawatan 2 masalah belum teratasi 3 diagnosa masalah teratasi dan intervensi dihentikan.

B. Pembahasan

Pada pembahasan peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil studi kasus asuhan keperawatan keluarga pada anak klien 1 dan 2 dengan ulkus diabetikum. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi 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.

Pengkajian pada klien 1 dan 2 sama-sama dilakukan di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo pada klien 1 tanggal 7 Juni 2021 dan pada klien 2 tanggal 14 Juni 2021. Pada klien 1 (Ny. H) berusia 52 tahun sedangkan klien 2 (Tn.A) berusia 57 tahun. Klien 1 merupakan seorang ibu rumah tangga dan klien 2 merupakan seorang Montir. klien 1 tidak memiliki riwayat penyakit keluarga sedangkan klien 2 memiliki penyakit hipertensi yang diturunkan dari bapaknya dan penyakit diabetes diturunkan dari ibunya.

Hasil dari pengkajian didapatkan beberapa data yang ada pada kedua klien. Pengkajian pada pasien 1 dengan kasus Ulkus Diebtikum yang telah dilakukan sejak tanggal 7 s/d 9 Juni 2021 di Anggrek Hitam Lantaai 6 RSUD dr Kanujoso

Djatiwibowo Balikpapan dan pada pasien 2 tanggal 14 s/d 17 Juni 2021 di Ruang Flamboyan B RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Pada saat pengkajian terdapat keluhan dari kedua pasien pada klien 1 mengatakan nyeri luka dijari kelingking dan pada klien 2 mengatakan nyeri luka pada punggung kaki kiri. Hal ini sesuai dengan teori (Bahrudin,2017) kerusakan jaringan karena trauma, menyebabkan dikeluarkannya berbagai senyawa bikimiawi antara lain ion H, K, prostaglandin dari sel yang rusak, bradikinin dari plasma, histamin dari sel mast, serotonin dan substansi P dari ujung syaraf yang akan menyebabkan nyeri.

Menurut peneliti pasien 1 dan pasien 2 memiliki kesamaan keluhan yaitu nyeri karena terjadi kerusakan jaringan karena trauma, menyebabkan dikeluarkannya berbagai senyawa bikimiawi antara lain ion H, K, prostaglandin dari sel yang rusak, dan substansi P dari ujung syaraf yang akan menyebabkan nyeri.

Pada pemeriksaan psikososial terdapat perbedaan pasien 1 tidak mengalami gangguan psikososial, sedangkan pasien 2 mengalami gangguan psikososial. pasien 1 dapat berkomunikasi dengan baik ke perawat, ekspresi pasien terhadap masalah penyakitnya tidak ada masalah dan pasien berinteraksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Sedangkan pada pasien 2 pasien lebih banyak diam serta saat ditanya oleh perawat pasien terkadang nampak bingung dan tidak lekas menjawab, pasien menjawab dengan muka lesu dan nada lebih pelan dan suara kurang terdengar jelas, saat ditanya perawat pasien mengatakan cemas dikarenakan tidak bisa menjadi tulang punggung keluarga karena penyakitnya.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018), ansietas memiliki definisi kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang kemungkinan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman dengan gejala dan tanda pasien merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, tampak gelisah, tampak tegang, frekuensi nadi, nafas dan tekanan darah meningkat.

Hasil penelitian Hasanuddin (2011) seseorang dengan ulkus diabetikum dapat mengalami perubahan psikologis seperti gangguan dalam beraktivitas, perubahan peran dan timbulnya masalah fisik.

Menurut peneliti pasien 1 tidak mengalami ansietas sedangkan pasien 2 mengalami ansietas dikarenakan ansietas terjadi karena pada seseorang dengan ulkus diabetikum dapat mengalami perubahan psikologis seperti gangguan dalam beraktivitas, perubahan peran dan timbulnya masalah fisik.

Pada pengkajian spiritual pasien 1 dan 2 memiliki kesamaan, sebelum sakit pasien 1 dan 2 sering untuk beribadah dan selama dirawat di rumah sakit pasien tidak beribadah.

Pada pemeriksaan fisik. Keadaan umum pasien didapatkan pada pasien 1 yaitu kesadaran umum sedang, terpasang intravena. Sedangkan pada pasien 2 dengan kesadaran umum sedang, terpasang intravena.

Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan pada pasien 1 tekanan darah 120/80, nadi 90xmenit, respirasi 22xmenit, suhu 36,4c. Dan pada pasien 2 didapatkan tekanan darah 140/77, nadi 880xmenit, respirasi 20xmenit, suhu 37c.

Menurut teori (Potter&Ferry, 2013). Mean Arterial Pressure adalah tekanan arteri rata rata selama satu siklus denyutan jantung yang didapatkan dari pengukuran tekanan darah systole dan tekanan darah diastole. Pada perhitungan MAP akan didapatkan gambaran penting dalam tekanan darah yaitu tekanan sistolik adalah tekanan maksimal ketika darah dipompakan dari ventrikel kiri, batas normal dari tekanan sistolik adalah 100-140 mmhg, tekanan diastolic adalah tekanan darah pada saat relaksasi, batas normal dari tekanan diastolic adalah 60-80 mmhg. Tekanan diastolik menggambarkan tahanan pembuluh darah yang harus dicapai jantung. Menurut peneliti pada pemeriksaan tanda tanda vital pada pasien 2 dimana pasien mengalami tekanan darah.

Pada pengkajian status fungsional/aktivitas dan mobilisasi Barthel indeks, Dimana pada pasien 1 perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain dan total score barthel indeks 12 (ketergantungan ringan). Sedangkan pada pasien 2 perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain dan total score barthel indeks 11 (ketergantungan sedang).

Data pengkajian pemeriksaan Sistem perkemihan klien 1 tidak ada keluhan berkemih, produksi urin 2000ml/hari, warna urine kuning cerah, dan bau khas urine sedangkan klien 2 ada keluhan berkemih berkemih yaitu mengalami poliuria, produksi urine 2.600ml/hari, warna urine kuning cerah, dan bau khas urine.

Hal ini sesuai dengan teori (Heinz, 2013) Manifestasi klinis pada keluhan klasik mengakibatkan banyak kencing atau polyuria karena sifatnya kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan banyak kencing. Kencing yang sering dan

dalam jumlah yang banyak akan sangat mengganggu penderita, terutama pada waktu malam hari.

Menurut peneliti pada kedua pasien terdapat perbedaan pada pasien 1 tidak mengalami polyuria sedangkan klien 2 mengalami polyuria dikarenakan kadar glukosa darah yang tinggi sehingga menyebabkan banyak kencing.

Data pengkajian pemeriksaan sistem muskuloskeletal didapatkan klien 1 kekuatan otot 5553, ekstremitas bawah mengalami keterbatasan dikarenakan ulkus, kulit berwarna kemerahan, turgor kulit baik, terdapat luka, luas luka 3cm x 1,8cm, derajat luka grade III, warna dasar luka kekuningan, tipe eksudat purulent, warna kulit sekitar luka : sedikit menghitam, tidak ada edema sekitar luka, terdapat tanda infeksi terdapat slough sedangkan klien 2 kekuatan otot 5553, ekstremitas bawah mengalami keterbatasan dikarenakan ulkus, kulit berwarna kemerahan, turgor kulit baik, terdapat luka luas luka 4cm x 7cm derajat luka grade III, warna dasar luka kekuningan, tipe eksudat purulent, warna kulit sekitar luka menghitam, tidak ada edema sekitar luka, ada tanda-tanda infeksi terdapat slough.

Hal ini sesuai dengan teori (Budiono, 2015) Awal proses pembentukan ulkus berhubungan dengan hiperglikemia yang berefek pada saraf perifer, kolagen, keratindan suplai vaskuler. Dengan adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras pada daerah kaki yang mengalami beban terbesar. *Neuropati sensori perifer* memungkinkan terjadinya trauma berulang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan area kalus. Selanjutnya akan terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya ruptur sampai permukaan kulit dan menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka abnormal menghalangi resolusi. Mikroorganisme yang

masuk mengadakan kolonisasi didaerah ini. Drainase yang inadkuat menimbulkan closed space infection Akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya.

Menurut peneliti kedua pasien mengalami luka akibat komplikasi dari diabetes mellitus dikarenakan adanya iskemia penyembuhan luka menjadi abnormal sehingg mikroorganisme yang masuk mengadakan kolonisasi, drainase yang inadkuat menimbulkan closed space infection akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya.

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada pasien kedua pasien dengan diagnosa Ulkus Diabetikum pada pemeriksaan penunjang laboratorium darah lengkap pasien 1 dan 2 terdapat tanda yang sama yaitu Leukosit tinggi.

Menurut hal ini sesuai dengan teori (Indriani, 2017) Leukositosis keadaan dengan jumlah sel darah putih dalam darah meningkat, melebihi nilai normal. Leukosit merupakan istilah lain untuk sel darah putih. Peningkatan jumlah sel darah putih ini menandakan ada proses infeksi di dalam tubuh.

Menurut peneliti ada kesamaan pada pasien 1 dan 2 yaitu leukosit mengalami peningkatan karena pada kedua pasien mengalami infeksi pada luka.

2. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis

keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Berdasarkan hal tersebut peneliti dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum menegakkan masalah keperawatan berdasarkan dari pengkajian yang didapatkan. Pada kasus ini peneliti menegakkan 4 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemik), Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer, Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan otot, Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 yang sesuai dengan teori antara lain:

1) Nyeri Akut

Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan konsep mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan dengan kriteria mayor subjektif mengeluh nyeri dan objektifnya tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, nadi meningkat, sulit tidur (PPNI, 2017)

Pada pasien 1 diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis. Saat pengkajian didapatkan data subjektif Klien mengeluh nyeri pada kaki yg terdapat ulkus dan data objektif didapatkan yaitu Klien tampak meringis, klien tampak bersikap protektif.

Pada pasien 2 diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pecendera fisiologis. Saat pengkajian didapatkan data subjektif Klien mengeluh nyeri pada kaki yg terdapat ulkus dan data objektif didapatkan yaitu Klien tampak meringis, klien tampak bersikap protektif.

2) Gangguan Integritas kulit/jaringan

Kerusakan kulit (dermis dan/epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /ligament) dengan kriteria mayor subjektif tidak tersedia dan objektif kerusakan jaringan atau lapisan kulit. Dengan kriteria minor subjektif tidak tersedia dan objektif nyeri, pendarahan, kemerehan, hematoma (PPNI, 2017)

Pada pasien 1 diagnosa Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Neuropati perifer. Saat pengkajian didapatkan data tanda mayor subjektif dan objektif kerusakan jaringan atau lapisan kulit adapun tanda minor subjektif tidak tersedia objektif nyeri

Pada pasien 2 diagnosa Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Neuropati perifer. Saat pengkajian didapatkan data tanda mayor subjektif dan objektif kerusakan jaringan atau lapisan kulit adapun tanda minor subjektif tidak tersedia objektif nyeri

3) Gangguan mobilitas fisik

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Dengan tanda mayor subjektif mengeluh sulit mengerakkan ekstremitas objektif kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun dan tanda minornya subjek nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan,

merasa cemas saat bergerak objektif sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah (PPNI, 2017)

Pada pasien 1 diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Saat pengkajian didapatkan data tanda mayor subjektif klien mengatakan ekstremitas susah digerakkan, enggan melakukan pergerakan dikarenakan nyeri dan objektif kekuatan otot menurun.

Pada pasien 2 diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Saat pengkajian didapatkan data tanda mayor subjektif klien mengatakan ekstremitas susah digerakkan, enggan melakukan pergerakan dikarenakan nyeri dan objektif kekuatan otot menurun.

4) Risiko Infeksi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (PPNI, 2017)

Pada pasien 1 risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit. dengan subjektif tidak ada dan objektif luka terdapat pus dan berbau khas.

Pada pasien 2 risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit. dengan subjektif tidak ada dan objektif luka terdapat pus dan berbau khas.

5) Ansietas

Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Pada pasien 1 tidak mengalami ansietas, pada pasien 2 mengalami ansietas cemas tidak bisa menjadi tulang punggung keluarga dikarenakan penyakitnya.

C. Intervensi Keperawatan

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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Intervensi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dilakukan menggunakan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Perencanaan dilakukan setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Perencanaan disesuaikan dengan kondisi masing-masing klien. Perencanaan itulah yang nantinya akan dilakukan kepada klien untuk menyelesaikan masalah dengan efisien. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan kepada klien meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Intervensi yang dilakukan pada klien 1 meliputi manajemen nyeri (I.08238), Perawatan luka (I.14564), Dukungan mobilisasi (I.05173), Pencegahan infeksi (I.14539).

Intervensi yang dilakukan pada klien 2 meliputi manajemen nyeri (I.08238), Perawatan luka (I.14564), Dukungan mobilisasi (I.05173), Pencegahan infeksi (I.14539), Reduksi Ansietas (I.09314).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan dalam proses keperawatan. Dalam implementasi terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan (Lingga, 2019).

Implementasi keperawatan pada klien 1 pada tanggal 7 Juni 2021 sampai 9 Juni 2021 yang dilakukan dalam 3hari pelaksanaan. Sedangkan pada klien 2 dilakukan pada tanggal 14 Juni 2021 sampai 17 Juni 2021 yang dilakukan dalam 4hari pelaksanaan. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun berdasarkan SIKI dan SLKI.

E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan salah satu bagian tahapan proses keperawatan. Evaluasi dilakukan setelah adanya implementasi atas perencanaan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tercapai atau tidaknya suatu tujuan dalam tindakan keperawatan menjadi indikator suatu evaluasi yang akan dilakukan (Damanik, 2015).

Evaluasi, klien 1 dan 2 hanya 1 masalah keperawatan yang teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh peneliti. . Pada Klien 1 dan 2 diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu nyeri akut dengan keluhan nyeri menurun dan meringis menurun. Pada evaluasi klien 1 dan 2, terdapat beberapa diagnosa yang belum teratasi. Klien 1 dan 2 diagnosa keperawatan yang belum teratasi ada 2 yaitu diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan, Resiko infeksi.

Masalah yang belum teratasi tersebut dikarenakan membutuhkan kepatuhan dalam pengobatan dan waktu yang panjang untuk melihat perkembangan dan perubahannya.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien 1 dengan Ulkus Diabetikum di Ruang Anggrek Hitam Lantai 6 di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur dan klien 2 dengan Ulkus Diabetikum di Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur berikut:

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang di dapatkan dari kedua pasien menunjukkan adanya tanda gejala yang sama yang di rasakan oleh kedua kasus. Keluhan yang di rasakan oleh pasien 1 juga dirasakan pasien 2. Tanda dan gejala yang muncul yang di rasakan oleh kedua pasien yaitu adanya nyeri di bagian yang luka, pasien di bantu dalam pemenuhan kebutuhannya, seperti mobilitas fisik dan pencegahan infeksi jika seseorang terdiagnosa ulkus diabetikum memiliki kemungkinan akan muncul masalah dan keluhan yang sama di rasakan oleh penderita.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien 1 Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropatin perifer, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit dan 2 adalah Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis, Gangguan integritas kulit

berhubungan dengan neuropatin perifer, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit, Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua pasien disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria tanda dan gejala mayor, minor dan kondisi pasien saat ini. Seperti Manajemen nyeri, Perawatan luka, Dukungan mobilisasi, Pencegahan infeksi, Reduksi ansietas.

4. Implementasi keperawatan

Disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien dengan Ulkus diabwtikum.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi yang penulis lakukan pada pasien 1 berdasarkan kriteria yang penulis susun terhadap pasien I dan II ada 2 diagnosa yang belum teratasi yaitu gangguan integritas jaringan dan resiko infeksi.

B. Saran

1. Untuk Penulis

Hasil penelitian yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan pembanding pada peneliti selanjutnya dalam melakukan

penelitian pada pasien dengan Ulkus Diabetikum, terutama dalam memotivasi pasien untuk dapat Manajemen nyeri, Perawatan luka, Dukungan mobilisasi, Pencegahan infeksi, Reduksi ansietas.

2. Untuk Instansi Rumah Sakit

Sebaiknya pada pasien dengan Ulkus Diabetikum lebih ditingkatkan dalam memberi motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan di ruang rawat inap, serta dalam melakukan perawatan luka ulkus diabetik diharapkan dapat menggunakan metode perawatan luka modern dengan dressing yang disesuaikan dengan keadaan luka.

3. Untuk Perkembangan Ilmu Keperawatan

Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum serta menjadi acuan dan bahan perbandingan dalam melakukan penelitian bagi peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA. (2017). Pengertian Diabetes Melitus. Artikel Kesehatan.
- Adliyani, Z. O. N. (2015). Pengaruh Perilaku Individu terhadap Hidup Sehat. Perubahan Perilaku Dan Konsep Diri Remaja Yang Sulit Bergaul Setelah Menjalani Pelatihan Keterampilan Sosial, 4(7), 109–114.
- Bare, S. d. (2015). Pengertian DIabetes Melitus. Jurnal Kesehatan.
- Basuki, K. (2019).. ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta, 53(9), 1689–1699. www.journal.uta45jakarta.ac.id
- Bhatt, H., Saklani, S., & Upadhayay, K. (2016). Anti-oxidant and anti-diabetic activities of ethanolic extract of *Primula Denticulata* Flowers. *Indonesian Journal of Pharmacy*, 27(2), 74–79.
- Budiono. (2015). Konsep Penyakit. [http://repository.poltekkesdenpasar.ac.id/2241/3/BAB II.pdf](http://repository.poltekkesdenpasar.ac.id/2241/3/BAB%20II.pdf) Coghlan, B., Mulumba, F., Stewart, T., & Brennan, R. J. (2013). Title. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).
- Dwingsih, P. (2014). Faktor Menunjangnya Timbulnya Kaki Diabetik. Artikel Kesehatan, 2-3
- DPP, T. p. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Idikator Diagnostik. Cetakan II.
- Djamil, A., Hermawan, N. S. A., & Dea, P. (2018). Pola Perawatan Diabetes Melitus Dengan Kejadian Kaki. *KESMAS - Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6.
- Damanik, E. T. M. (2015). Potensi evaluasi keperawatan dijadikan rekomendasi dalam memberikan asuhan keperawatan di masa yang mendatang. <https://doi.org/10.31227/osf.io/a8zys>
- Egziabher, T. B. G., & Edwards, S. (2013). Africa's Potential for the Ecological Intensification of Agriculture, 53(9), 1689–1699.

- Fitriyanti, M. E., Febriawati, H., & Yanti, L. (2019). Jurnal Keperawatan Muhammadiyah Bengkulu Volume 07, Nomor 02, Oktober 2019. Jurnal Keperawatan, 07(02), 99–105.
- Haqiqi Ilham, Sentana Dwi A'an, Mardiantun. (2019). JURNAL KEPERAWATAN TERPADU (Integrated Nursing Journal). Efektivitas Pendidikan Kesehatan Dengan Video Tentang Pencegahan Penularan Penyakit Terhadap Pengetahuan Pasien Tuberculosis Di Wilayah Kerja Puskesmas Sedau Tahun 2019, 9698(1), 65–75.
- Heinz, H. C. M. G. H. R. (2013). In Persepsi Masyarakat Terhadap Perawatan Ortodontik Yang Dilakukan Oleh Pihak Non Profesional (Vol. 53, Issue 9).
- Jazi. (2017). Munculnya Ulkus Menimbulkan Gangguan Psikis Pasien Ulkus. Artikel Kesehatan, 3-5.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Riskesdas Provinsi Kalimantan Timur. Laporan Provinsi Kalimantan Timur RISKESDAS 2018, 61–65. <https://drive.google.com/drive/folders/1XYHFQuKucZIwmCADX5ff1aDhfJgqzI-l>
- Kesehatan, K. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. Riset Kesehatan Dasar.
- Kurniawaty, B. Y. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe II. 27.
- Mamohtob. (2018). Pencegahan Agar Tidak Terjadi Infeksi Ulkus. Artikel Kesehatan, 5-6.
- Nursalam. (2017). Pengertian Kriteria Inklusi dan Eksklusi.
- Nursalam, 2016, metode penelitian. (2013). Hubungan Antara Jumlah Leukosit Dan Jumlah Limfosit Pada Pasien Ulkus Diabetikum. Journal of Chemical Information and Modeling, 53(9), 1689–1699.
- PPNI, T. p. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. p. (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Permadani, A. D. (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan Tentang Ulkus Kaki Diabetik Dengan Pencegahan Terjadinya Ulkus Kaki Diabetik pada

pasien Diabetes Melitus di Persadia Rumah Sakit Dokter Soeradji
TirtonegoroKlaten.1–10.<http://eprints.ums.ac.id/50653/16/Naskah>

- RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo, (2021). Prevelensi Ulkus Diabetikum.
- Rizky Loviana Roza, R. A. (2015). Faktor Risiko Terjadinya Ulkus Diabetikum pada Pasien. *Artikel Penelitian*, 244.
- Seambiring. (2018). Implementasi keperawatan. *Implementasi Keperawatan*.
- Sari, M. d. (2017). Ulkus Kaki Diabetik Kanan dengan Diabetes Mellitus Tipe 2. *Laporan Kasus*, 133-134.
- Sembiring, D. M. (2018). Proses Implementasi Dalam Asuhan Keperawatan. *Artikel*, 2.

Lampiran 1

INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai asuhan keperawatan yang akan dilakukan oleh Dinda Eka Syafitri dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien Ulkus Diabetikum di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021”

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada asuhan keperawatan secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama asuhan keperawatan saya menginginkan pengunduran diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Balikpapan,.....2021

Saksi

Yang Memberikan Persetujuan

.....

.....

Mahasiswa

.....

Lampiran



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM




PRODI D-III KEPERAWATAN













LEMBAR KONSULTASI


BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Dinda Eka Syafitri
NIM : P07220118078
PEMIMBING I : Ns. Nurhayati, S.ST., M.Pd
PEMBIMBING II : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	Selasa, 26 Januari 2021	Bimbingan awal proposal	Dikerjakan sebagai mana yang sudah ditugaskan dan selesaikan segera mungkin	 Ns. Nurhayati, S.ST., M.Pd	
2.	Senin, 15 Februari 2021	Proposal bab 1-3	Diperbaiki dibagian latar belakang masalah, harus menggunakan piramida terbalik, perbaiki judul, cari prevalensi data di purnasmas terdekat, kualal pathway	 Ns. Nurhayati, S.ST., M.Pd	
3.	Jumaat, 29 Januari 2021	Bab I (Latar Belakang Masalah)	Kutipan dulu baru titik, kutipan tidak memakai nama gelar, harus ada benang merah di setiap paragraph	 Ns. Siti Nuryanti, S.Kep., M.Pd	

4.	Jabtu, 27 Februari 2021	Bab II (Tinjauan Pustaka)	Memperbaiki ketikkan, perbaiki spasi, lihat ketikkan antar paragraph, perhatikan kutipan, kuasai materi	 Ns. Siti Nurhayanti, S.Keper., M.Pd
5.	Senin, 8 Maret 2021	Proposal bab 2-3	Pelajari kriteria inklusi dan eksklusif, variabel dependent dan independent. Segera selesaikan bab 1-3 dan tetap berproses	 Ns. Nurhayati, S.ST., M.Pd
6.	Sabtu, 6 Maret 2021	Pengarahan dari bu yanti	Peminatan keluarga, Anak KMB, HCN, Ujian tanggal April untuk rumah sakit, Materi dikuasai.	 Ns. Siti Nurhayanti, S.Keper., M.Pd
7.	Selasa, 13 April 2021	Proposal bab 1-3	Perbaiki daftar pustaka sesuaikan jarak antar spasi dan antar bawah sesuai buku panduan.	 Ns. Nurhayati, S.ST., M.Pd
8.	Kamis, 11 maret 2021	Bab I, Bab II dan Bab III	CBM (MSKS), Tujuan diperjelas, Manfaat diperjelas, Bab II pokok bahasan. Bab III Tampilkan format pengkajian	 Ns. Siti Nurhayanti, S.Keper., M.Pd

9.	Selasa, 20 April 2021	Proposal Bab 1-3	ACC untuk ujian proposal	 Ns. Nurhayati, S.T., M.Pd	
10.	Selasa, 20 April 2021	Bab I, Bab II, dan Bab III	Laporan dilengkapi, ketikkan dirapikan, ACC ujian proposal, Hardcopy dikumpul ketiga dosen, Dosen penguji utama, Dosen penguji 1 dan 2	 Ns. Nurhayati, Kep. M.Pd	
11.	Jumat, 28 April 2021	Bab 1-5	Perbaiki pengetikan sesuai buku panduan, perbaiki abstrak, lanjutkan penelitian sampai bab 5	 Ns. Nurhayati, S.T., M.Pd	
12.	Kamis, 15 Juli 2021	Karya Tulis Ilmiah Bab 4 dan 5	Matukkan format askep didalam lampiran, pengetikan dirapikan, ds ds sesuai dengan pengkajian, Askep diketik	 Ns. Siti Nurhayati, J. Kep, M.Pd	
13.	Rabu, 8 September 2021	Bab 1-5	Lanjutkan untuk ujian KTI hari Sabtu, 11 September 2021	 Ns. Nurhayati, S.T., M.Pd	

14.	Kabu, 8 Septe- mber 2021	Bab 4-5	ACC untuk ujian KTI hari Sabtu 11 September 2021		 Ni. Iiti Nuryanti, S. Kep., M. Pd

Ketua Program Studi D III Keperawatan
PoltekkesKemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis AG, M. Kep
NIP : 19680329199402200

