

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN *HOME CARE* PADA KLIEN DENGAN
ULKUS DIABETIKUM DI WILAYAH KELURAHAN DAMAI
KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2021**



Oleh:

AULIA CITRA
NIM. P07220118069

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2021**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN *HOME CARE* PADA KLIEN DENGAN
ULKUS DIABETIKUM DI WILAYAH KELURAHAN DAMAI
KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2021**

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



Oleh:

AULIA CITRA
NIM. P07220118069

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2021**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari KTI 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, 10 Agustus 2021

atakan,

Aulia Citra
NIM. P07220118069

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disetujui Untuk Diujikan
Hari/Tanggal, Selasa 10 Agustus 2021

Oleh

Pembimbing



Ns. Rus Andraini, A.Kp, MPH

NIDN. 4006027101

Pembimbing Pendamping



Ns. Asnah, S.Kep, M.Pd

NIDN. 4008047301

Mengetahui,

**Ketua Program Studi D-III Keperawatan Kampus C Balikpapan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur**

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep

NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan *Home Care* Pada Klien Dengan *Ulkus Diabetikum* Di Wilayah Kelurahan Damai
Kota Balikpapan Tahun 2021

Telah Diuji Pada tanggal 10 Agustus 2021

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji:

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

(.....)

Penguji Anggota:

1. **Ns. Rus Andraini, A.KP.,M.P.H**
NIDN. 4006027101

(.....)

2. **Ns. Asnah, S.Kep, M.Pd**
NIDN. 4008047301

(.....)

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 AG, M. Kep
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Aulia Citra
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 09 April 2000
4. Agama : Islam
5. Alamat Email : auctr0904@gmail.com
6. Alamat : Selat Karimata 01 Rt 026 Kelurahan
Tanjung Laut, Kecamatan Bontang Selatan

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 012 Handil 6, Muara Jawa tahun 2006 – 2012
2. MTsN 4 Kutai Kartanegara tahun 2012 – 2015
3. SMAN 1 Muara Jawa tahun 2015 – 2018
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2018 –
sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur saya panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala atas limpahan rahmat, taufik dan inayah-Nya yang telah diberikan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan Samarinda Kampus C Balikpapan dengan judul “Asuhan Keperawatan *Home Care* Pada Klien Dengan *Ulkus Diabetikum* Di Wilayah Kelurahan Damai Kota Balikpapan Tahun 2021”

Pada kesempatan ini, penulis menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan moril maupun materil sehingga laporan KTI ini dapat selesai. Oleh karna itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

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

5. Ns. Rus Andraini, A.Kp, MPH, selaku Pembimbing I dalam penyelesaian KTI
6. Ns. Asnah, S.Kep, M.Pd, selaku Pembimbing II dalam penyelesaian KTI
7. Orang tua saya sebagai support system saya, terima kasih banyak selalu mendukung, selalu memberikan semangat dan selalu mendoakan saya tanpa hentinya.
8. Adhe Jibran Akbar sebagai support system saya setelah kedua orangtua yang sudah sangat banyak membantu dalam hal materi dan selalu mendukung serta memberi semangat tanpa henti.
9. Seluruh pihak yang terkait yang tidak mungkin disebut satu persatu dalam menyelesaikan Program dan KTI ini.

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan KTI ini. Akhirnya hanya kepada Allah Subhanahu Wata'ala kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Allah Subhanahu Wata'ala.

Samarinda, 10 Agustus 2021

Penulis



Aulia Citra
NIM. P07220118069

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN *HOME CARE* PADA KLIEN DENGAN *ULKUS DIABETIKUM* DI WILAYAH KELURAHAN DAMAI KOTA BALIKPAPAN TAHUN 2021”

Pendahuluan : *Ulkus diabetikum* merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit diabetes mellitus dengan neuropati perifer. Adanya luka terbuka pada kulit akan memudahkan invasi dari bakteri, sehingga mengalami infeksi. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan *home care* kepada pasien dengan ulkus diabetikum adalah mengatur serta mempertahankan kadar glukosa darah melalui kedisiplinan diet pasien, serta turut melakukan perawatan luka dan mencegah terjadinya infeksi. Penelitian ini bertujuan memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan *home care* pada klien dengan *ulkus diabetikum*.

Metode : Penelitian ini dalam bentuk studi kasus menggunakan pendekatan asuhan keperawatan *home care*, mengambil dua klien dengan kasus *ulkus diabetikum* di wilayah Kelurahan Damai. Metode pengumpulan data dengan wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik, studi dokumentasi. Instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan menurut teori Andi Parellangi.

Hasil dan Pembahasan : Berdasarkan pengkajian dan analisa data, pada klien 1 dan klien 2 terdapat 6 masalah keperawatan. Perencanaan keperawatan dibuat menggunakan SIKI dan SLKI sesuai dengan kondisi klien. Pelaksanaan keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Pada klien 1 belum ada masalah yang teratasi sedangkan pada klien 2 hanya 1 masalah yang teratasi. Masalah keperawatan yang belum teratasi dikarenakan membutuhkan kepatuhan dalam pengobatan dan jangka waktu yang lama untuk melihat perkembangan dan perubahannya

Kesimpulan dan Saran : Dapat disimpulkan bahwa setiap klien dengan *ulkus diabetikum* memiliki respon yang berbeda sesuai dengan kondisi klien. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien agar hasil perawatannya lebih optimal.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan *home care*, *ulkus diabetikum*

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.....	1
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.....	9
A. Konsep Home Care	9

1. Pengertian.....	9
2. Tujuan	9
3. Manfaat	10
4. Peran Perawat.....	10
B. Konsep Dasar Medis	11
1. Definisi.....	11
2. Anatomi Fisiologi	12
3. Klasifikasi	14
4. Etiologi.....	17
5. Patofisiologi.....	17
6. Faktor Resiko	20
7. Manifestasi Klinik.....	22
8. Pemeriksaan Penunjang	23
9. Komplikasi	24
10. Penatalaksanaan	26
11. Pathway.....	29
C. Konsep Masalah Keperawatan.....	30
1. Pengertian Masalah Keperawatan.....	30
2. Kriteria Mayor dan Minor.....	30
3. Kondisi Terkait.....	30
D. Konsep Asuhan Keperawatan	37
1. Pengkajian	37
3. Intervensi Keperawatan.....	41
4. Implementasi Keperawatan.....	56
5. Evaluasi Keperawatan.....	56

BAB III METODE PENELITIAN	58
A. Pendekatan/Desain Penelitian.....	58
B. Subjek Penelitian.....	58
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	59
D. Lokasi Waktu Penelitian	60
E. Prosedur Penelitian.....	61
F. Keabsahan Data.....	61
G. Analisis Data	62
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	63
A. Hasil	63
1. Gambaran Lokasi Penelitian	63
2. Data Asuhan Keperawatan.....	64
a) Pengkajian	64
b) Diagnosa Keperawatan	73
c) Intervensi Keperawatan.....	75
d) Implementasi Keperawatan.....	83
e) Evaluasi Keperawatan.....	91
B. Pembahasan.....	107
1. Pengkajian	107
3. Intervensi Keperawatan.....	111
4. Implementasi Keperawatan.....	112
5. Evaluasi Keperawatan.....	113
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	114
A. Kesimpulan	114
B. Saran.....	116

DAFTAR PUSTAKA 118

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien 1 dan Klien 2 dengan <i>ulkus diabetikum</i> di Wilayah Kelurahan Damai	64
Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien 1 dan Klien 2 dengan <i>ulkus diabetikum</i> di Wilayah Kelurahan Damai	67
Tabel 4.3 Analisa Data Klien 1 dan Klien 2 dengan <i>ulkus diabetikum</i> di Wilayah Kelurahan Damai	70
Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan <i>ulkus diabetikum</i> di Wilayah Kelurahan Damai	73
Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan <i>ulkus diabetikum</i> di Wilayah Kelurahan Damai	75
Tabel 4.6 Implementasi Pada Klien 1(Ny.S) dengan <i>ulkus diabetikum</i> di Wilayah Kelurahan Damai	83
Tabel 4.7 Implementasi Pada Klien 2 (Ny.W) dengan <i>ulkus diabetikum</i> di Wilayah Kelurahan Damai	87
Tabel 4.8 Evaluasi Keperawatan pada klien 1(Ny.S) dengan <i>ulkus diabetikum</i> di Wilayah Kelurahan Damai	91
Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan pada klien 2 (Ny.W) dengan <i>ulkus diabetikum</i> di Wilayah Kelurahan Damai	99

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas	12
-----------------------------------	----

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Pathway Diabetes Melitus.....	29
-----------	-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Informed Consent Pasien 1

Lampiran 3 Informed Consent Pasien 2

Lampiran 4 Format Pengkajian Askep *Homecare* Pasien 1

Lampiran 5 Format Pengkajian Askep *Homecare* Pasien 2

Lampiran 6 SAP Dan Leaflet

Lampiran 7 Dokumentasi Tindakan

Lampiran 8 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan adalah keadaan seimbang yang dinamis, dipengaruhi faktor genetik, lingkungan dan pola hidup sehari - hari seperti makan, minum, seks, kerja, istirahat, hingga pengelolaan kehidupan emosional. Status kesehatan tersebut dapat menjadi rusak bila keseimbangan zat gizi dalam tubuh terganggu (Eliana & Sumiati, 2016). Sehat merupakan kondisi yang diinginkan setiap individu. Definisi sehat adalah keadaan sejahtera, sempurna dari fisik, mental, dan sosial yang tidak terbatas hanya pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja. Pencapaian derajat kesehatan yang baik dan setinggi-tingginya merupakan suatu hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, jenis kelamin, politik yang dianut, dan tingkat sosial ekonominya (WHO dalam Adliyani & Zaraz, 2015).

Sistem kesehatan nasional bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi yang memungkinkan orang hidup lebih produktif baik sosial maupun ekonomi dalam bentuk pembangunan kesehatan di Indonesia. Dengan meningkatnya status sosial dan ekonomi, pelayanan kesehatan masyarakat, perubahan gaya hidup dan bertambahnya umur harapan hidup, maka di Indonesia mengalami pergeseran pola penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular, hal ini di kenal dengan transisi epidemiologi. Menurut *World Health Organization* (WHO), empat jenis penyakit tidak menular adalah

penyakit kardiovaskular (penyakit jantung koroner dan stroke), kanker, penyakit pernafasan kronis (asma dan penyakit paru obstruksi kronis), dan Diabetes Melitus (Depkes RI dalam Izati, 2017).

Diabetes Melitus (DM) atau sering disebut sebagai penyakit kencing manis merupakan penyakit kronis yang disebabkan ketidakmampuan organ pankreas memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup atau karena tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang dihasilkan oleh pancreas secara efektif, atau dapat juga terjadi karena gabungan dari keduanya. Hiperglikemia atau meningkatnya kadar glukosa darah merupakan efek yang sering terjadi pada pasien DM. Kadar glukosa darah yang tidak terkontrol dari waktu ke waktu dapat menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, khususnya saraf dan pembuluh darah (WHO, 2016).

Kriteria DM mengacu pada consensus Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) yang mengadopsi kriteria *American Diabetes Association*(ADA). Menurut kriteria tersebut DM ditegakkan bila kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dl, atau kadar glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl dengan gejala sering lapar, sering haus, sering buang air kecil dalam jumlah banyak, dan berat badan turun (Kemenkes, 2020).

International Diabetes Federation (IDF) menyebutkan bahwa prevalensi DM di dunia adalah 1,9% dan telah menjadikan DM sebagai penyebab kematian urutan ke tujuh di dunia. Pada tahun 2012 angka kejadian DM di dunia adalah sebanyak 371 juta jiwa dimana proporsi kejadian DM tipe 2 adalah 95% dari populasi dunia yang menderita diabetes dan menyebabkan

1,5 juta kematian (Eliana, 2015). Gula darah yang lebih tinggi dari batas maksimum mengakibatkan tambahan 2,2 juta kematian, dengan meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular dan lainnya. Empat puluh tiga persen (43%) dari 3,7 juta kematian ini terjadi sebelum usia 70 tahun. Persentase kematian yang disebabkan oleh diabetes yang terjadi sebelum usia 70 tahun lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah daripada di negara-negara berpenghasilan tinggi (WHO, 2018).

Indonesia menempati urutan ke-6 dari sepuluh negara dengan jumlah pasien diabetes tertinggi, yakni 10,3 juta pasien per tahun 2017 dan diperkirakan akan meningkat menjadi 16,7 juta pasien per tahun 2045 (Soelistijo et al., 2015). Berdasarkan data Riskesdas dari Pusat Data Informasi Kementerian Kesehatan (Infodatin) tahun 2018 penderita DM tertinggi di Indonesia adalah provinsi DKI Jakarta dengan prevalensi 3,4%, kemudian provinsi Kalimantan Timur menempati urutan ke-2 tertinggi dengan prevalensi 3,1% (Kemenkes, 2020).

Menurut Riskesdas (2013) prevalensi penyakit DM di provinsi Kalimantan timur mengalami peningkatan, tahun 2007 sebesar 1,3% meningkat di tahun 2013 menjadi 2,8%. DM tertinggi di provinsi Kalimantan Timur berada pada kota Samarinda sebesar 4.1%, kemudian Kutai sebesar 4%, Tarakan 2,6%, Nunukan 2,1% dan Balikpapan menempati urutan ke-4 dengan prevalensi 1,9 % .

Berdasarkan fakta di atas, bisa diketahui bahwa angka penderita diabetes tergolong tinggi. DM dapat menyebabkan berbagai komplikasi

mikrovaskuler dan makrovaskuler seperti hiperglikemia, kebutaan, serta meningkatnya resiko penyakit jantung dan stroke. Selain itu DM dapat menyebabkan komplikasi neuropati. Sekitar 60%-70% penderita diabetes mengalami komplikasi neuropati tingkat ringan sampai berat, yang berakibat pada hilangnya sensori dan kerusakan ekstremitas bawah. Salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit DM dengan neuropati perifer adalah ulkus diabetikum. DM juga merupakan salah satu penyebab utama gagal ginjal, dan kematian (Kemenkes, 2014).

Pada penderita diabetes dengan ulkus diabetikum relatif sulit diatasi karena rusaknya pembuluh darah menuju lokasi luka. Akibatnya antibiotik, oksigen, zat makanan, perangkat kekebalan tubuh (sel darah putih, dll) sulit mencapai lokasi tersebut. Keadaan ini akan menghambat proses penyembuhan serta dapat membahayakan jiwa penderitanya (Purnomo et al., 2014). Angka kematian akibat ulkus berkisar 17-23%, sedangkan angka amputasi berkisar 15-30%. Sementara angka kematian 1 tahun post amputasi berkisar 14,8%. Jumlah itu meningkat pada tahun ketiga menjadi 37% (Husniawati, 2015) .

Ulkus adalah adanya luka atau rusaknya barrier kulit sampai ke seluruh lapisan dari dermis dan proses penyembuhannya cenderung lambat, dan ulkus merupakan kematian jaringan yang luas dan disertai invasif kuman saprofit yang menyebabkan ulkus berbau. (Utami, 2014). Ulkus diabetikum sering diawali dengan cedera pada jaringan lunak kaki, pembentukan fisura antara jari-jari kaki atau di daerah kulit yang kering, atau pembentukan sebuah kalus. (Husniawati, 2015). Adanya luka terbuka pada kulit akan memudahkan invasi

dari bakteri, sehingga mengalami infeksi. Infeksi ulkus diabetikum jika tidak ditangani dengan serius akan menyebar secara cepat dan masuk ke jaringan yang lebih dalam (Scott, 2013) . Sehingga dapat menimbulkan masalah gangguan integritas kulit, perfusi perifer tidak efektif, serta resiko infeksi. Infeksi yang berat pada jaringan lunak dan tulang sehingga seringkali berakhir pada tindakan amputasi.

Komplikasi akibat diabetes dapat dicegah atau ditunda dengan menjaga kadar gula darah berada dalam kategori normal sehingga metabolisme dapat dikendalikan dengan baik. Kadar gula darah dapat dijaga dengan melakukan gaya hidup yang sehat. Cara menjaga kadar gula darah tersebut meliputi terapi menggunakan obat atau farmakologi, terapi gizi dan nutrisi, edukasi cara manajemen diabetes mandiri, dan aktivitas fisik (ADA, 2014).

Berdasarkan studi yang dilakukan (Husniawati, 2015) didapatkan hasil bahwa kualitas hidup pasien dengan ulkus diabetikum rata-rata sangat buruk karena tingginya angka kematian akibat ulkus diabetikum. Hal ini dipengaruhi oleh banyak faktor sehingga menuntut adanya pendekatan kolaborasi dari tim kesehatan, termasuk didalamnya perawat yang dituntut untuk dapat melakukan pelayanan keperawatan *home care* dengan baik sesuai dengan standar proses keperawatan. *Home Care* merupakan layanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional di tempat tinggal pasien (di rumah) yang bertujuan untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien dalam mengatasi masalah kesehatan dengan melibatkan anggota keluarga sebagai pendukung

didalam proses perawatan dan penyembuhan sehingga keluarga bisa mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya (Parellangi, 2018).

Perawat memiliki peran paling utama sebagai pemberi asuhan keperawatan *home care*. Jika dirumah sakit perawat memiliki tim kerja yang setiap waktu bisa berkoordinasi, maka di *home care*, perawat haruslah *expert* yang memiliki kemampuan lebih karena harus mampu mengatasi setiap permasalahan yang muncul. Perawat harus memiliki kemampuan *educator*, *advocate*, *case manager* dan *spiritual-aesthetic communer* (Parellangi, 2018).

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling aktif berperan dalam pencegahan, deteksi awal diabetes dan komplikasinya. Perawat *Home Care* juga mempunyai peran *educator* sebagai fungsi dari keperawatan yang sangat dibutuhkan karena pasien dengan DM membutuhkan perawatan mandiri seumur hidup. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan *home care* kepada pasien dengan ulkus diabetikum adalah mengatur dan mempertahankan kadar glukosa darah melalui kedisiplinan diet pasien, serta turut melakukan perawatan luka dan mencegah terjadinya infeksi . Perawat *homecare* secara langsung melibatkan serta mengajarkan kepada klien dan keluarga didalam proses perawatan dan penyembuhan sehingga keluarga bisa melakukan perawatan mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya dan mencegah timbulnya komplikasi yang lebih serius.

Berdasarkan data rekam medis di Puskesmas Damai, didapatkan data bahwa pada tahun 2020 kasus DM tipe 2 di Puskesmas Damai pada bulan Januari hingga Mei mendapatkan urutan ke-2 dari 10 diagnosa penyakit

terbanyak, kemudian pada bulan Juni hingga desember mengalami penurunan menjadi urutan ke-3 (Puskesmas Damai, 2020). Sehingga dalam hal ini penulis tertarik melakukan asuhan keperawatan pada Klien dengan *ulkus diabetikum* di Wilayah Kelurahan Damai secara komprehensif guna memperoleh gambaran secara nyata.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan *Home Care* pada Klien dengan *Ulkus Diabetikum*”?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penulisan ini adalah :

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan *Home Care* pada Klien dengan *Ulkus Diabetikum*

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan *home care* pada klien dengan *ulkus diabetikum*
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan *home care* pada klien dengan *ulkus diabetikum*

- c. Menyusun perencanaan asuhan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan *home care* pada klien dengan *ulkus diabetikum*
- d. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan *home care* pada klien dengan *ulkus diabetikum*
- e. Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan *home care* pada klien dengan *ulkus diabetikum*.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah

1. Bagi Peneliti

Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat memberikan Asuhan Keperawatan *home care* pada klien dengan *ulkus diabetikum*

2. Bagi Tempat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada bidang Pelayanan Kesehatan mengenai Asuhan Keperawatan *Home Care* pada klien *ulkus diabetikum* dan mengajarkan pasien agar mandiri untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan *Home Care* pada Klien *Ulkus Diabetikum* secara langsung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Home Care*

1. Pengertian

Home care nursing adalah pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien di rumah yang diberikan secara *intermittent* atau *part time*. *Home care* adalah sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya (Parellangi, 2018).

Home Care merupakan layanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional di tempat tinggal pasien (di rumah) yang bertujuan untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien dalam mengatasi masalah kesehatan dengan melibatkan anggota keluarga sebagai pendukung didalam proses perawatan dan penyembuhan sehingga keluarga bisa mandiri dalam mengatasi masalah kesehatannya (Parellangi, 2018).

2. Tujuan

Menurut Parellangi (2018), tujuan dari pelayanan *home care nursing* yaitu :

a. Umum

Mengkatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara komprehensif dan berkesinambungan

b. Khusus

- 1) Meningkatkan, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan
- 2) Mengoptimalkan tingkat kemandirian klien dan keluarganya
- 3) Meminimalkan akibat yang ditimbulkan dari masalah kesehatan yang dialami klien (Parellangi, 2018).

3. Manfaat

Manfaat *home care nursing*, yaitu :

- a. Pelayanan akan lebih sempurna, holistik dan komprehensif
- b. Pelayanan lebih profesional
- c. Pelayanan keperawatan mandiri bisa diaplikasikan dengan dibawah naungan legal dan etik keperawatan
- d. Kebutuhan pasien akan dapat terpenuhi sehingga pasien akan lebih nyaman dan puas dengan asuhan keperawatan yang profesional (Parellangi, 2018).

4. Peran Perawat

Ekspetasi yang diharapkan oleh pengguna jasa pelayanan *home care* terhadap peran perawat sangat besar. Jika di rumah sakit perawat memiliki tim kerja yang setiap waktu bisa berkoordinasi, maka di *home care*, perawat haruslah seorang *expert* yang memiliki kemampuan lebih karena harus mampu mengatasi setiap permasalahan yang muncul. Perawat harus memiliki kemampuan edukator, *advocate*, *case manager* dan *spiritual-aesthetic communer* (Parellangi, 2018).

B. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

DM atau sering disebut sebagai penyakit kencing manis merupakan penyakit kronis yang disebabkan ketidakmampuan organ pankreas memproduksi insulin atau karena ketidakmampuan tubuh untuk menggunakan insulin secara efektif yang dihasilkan oleh pankreas (WHO, 2016). Menurut *American Diabetes Association* (ADA) tahun 2014, DM merupakan suatu penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena adanya kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau kedua-duanya.

Ulkus adalah adanya luka atau rusaknya barrier kulit sampai ke seluruh lapisan dari dermis dan proses penyembuhannya cenderung lambat, dan ulkus merupakan kematian jaringan yang luas dan disertai invasif kuman saprofit. Adanya kuman saprofit tersebut menyebabkan ulkus berbau. ulkus diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit diabetes mellitus dengan neuropati perifer (Utami, 2014).

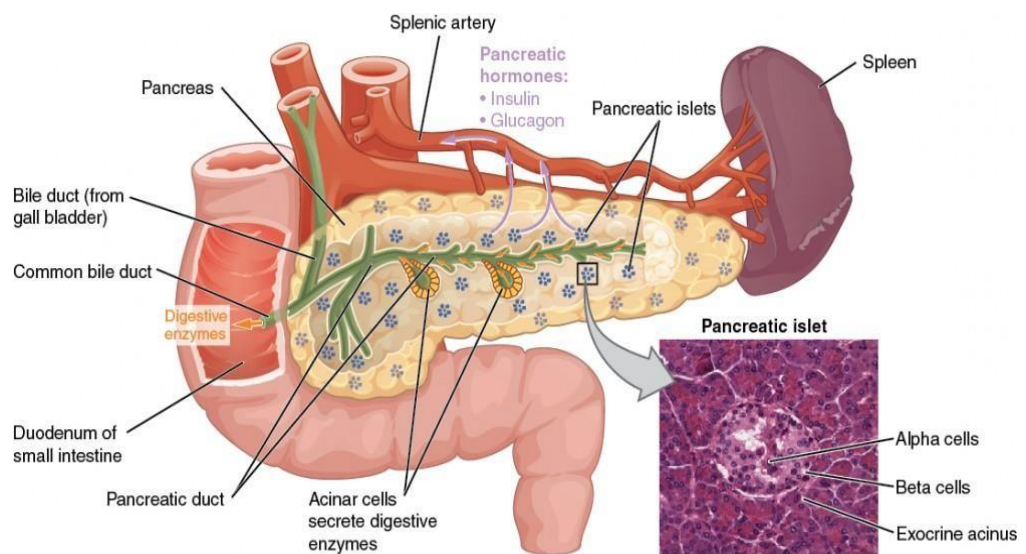
Manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat yang ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerosis dan penyakit vascular mikroangiopati merupakan gangguan metabolisme secara genetik dan klinis dari penyakit DM. (Fatimah, 2015).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa DM adalah suatu penyakit yang ditandai dengan hiperglikemia karena

disebabkan oleh ketidakmampuan organ pancreas dalam memproduksi insulin atau tidak dapat bekerja secara efektif, padahal hormon insulin memiliki peran utama dalam mengatur kadar glukosa dalam darah.

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi Pankreas



Gambar 2.1
(Hartanto, 2015)

b. Fisiologi

Pankreas adalah kelenjar majemuk bertandan, strukturnya sangat mirip dengan kelenjar ludah. 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. Organ ini merupakan kelenjar majemuk yang terdiri atas jaringan eksokrin dan jaringan endokrin (Susanto, 2015)

Fungsi jaringan eksokrin dilaksanakan oleh sel sekretori lobula, yang akan membentuk getah pancreas dan menghasilkan enzim dan elektrolit. Enzim-enzim pankreas yang dihasilkan seperti amylase, peptidase dan lipase. sedangkan jaringan endokrin menghasilkan hormon-hormon seperti insulin, glukagon dan somatostatin.

Kepulauan Langerhans membentuk organ endokrin yang mensekresikan insulin, yaitu sebuah hormon antidiabetika, yang diberikan dalam pengobatan diabetes. Insulin adalah sebuah protein yang dapat turut dicernakan oleh enzim pencerna protein dan oleh karena itu tidak diberikan melalui mulut melainkan melalui suntikan subcutan. Insulin mengendalikan kadar glukosa dan bila digunakan sebagai pengobatan dalam hal kekurangan, seperti pada diabetes, insulin memperbaiki kemampuan sel tubuh untuk mengabsorpsi dan menggunakan glukosa dan lemak.

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

bila fungsi hepar terganggu akan mudah terjadi hiperglikemi atau hipoglikemia. Sedangkan peran insulin dan glucagon sangat penting pada metabolisme karbohidrat.

Secara klinik, defisiensi insulin mengakibatkan hiperglikemia, turunnya berat badan, lelah, *poliuria*, *polidipsia*, *polifagia*, disertai kulit kering, mulut dan lidah terasa kering. Akibatnya, terjadi ketosis dan asidosis serta kecepatan nafas bertambah. Sedangkan keadaan yang sebaliknya yaitu hipoglikemia atau kadar gula darah rendah, dapat terjadi akibat kelebihan dosis insulin, yang dapat menyebabkan koma hipoglikemia. (Susanto, 2015)

3. Klasifikasi

Menurut Damayanti (2015) klasifikasi diabetes ada empat jenis, antara lain :

a. DM Tipe 1

DM tipe 1 atau *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM) merupakan gangguan katabolisme yang ditandai oleh kekurangan insulin absolut, peningkatan glukosa darah, pemecahan lemak dan protein dalam tubuh. Kelainan ini terjadi karena kerusakan sistem imunitas (kekebalan tubuh) yang kemudian merusak sel-sel langerhans di pankreas. Pada DM tipe 1 ditandai oleh destruksi sel beta pankreas, yang terbagi dalam dua sub tipe yaitu tipe 1A dan tipe 1B.

Diabetes 1A atau biasa disebut diabetes *juvenile*, diakibatkan oleh proses imunologi (*immunemediated diabetes*) yang ditandai oleh

destruksi autoimun sel beta, kemudian diabetes tipe 1B yaitu diabetes idiopatik yang tidak diketahui penyebabnya. (Damayanti, 2015). IDDM tergantung insulin biasanya terjadi pada masa anak-anak atau dewasa muda dan menyebabkan ketoasidosis jika pasien tidak diberikan terapi insulin (*International Diabetes Federation (IDF)*, 2017).

b. DM Tipe 2

DM tipe 2 atau juga dikenal sebagai *Non-Insulin Dependent Diabetes* (NIDDM). Dalam DM tipe 2, jumlah insulin yang diproduksi oleh pankreas biasanya cukup untuk mencegah ketoasidosis tetapi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. DM tipe 2 banyak dialami oleh orang dewasa tua dengan usia lebih dari 40 tahun dan juga lebih sering terjadi pada individu yang memiliki obesitas (Damayanti, 2015).

Kasus DM tipe 2 umumnya mempunyai latar belakang kelainan yang diawali dengan terjadinya resistensi insulin. Resistensi insulin awalnya belum menyebabkan DM secara klinis. Sel beta pankreas masih dapat melakukan kompensasi bahkan sampai overkompensasi, insulin disekresi secara berlebihan sehingga terjadi kondisi hiperinsulinemia dengan tujuan normalisasi kadar glukosa darah. Mekanisme kompensasi yang terus menerus menyebabkan kelelahan sel beta pankreas yang disebut dekompensasi, mengakibatkan produksi insulin yang menurun secara absolut (Damayanti, 2015).

Kondisi resistensi insulin diperberat oleh produksi insulin yang menurun, akibatnya kadar glukosa darah semakin meningkat sehingga

memenuhi kriteria diagnosa DM .Resistensi insulin utamanya dihasilkan dari kerusakan genetik dan selanjutnya oleh faktor lingkungan. Ketika glukosa intrasel meningkat, maka asam lemak bebas (*Free Fatty Acid- FFAs*) disimpan, namun ketika glukosa menurun maka FFAs masuk ke sirkulasi sebagai substrat dari produksi glukosa (Damayanti, 2015).

Pada kondisi normal, insulin memicu sintesa trigliserida dan menghambat lipolisis postprandial. Glukosa diserap ke dalam jaringan adiposa dan sirkulasi FFAs mempunyai efek yang bahaya pada produksi glukosa dan sensitifitas insulin, peningkatan glukosa darah pun ikut berperan. Pada tipe ini terjadi kehilangan sel beta pankreas lebih dari 50% (Damayanti, 2015).

c. Diabetes pada kehamilan (*Gestasional Diabetes*)

Gestasional Diabetes Mellitus (GDM) adalah diabetes yang didiagnosis selama kehamilan (ADA, 2014) . Wanita dengan diabetes gestasional memiliki peningkatan risiko komplikasi selama kehamilan dan saat melahirkan, serta memiliki risiko diabetes tipe 2 yang lebih tinggi di masa depan (IDF, 2017)

d. DM tipe lain (*Others Specific Types*)

Merupakan gangguan endokrin yang menimbulkan hiperglikemia akibat peningkatan produksi glukosa hati atau penurunan penggunaan glukosa oleh sel. Sebelumnya dikenal dengan istilah diabetes sekunder, diabetes tipe ini menggambarkan diabetes yang

dihubungkan dengan keadaan sindrom tertentu, misalnya diabetes yang terjadi dengan penyakit pankreas atau pengangkatan jaringan pankreas dan penyakit endokrin seperti akromegali atau *syndrome chusing*, karena zat kimia atau obat, infeksi dan endokrinopati(Damayanti, 2015).

4. Etiologi

Menurut Tjandrawinata (2016), DM tipe 2 adalah gangguan hormon endokrin yang ditandai dengan penurunan sensitivitas insulin dan sekresi insulin. DM tipe 2 disebabkan oleh kegagalan relatif sel beta dan resistensi insulin. Resistensi Insulin adalah turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa di jaringan perifer dan mengakibatkan produksi glukosa yang berlebihan oleh hati. Hal ini menyebabkan terjadinya hiperglikemia kronik dan dalam jangka panjang dapat terjadi komplikasi yang serius. Secara keseluruhan gangguan ini bersifat merusak dan memburuk secara progresif dengan berjalannya waktu.

Pada penderita diabetes, fungsi sel β yang abnormal menyebabkan pelepasan insulin yang tidak mencukupi untuk mengimbangi glukosa yang berlebihan setelah makan. Selain kerusakan sel beta yang progresif, faktor yang berpengaruh pada sekresi insulin pada penderita DM tipe 2 yaitu tidak terjadinya sekresi insulin. Keadaan inilah yang menyebabkan adanya keterlambatan sekresi insulin yang cukup untuk menurunkan kadar glukosa postprandial pada jaringan perifer seperti jaringan lemak dan jaringan otot (Tjandrawinata, 2016).

5. Patofisiologi

Pada DM tipe 2 terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu jumlah insulin kurang (defisiensi insulin) dan jumlah reseptor insulin dipermukaan sel berkurang, sehingga terjadinya resistensi insulin karena glukosa yang masuk ke dalam sel berkurang. Dalam keadaan normal, kurang lebih 50% glukosa yang dimakan mengalami metabolisme sempurna menjadi CO₂ dan air, 10% menjadi glikogen dan 20% sampai 40% diubah menjadi lemak, tetapi proses tersebut terganggu karena defisiensi insulin. Penyerapan glukosa ke dalam sel macet dan metabolismenya terganggu. Keadaan ini menyebabkan sebagian besar glukosa tetap berada dalam sirkulasi darah sehingga terjadi hiperglikemia (Anggit, 2017).

Saat terjadi hiperglikemia, ginjal tidak dapat menahannya karena ambang batas reabsorpsi ginjal untuk gula darah adalah 180 mg/dL, bila melebihi ambang batas tersebut, maka ginjal tidak bisa menyaring dan mereabsorpsi sejumlah glukosa dalam darah. Sehingga kelebihan glukosa dalam tubuh dikeluarkan bersama dengan urin yang disebut dengan glukosuria. (Anggit, 2017).

Glukosuria menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang ditandai dengan pengeluaran urin yang berlebihan (*poliuria*). Poliuria pada pasien DM mengakibatkan terjadinya dehidrasi intraseluler. Hal ini merangsang pusat haus sehingga pasien akan merasakan haus terus menerus sehingga pasien akan banyak minum (*Polidipsia*). Glukosa yang hilang melalui urin dan resistensi insulin menyebabkan kurangnya glukosa yang akan diubah

menjadi energi sehingga menimbulkan rasa lapar yang menyebabkan pasien DM banyak makan (*Polifagia*), sebagai kompensasi terhadap kebutuhan energi, pasien akan merasa mudah lelah dan mengantuk jika tidak ada kompensasi terhadap kebutuhan energi (NANDA, 2015).

Menurunnya transport glukosa ke sel menyebabkan terjadinya katabolisme glikogen, lemak dan protein yang menyebabkan pasien DM sering mengalami kelelahan dan kelemahan otot. Terlalu banyak pemecahan lemak dapat meningkatkan produksi keton yang menyebabkan peningkatan keasaman darah (*Asidosis*). Zat ini akan meracuni tubuh jika terlalu banyak, sehingga tubuh akan berusaha mengeluarkannya melalui urin dan pernapasan, akibatnya bau urin dan napas penderita berbau aseton atau bau buah-buahan. Keadaan asidosis ini apabila tidak segera diobati akan terjadi koma yang disebut koma diabetik (Tjandrawinata, 2016).

Defisiensi insulin mempengaruhi sintesis protein yang menyebabkan penurunan anabolisme protein, sehingga menurunkan sistem kekebalan tubuh dan meningkatkan resiko infeksi pada pasien dengan DM. Keadaan hiperglikemia dapat juga menyebabkan peningkatan viskositas darah dan angiopati diabetik sehingga suplai O₂ dan nutrisi ke jaringan akan berkurang sehingga menyebabkan terjadinya komplikasi kronik diabetik, mikroangiopati dan makroangiopati (Tjandrawinata, 2016).

Selain itu DM dapat menyebabkan komplikasi neuropati yang berakibat pada hilangnya sensori dan kerusakan ekstremitas bawah. Hilangnya sensasi merupakan presdiposisi terjadinya ulkus diabetikum

pada penderita DM. Pada penderita ulkus diabetikum, 50% akan mengalami infeksi akibat adanya gula darah yang tinggi, yang merupakan media pertumbuhan bakteri. Proses infeksi bermula adanya selulitis disekitar luka, kemudian terjadi pembentukan abses, *osteomyelitis* dan kemudian infeksi ini meluas sepanjang *fascia* sehingga terjadilah gangren (Wisnu Brata, 2014).

6. Faktor Resiko

a. Riwayat keluarga

Menurut Anggit (2017), Diabetes dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes. Ini terjadi karena DNA pada orang diabetes melitus akan ikut diinformasikan pada gen berikutnya terkait dengan penurunan produksi insulin.

b. Usia

Faktor penambahan usia yang secara degenerative dapat menyebabkan penurunan semua fungsi sistem tubuh, tidak terkecuali sistem endokrin. Penambahan usia menyebabkan kondisi resistensi pada insulin yang berakibat tidak stabilnya glukosa darah sehingga dapat terjadi DM. Semakin bertambahnya usia maka semakin tinggi risiko terkena DM tipe II dan paling sering terjadi pada orang dewasa setelah usia 45 tahun (Isnaini & Ratnasari, 2018)

c. Gaya Hidup dan Stres

Gaya hidup merupakan perilaku seseorang yang ditunjukkan dalam aktivitas sehari-hari. Makanan cepat saji, olahraga tidak teratur

dan minuman bersoda adalah salah satu gaya hidup yang dapat memicu terjadinya DM tipe II. Menurut Anggit (2017), stress kronis membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji yang banyak mengandung pengawet, lemak, dan gula. Makanan ini sangat berpengaruh terhadap kerja. Stres juga meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas sehingga berdampak pada penurunan insulin.

d. Pola Makan

Tingginya jumlah penderita diabetes melitus di Indonesia diakibatkan oleh kebiasaan pola makan orang Indonesia yang terlalu banyak mengkonsumsi karbohidrat dan ketidakseimbangan konsumsi dengan kebutuhan energi, yang jika kondisi tersebut berlangsung terus menerus dapat menimbulkan terjadinya DM tipe 2 . Selain itu, makanan cepat saji mempengaruhi kerja pankreas karena banyak mengandung pengawet, lemak, dan gula (Isnaini & Ratnasari, 2018).

e. Obesitas

Adanya peningkatan indeks massa tubuh terhadap DM karena disebabkan oleh kurangnya aktivitas fisik serta tingginya konsumsi protein, karbohidrat dan lemak yang merupakan faktor risiko dari obesitas. Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi pankreas yang disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak (Anggit, 2017).

f. Tekanan darah tinggi

Tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan pendistribusian gula pada sel tidak berjalan optimal sehingga akan terjadi akumulasi gula dan kolesterol dalam darah (Brunner & Suddart, 2015)

g. Kebiasaan merokok

Rokok mengandung zat aktif yang akan membuat kecanduan dan kehilangan kontrol yang bernama nikotin. Kebiasaan merokok dapat mempengaruhi ketebalan plasma dinding pembuluh darah (aterosklerosis) dan dapat menyebabkan komplikasi kardiovaskuler (Isnaini & Ratnasari, 2018)

7. Manifestasi Klinik

a. *Poliuria* (Peningkatan pengeluaran urin)

Peningkatan pengeluaran urin mengakibatkan glikosuria karena glukosa darah sudah mencapai kadar “ambang ginjal”, yaitu 180 mg/dL pada ginjal yang normal. Dengan kadar glukosa darah 180 mg/dL, ginjal sudah tidak bisa mereabsorpsi glukosa dari filtrat glomerulus sehingga timbul glikosuria. Karena glukosa menarik air, osmotik diuresis akan terjadi mengakibatkan poliuria (Anggit, 2017).

b. *Polidipsia* (Peningkatan rasa haus)

Peningkatan pengeluaran urin yang sangat besar dan keluarnya air dapat menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat

pekat). Dehidrasi intrasel merangsang 13 pengeluaran ADH (*Antidiuretic Hormone*) dan menimbulkan rasa haus (Anggit, 2017).

c. *Polifagia* (Peningkatan rasa lapar)

Sel tubuh mengalami kekurangan bahan bakar (*cell starvation*), pasien merasa sering lapar dan lemas, hal tersebut disebabkan karena glukosa dalam tubuh semakin habis sedangkan kadar glukosa dalam darah cukup tinggi (PERKENI, 2011).

d. *Fatigue* (Kelelahan)

Rasa lelah dan kelemahan otot terjadi karena adanya gangguan aliran darah, katabolisme protein diotot dan ketidakmampuan organ tubuh untuk menggunakan glukosa sebagai energi sehingga hal ini membuat pasien dengan DM sering merasa lelah (Anggit, 2017).

e. Berat badan turun

Turunnya berat badan pada pasien dengan DM disebabkan karena tubuh terpaksa mengambil dan membakar lemak sebagai cadangan energi (Anggit, 2017).

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Purwanto (2016), pemeriksaan penunjang DM adalah

a. Glukosa Darah Meningkat

- 1) Glukosa darah sewaktu/random > 200 mg/dl (11,1 mmol/L).
- 2) Glukosa darah puasa/nuchter > 140 mg/dl (7,8 mmol/L).
- 3) Glukosa darah dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial) >200 mg/dl.

b. Tes Toleransi Glukosa

- 1) Aseton plasma (keton) : positif secara mencolok
- 2) Asam lemak bebas : kadar lipid dan kolesterol meningkat
- 3) Osmolaritas serum : meningkat, < 330 mosm/dl
- 4) Elektrolit : meningkat atau menurun
- 5) Natrium : meningkat atau menurun
- 6) Kalium : normal atau meningkat semu (pemindahan seluler) selanjutnya menurun.
- 7) Fosfor : lebih sering meningkat
- 8) Gas darah arteri : biasanya menunjukkan pH rendah dan P_{O_2} menurun pada HCO_3^- (asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.
- 9) Trombosit darah : H^+ mungkin meningkat (dehidrasi) ; leukositosis; hemokonsentrasi merupakan respon terhadap sitosis atau infeksi.
- 10) Ureum/kreatinin : meningkat atau normal (dehidrasi/menurun fungsi ginjal).
- 11) Urin : gula dan aseton (+), berat jenis dan osmolaritas mungkin meningkat.

9. Komplikasi

a. Hipoglikemia

Menurut Fatimah (2015), Hipoglikemia adalah kadar glukosa darah seseorang di bawah nilai normal , sering terjadi pada diabetes mellitus tipe 1 yang dapat menyebabkan sel-sel otak tidak mendapatkan

pasokan energi yang cukup sehingga sel-sel tersebut akan rusak. Saat kadar gula darah penderita diabetes mellitus < 60 mg/dL dapat mengkonsumsi karbohidrat kompleks atau saat hipoglikemia berat penderita diabetes dapat diberikan injeksi insulin untuk mengembalikan kadar gula darahnya.

b. Hiperglikemia

Hiperglikemia adalah kondisi ketika tubuh kelebihan gula atau glukosa dalam darah >250 mg/dL dengan gejala poliuria, polidipsi, pernafasan bau keton, mual muntah sampai koma.. Kondisi ini terjadi ketika tubuh tidak memproduksi atau menggunakan insulin secara maksimal (Fatimah, 2015).

c. Penyakit Ginjal (Nefropati)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rajasa et al (2016) sebanyak 67,1% penderita diabetes mellitus mengalami nefropati diabetik. Menurut Fatimah (2015) rusaknya ginjal disebabkan karena ginjal harus bekerja secara ekstra untuk menyaring gula yang berkadar tinggi di peredaran darah.

d. Retinopati

Retinopati diabetik dilaporkan sebagai penyebab kebutaan tersering pada populasi usia produktif. Berdasarkan data CDC, retinopati diabetik dapat ditemukan pada sepertiga pasien DM yang berusia >40 tahun. (Evani, 2017) . Retinopati disebabkan akibat rusaknya pembuluh darah yang memberi makan retina. Rusaknya

pembuluh darah pada retina disebabkan karena kadar gula darah yang tinggi akan menyebabkan viskositas darah meningkat yang nantinya akan menghambat aliran darah ke daerah mata (Fatimah, 2015).

e. Penyakit Jantung

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rajasa , Afriwardi & Zein (2016) penyakit jantung yang diakibat DM sebesar 23,3%. Penyakit jantung atau kardiopati diabetik terjadi akibat aterosklerosis atau penyempitan pembuluh darah karena kenaikan kadar kolesterol yang disebabkan oleh hiperglikemia yang terjadi dalam jangka waktu yang lama.

f. Neuropati

Menurut Kurniawan & Wuryaningsih (2016), Neuropati yang terjadi pada penderita DM dapat terjadi akibat hiperglikemia yang terjadi berkepanjangan dan menyebabkan aliran darah menjadi terhambat karena hemokonsentrasi darah meningkat. Neuropati perifer dapat mempengaruhi ekstremitas bawah dan kaki akibat hiperglikemia yang meracuni saraf akan menyebabkan keracunan saraf dan apoptosis sehingga rusaknya pembuluh darah mikro dan terhambatnya sirkulasi darah ke ekstremitas bawah.

10. Penatalaksanaan

a. Kendali metabolik (*Metabolic Control*)

Pengendalian keadaan metabolik dilakukan sebaik mungkin seperti pengendalian kadar glukosa darah, lipid, albumin, hemoglobin dan sebagainya.

b. Kendali Vaskular (*Vascular Control*)

Perbaiki asupan vaskular dengan dilakukannya debridement, yaitu membuang biasanya jaringan nekrotik, jaringan hiperkeratosis dan membuat drainase yang baik, biasanya dilakukan pada ulkus iskemik.

c. Kendali infeksi (*Infection Control*)

Pada penanganan infeksi, debridement merupakan langkah awal yang sangat bermanfaat untuk mengurangi lama pemberian antibiotik dan mengurangi angka amputasi. Perawatan ulkus neuropati berbeda dengan ulkus iskemik, karena pada neuropati biasanya sirkulasi berjalan baik. Lingkungan yang lembab disekitar ulkus akan merangsang proses penyembuhan. Kelembapan dipertahankan dengan mengganti kain kasa pembalut 3-4 kali sehari, dan sebaiknya menggunakan cairan isotonik.

d. Kendali Luka (*Wound Control*)

Pembuangan jaringan terinfeksi dan nekrosis secara teratur. Perawatan lokal pada luka, termasuk kontrol infeksi, dengan konsep *TIME*:

- 1) *Tissue debridement* (membersihkan luka dari jaringan mati)
- 2) *Inflammation and Infection Control* (kontrol inflamasi dan infeksi).
- 3) *Moisture Balance* (menjaga kelembaban)
- 4) *Epithelial edge advancement* (mendekatkan tepi epitel)

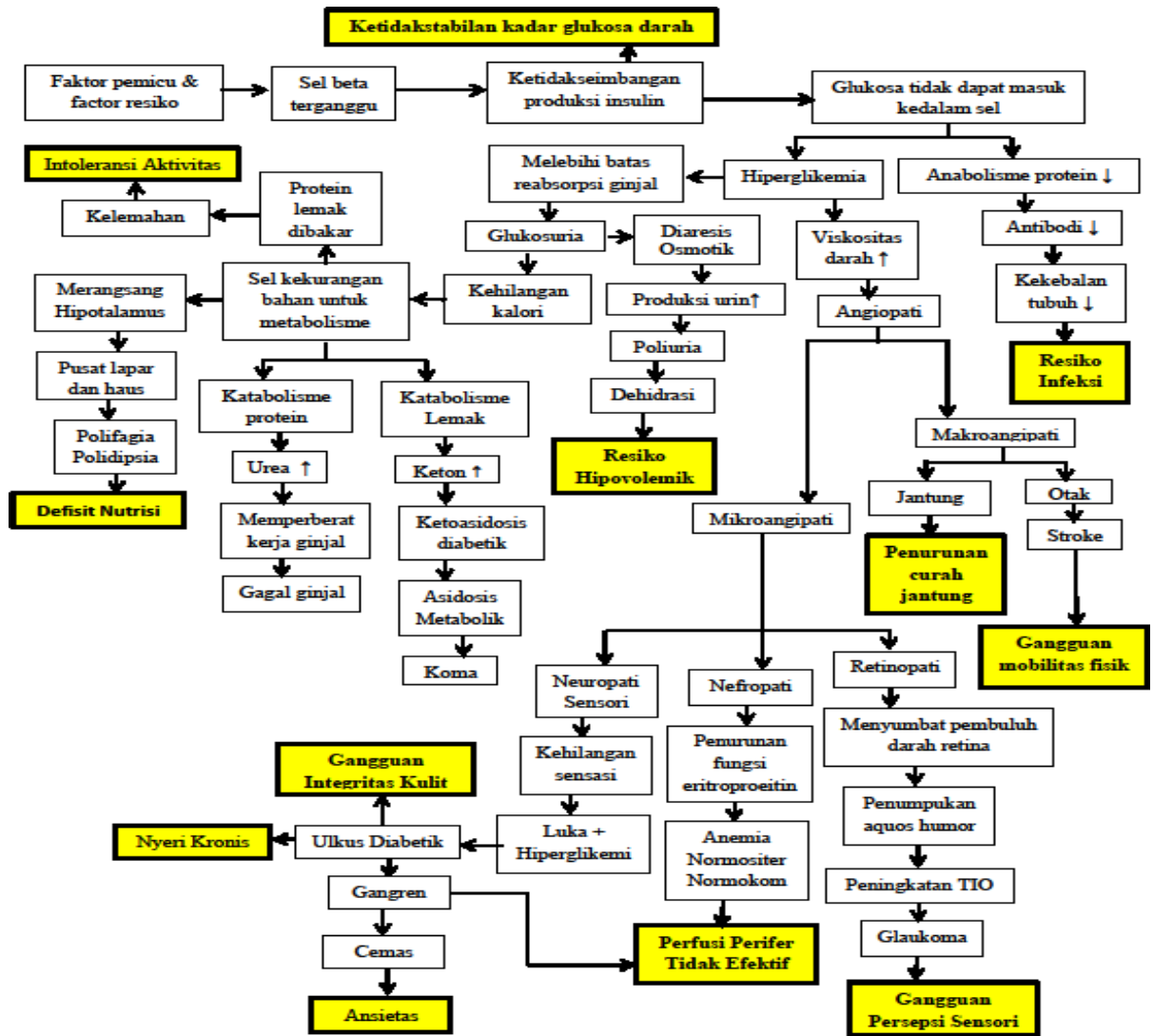
e. Kendali Tekanan (*Pressure Control*)

Pada pengendalian tekanan, dapat dilakukan tindakan mengurangi tekanan pada kaki, karena tekanan yang berulang dapat menyebabkan ulkus. Mengurangi tekanan merupakan hal sangat penting dilakukan pada ulkus neuropatik. Pembuangan kalus dan memakai sepatu dengan ukuran yang sesuai diperlukan untuk mengurangi tekanan.

f. Penyuluhan (*Education Control*)

Pada dasarnya penderita diabetes harus dapat mengontrol dan merawat dengan mandiri. Dengan pemberian edukasi mengenai pencegahan terjadinya ulkus dan perawatan kaki secara mandiri dapat menekan terjadinya infeksi. Hal ini akan menekan biaya pengobatan yang cukup besar dan fungsi sosial pasien juga menjadi baik (Wisnu Brata, 2014) , (Eliana, 2015).

11. Pathway



Bagan 2.1
 Pathway Diabetes Melitus
 (Huda & Kusuma, 2015) (Huda & Kusuma, 2016)

C. Konsep Masalah Keperawatan

1. Pengertian Masalah Keperawatan

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

2. Kriteria Mayor dan Minor

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

3. Kondisi Terkait

Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakan suatu diagnosis atau masalah keperawatan (PPNI, 2017).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi penderita ulkus diabetikum :

a. Nyeri kronis b.d Kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan on-site mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

Batasan Karakteristik :

1) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : mengeluh nyeri merasa depresi (tertekan)
 - b) Objektif : tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas
- 2) Gejala dan Tanda Minor :
- a) Subjektif : Merasa takut mengalami cedera berulang
 - b) Objektif : Bersikap protektif (mis. posisi menghindari nyeri), waspada, pola tidur berubah, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri.
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009)

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

Batasan Karakteristik :

- 1) Gejala dan Tanda Mayor :
- a) Subjektif: (tidak tersedia)
 - b) Objektif : Pengisian kapiler > 3 detik, Nadi perifer menurun atau tidak teraba, Akral teraba dingin, Warna kulit pucat dan Turgor kulit menurun
- 2) Gejala dan Tanda Minor :
- a) Subjektif : Parestesia dan Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermen)
 - b) Objektif : Edema, penyembuhan luka lambat, indeks *ankle-bracial* >0,90 , dan Bbruit femoral.

c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi insulin (D.0027)

Definisi : Variasi kadar glukosa darah naik/ turun dari rentang normal

Batasan Karakteristik :

1) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif : Lelah dan lesu

b) Objektif : Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

2) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif : Mulut kering dan haus meningkat.

b) Objektif : Jumlah urin meningkat.

d. Resiko infeksi b.d Penyakit Kronis (D.0142)

Definisi : beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Resiko : Penyakit kronis (mis. Diabetes Mellitus)

Kondisi Klinis Terkait : Diabetes Mellitus

e. Ansietas b.d Ancaman terhadap konsep diri

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

Batasan Karakteristik :

1) Gejala dan Tanda Mayor

a) Subjektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, Sulit berkonsentrasi

b) Objektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

2) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif: mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, berorientasi pada masa lalu

b) Objektif : frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, merasa tidak berdaya

f. Defisit nutrisi b.d Peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Batasan Karakteristik :

1) Gejala dan Tanda Mayor :

a) Subjektif : (tidak tersedia)

b) Objektif : berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

2) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif : cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.

b) Objektif : bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare

- g. Gangguan integritas kulit b.d kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan (D.0129)

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

Batasan Karakteristik :

- 1) Gejala dan Tanda Mayor :

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- b) Objektif : Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

- 2) Gejala dan Tanda Minor :

- a) Subjektif : (tidak tersedia)
- b) Objektif : Nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

- h. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)

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

Batasan Karakteristik :

- 1) Gejala dan Tanda Mayor :

- a) Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- b) Objektif : Kekuatan otot menurun, rentang gerak 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

i. Resiko Hipovolemia b.d Kekurangan cairan secara aktif (D.0034)

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

Faktor Resiko : Kehilangan cairan secara aktif.

j. Penurunan curah jantung b.d Perubahan afterload (D.0008)

Definisi : Ketidakmampuan jantung memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Tubuh

Batasan Karakteristik :

1) Gejala & Tanda Mayor

a) Subjektif : Dispnea

b) Objektif : Tekanan darah mningkat/ menurun, nadi periver teraba lemah, *Capillary refill time* >3 detik, oliguria, warna kulit pucat dan atau sianosis

2) Gejala & Tanda Minor

a) Subjektif : Tidak Tersedia

b) Objektif : *Pulmonary vascular resistance* (PVR) meningkat atau menurun, *Systemic vascular resistance* (SVR) meningkat atau menurun

k. Intoleransi Aktivitas b.d Kelemahan (D.0056)

Definisi : Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Batasan Karakteristik :

- 1) Gejala & Tanda mayor
 - a) Subjektif : Mengeluh lelah
 - b) Objektif : Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat
- 2) Gejala & Tanda minor
 - a) Subjektif : Dispnea saat/setelah aktivitas, Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, Merasa lemah
 - b) Objektif : tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran ekg menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran ekg menunjukkan iskemia, sianosis.

1. Gangguan persepsi sensori b.d Gangguan penglihatan (D.0085)

Definisi : Perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi.

Batasan Karakteristik :

- 1) Gejala & Tanda Mayor
 - a) Subjektif : Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan, Merasakan sesuatu melalui indera penglihatan, penciuman, perabaan, atau pengecapan
 - b) Objektif : Distorsi sensori, Respon tidak sesuai, bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu.
- 2) Gejala & Tanda Minor
 - a) Subjektif : Menyatakan kesal

- b) Objektif :Menyendiri.Melamun, Konsentrasi buruk, Disorientasi waktu, tempat, orang dan situasi, Curiga, Melihat ke satu arah Mondar mandir, Bicara sendiri.

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut NANDA (2015), fase pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, data, memvalidasi data, mengorganisasikan data, dan mendokumentasikan data. Pengumpulan data antara lain meliputi:

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Cemas, lemah, anoreksia, mual, muntah, nyeri abdomen, nafas pasien mungkin berbau aseton, pernapasan kussmaul, gangguan pada pola tidur, poliuri, polidipsi, penglihatan yang kabur, kelemahan, dan sakit kepala.

c. Riwayat Kesehatan Pasien

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Berisi tentang kapan terjadinya penyakit, penyebab terjadinya penyakit serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit diabetes melitus atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah di dapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat atau adanya faktor resiko, riwayat keluarga tentang penyakit, obesitas, riwayat pankreatitis kronik, riwayat melahirkan anak lebih dari 4 kg, riwayat glukosuria selama stres (kehamilan, pembedahan, trauma, infeksi, penyakit) atau terapi obat (glukokortikosteroid, diuretik tiasid, kontrasepsi oral).

4) Riwayat Psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan, dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Status Kesehatan Umum

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

2) Kepala dan Leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adanya pembesaran pada leher, adanya gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, adanya penglihatan kabur atau ganda, diplopia dan lensa mata keruh.

3) Sistem Integumen

Adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembapan dan suhu kulit di daerah sekitar luka, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

4) Sistem Pernafasan

Sesak nafas, batuk dengan tanpa sputum purulent dan tergantung ada/tidaknya infeksi, panastesia/paralise otot pernafasan (jika kadar kalium menurun tajam), RR > 24 x/menit, nafas berbau aseton.

5) Sistem Kardiovaskuler

Perfusi jaringan perifer menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi atau bradikardi, hipertensi atau hipotensi, aritmia, kardiomegali.

6) Sistem Gastrointestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi dan perubahan berat badan.

7) Sistem Eliminasi

Pola eliminasi menjelaskan pola fungsi ekskresi, kandung kemih dan sulit kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (poliuria, oliguria, disuri, retensi urin atau

inkontinensia urin), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan, perspirasi berlebih.

8) Sistem Muskuloskeletal

Adanya deformitas, cepat lelah, lemah dan nyeri serta adanya gangren di ekstremitas.

9) Sistem Neurologis

Terjadinya penurunan sensoris, parathesia, anasthesia, letargis, mengantuk, refleks lambat dan disorientasi.

10) Pemeriksaan Abdomen

Adanya nyeri tekan pada bagian pankreas, distensi abdomen, suara bising usus yang meningkat.

11) Pemeriksaan Reproduksi

Rabbas vagina (jika terjadi infeksi), keputihan, impotensi pada pria, dan sulit orgasme pada wanita.

12) Pemeriksaan Integumen

Biasanya terdapat lesi atau luka pada kulit yang lama sembuh. Kulit kering, adanya ulkus di kulit, luka yang tidak kunjung sembuh. Adanya akral dingin, capillary refill kurang dari 3 detik, adanya pitting edema.

13) Pemeriksaan Ekstremitas

Kekuatan otot dan tonus otot melemah. Adanya luka pada kaki atau kaki diabetik.

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri kronis b.d Kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009)
- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi insulin (D.0027)
- d. Resiko infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0142)
- e. Ansietas b.d Krisis Situasional (D.0080)
- f. Defisit nutrisi b.d Peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)
- g. Gangguan integritas kulit b.d kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan (D.0129)
- h. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)
- i. Resiko Hipovolemia b.d Kekurangan cairan secara aktif (D.0034)
- j. Penurunan curah jantung b.d Perubahan afterload (D.0008)
- k. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan (D.0056)
- l. Gangguan persepsi sensori b.d Gangguan penglihatan (D.0085)

3. 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 kasus *Ulkus Diabetikum* berdasarkan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia sebagai berikut:

a. Diagnosa : Nyeri Kronis b.d Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)

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

Kriteria Hasil : (L.08066)

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

Intervensi : Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi

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

Terapeutik

- 5) Berikan teknik non farmakologi (terapi music, kompres hangat, kompres dingin, teknik relaksasi napas dalam)
- 6) Kontrol lingkungan yang mmperberat rasa nyeri
- 7) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 8) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri .

Edukasi

9) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

10) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Kolaborasi

11) Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu.

b. Diagnosa : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)

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

Kriteria Hasil : (L.02011)

- 1) Penyembuhan luka cukup meningkat
- 2) Sensasi cukup meningkat
- 3) Edema perifer cukup menurun
- 4) Nekrosis cukup menurun
- 5) Kelemahan otot cukup menurun

Intervensi : Perawatan Sirkulasi (I.02079)

Observasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
- 2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (diabetes mellitus, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi)
- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

Teraupetik

- 4) Hindari pemasangan infus, pengambilan darah, pengukuran tekanan darah, pada area keterbatasan perfusi
- 5) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
- 6) Lakukan pencegahan infeksi
- 7) Lakukan perawatan kaki dan kuku
- 8) Lakukan hidrasi
Edukasi
- 9) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat
- 10) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah gula, tinggi protein)
- 11) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan.

c. Diagnosa : Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi insulin
(D.0027)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat

Kriteria hasil : (L.03022)

- 1) Lelah/lesu menurun
- 2) Rasa lapar menurun
- 3) Mulut kering menurun
- 4) Rasa haus menurun
- 5) Kadar glukosa dalam urin membaik
- 6) Jumlah urin membaik

Intervensi : Manajemen Hiperglikemia (I.03115)

Observasi

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- 2) Monitor kadar glukosa darah
- 3) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)

Terapeutik

- 4) Berikan asupan cairan oral
- 5) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk

Edukasi

- 6) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- 7) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)

Kolaborasi

- 8) Kolaborasi pemberian insulin
- 9) Kolaborasi pemberian cairan IV

d. Diagnosa : Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif(D.0142)

Tujuan :setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun.

Kriteria Hasil : (L.14137)

- 1) Kemerahan menurun

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

Intervensi : Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- Teraupetik
- 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
 - 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
 - 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

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

Kolaborasi

- 10) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

e. Diagnosa : Ansietas b.d Ancaman terhadap konsep diri (D.0080)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansieatas pasien menurun

Kriteria Hasil : (L.09093)

- 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun

2) Perilaku gelisah menurun

3) Perilaku tegang menurun

Intervensi : Reduksi Ansietas (I.09314)

Observasi

1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah

2) Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

4) Pahami situasi yang membuat ansietas

5) Dengarkan dengan penuh perhatian

6) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan

7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

9) Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami

10) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

11) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

12) Latih teknik relaksasi

f. Diagnosa : Defisit nutrisi b.d Peningkatan kebutuhan metabolisme

(D.0019)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik

Kriteria hasil : (L.03030)

- 1) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat
- 2) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat
- 3) Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan

Intervensi : Manajemen Nutrisi (I.03119)

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Monitor asupan makanan
- 3) Monitor berat badan
- 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- 5) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)

Edukasi

- 6) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- 7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

- g. Diagnosa : Gangguan integritas kulit b.d kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan (D.0129)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit meningkat

Kriteria hasil : (L.14125)

- 1) Perfusi jaringan meningkat
- 2) Nyeri menurun
- 3) Perdarahan menurun
- 4) Kemerahan menurun
- 5) Hematoma menurun
- 6) Jaringan parut menurun
- 7) Nekrosis menurun
- 8) Suhu kulit membaik

Intervensi : Perawatan Luka (I.14564)

Observasi

- 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)
- 2) Monitor tanda tanda infeksi

Terapeutik

- 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- 4) Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu
- 5) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan
- 6) Bersihkan jaringan nekrotik
- 7) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
- 8) Pasang balutan sesuai jenis luka
- 9) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- 10) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat atau drainase

Edukasi

11) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

12) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

13) Kolaborasi prosedur debridement

14) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

h. Diagnosa : Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik pasien.

Kriteria hasil : (L.05042)

1) Pergerakan ekstremitas cukup meningkat

2) Kekuatan otot cukup meningkat

3) Nyeri cukup menurun

4) Kaku sendi cukup menurun

Intervensi : Dukungan Ambulasi (I.06171)

Observasi

1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi

3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

5) Fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu

- 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi

- 7) Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis.berjalan,duduk,setengah duduk)

- i. Diagnosa : Resiko Hipovolemia b.d Kehilangan cairan secara aktif (D.0034)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan pasien membaik

Kriteria Hasil : (L.03028)

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

Intervensi : Manajemen Hipervolemia (I.03114)

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis.fruekensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, haus, lemah)
- 2) Monitor intake dan output cairan
- 3) Monitor fruekensi dan kekuatan nadi
- 4) Monitor tekanan darah
- 5) Monitor waktu pengisian kapiler
- 6) Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin

- 7) Identifikasi tanda tanda hipervolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa meningkat, volume urin menurun, haus, lemah, berat badan menurun dalam waktu singkat)

Terapeutik

- 8) Hitung kebutuham cairan

Edukasi

- 9) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Kolaborasi

- 10) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)

- 11) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl monitor 0,4%)

- j. Diagnosa : Penurunan curah jantung b.d Perubahan afterload (D.0008)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Curah jantung meningkat.

Kriteria hasil : (L.02008)

- 1) Kekuatan nadi perifer meningkat
- 2) Palpitasi menurun
- 3) Brakikardia menurun
- 4) Takikardia menurun
- 5) Lelah menurun
- 6) Edema menurun

Intervensi : Perawatan Jantung (I.02075)

Observasi

- 1) Identifikasi tanda atau gejala primer penurunan curah jantung
- 2) Identifikasi tanda atau gejala sekunder penurunan curah jantung
- 3) Monitor tekanan darah
- 4) Monitor intake dan output cairan
- 5) Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- 6) Monitor saturasi oksigen
- 7) Monitor aritmia
- 8) Monitor nilai laboratorium jantung

Terapeutik

- 9) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- 10) Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat
- 11) Posisikan pasien semifowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- 12) Berikan diet jantung yang sesuai
- 13) Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- 14) Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stres, jika perlu
- 15) Berikan dukungan emosional dan spiritual

Edukasi

- 16) Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi

k. Diagnosa : Intoleransi aktivitas b.d kelemahan(D.0056)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan

Toleransi aktivitas meningkat.

Kriteria hasil : (L.05047)

- 1) Kemudahan dalam melakukan hal sehari-hari meningkat
- 2) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat
- 3) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
- 4) Perasaan lemah menurun

Intervensi : Manajemen Energi(I.05718)

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 3) Monitor pola dan jam tidur
- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)
- 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif
- 7) Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- 8) Anjurkan tirah baring
- 9) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

10) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

11) Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

12) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara mengingatkan asupan makanan

1. Diagnosa : Gangguan persepsi sensori b.d Gangguan penglihatan (D.0085)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Fungsi sensori membaik

Kriteria hasil : (L.06048)

- 1) Ketajaman penglihatan meningkat
- 2) Persepsi stimulasi kulit meningkat
- 3) Perbedaan bau meningkat
- 4) Perbedaan rasa meningkat

Intervensi : Minimalisasi Rangsangan (I.08241)

Observasi

- 1) Periksa status mental, status sensori dan tingkat kenyamanan

Terapeutik

- 2) Diskusikan tingkat toleransi beban sensori
- 3) Batasi stimulus lingkungan
- 4) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat

- 5) Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu sesuai kebutuhan

Edukasi

- 6) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus

Kolaborasi

- 7) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur atau tindakan

- 8) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Setiadi, 2012). Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana

dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien (Yustiana Olfah, 2016).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian

Metode pendekatan yang digunakan dalam penulisan ini adalah pendekatan penulisan deskriptif dengan menggunakan rancangan studi kasus. Studi kasus adalah penulisan yang dilakukan dengan melakukan pendekatan deskriptif (Notoatmodjo, 2012).

Studi ini menggunakan asuhan keperawatan dengan rancangan penelitian studi kasus yakni asuhan keperawatan dimana penulis mengumpulkan data yang dimulai dari pengkajian, menentukan diagnosis, melakukan perencanaan, melaksanakan tindakan dan melakukan evaluasi pada Klien dengan *Ulkus Diabetikum*.

B. Subjek Penelitian

Subyek yang digunakan dalam penelitian adalah individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti yaitu dua orang klien dengan diagnosa Ulkus Diabetikum di Wilayah Kelurahan Damai Kecamatan

1. Kriteria inklusi:

- a. Klien dengan Ulkus Diabetikum.
- b. Klien berjenis kelamin laki-laki atau perempuan dengan rentang usia 25-75 tahun.

- c. Klien yang dirawat di rumah
 - d. Klien sadar penuh dengan tingkat kesadaran *compos mentis*.
 - e. Klien bersedia menjadi responden selama penelitian studi kasus berlangsung
2. Kriteria eksklusi:
- a. Klien yang bertempat tinggal di daerah luar Balikpapan
 - b. Klien yang tidak kooperatif.
 - c. Klien dengan penurunan kesadaran.
 - d. Klien yang tidak dapat berbahasa Indonesia.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Definisi operasional menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan *Home Care* pada Klien dengan *Ulkus Diabetikum* di Wilayah Kelurahan Damai Kota Balikpapan Tahun 2021”.

Definisi operasional karya tulis ilmiah ini adalah

1. 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).

2. Asuhan Keperawatan *Home Care*

Asuhan keperawatan *Home Care* pada klien dengan *Ulkus Diabetikum* adalah suatu proses atau tahap tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada klien dengan *Ulkus Diabetikum* dirumah yang bertujuan untuk membantu memenuhi kebutuhan pasien dalam mengatasi masalah kesehatan dengan melibatkan anggota keluarga sebagai pendukung didalam proses perawatan dan penyembuhan. Asuhan keperawatan di mulai dengan adanya tahapan pengkajian (pengumpulan data, analisis data dan penegakkan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di wilayah Kelurahan Damai Kecamatan Balikpapan Kota.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada klien 1 selama 9 hari dengan kunjungan 4 kali, sedangkan pada klien 2 selama 6 hari dengan kunjungan 4 kali.

E. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut

1. Mahasiswa melakukan penyusunan penelitian dengan metode pendekatan deskriptif.
2. Mahasiswa melakukan ujian proposal, setelah proposal disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data dengan review kasus.
3. Mahasiswa melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.
4. Mahasiswa melakukan konsultasi kepada pembimbing.
5. Setelah disetujui mahasiswa kemudian membuat review kasus dari kedua subjek.
6. Mahasiswa melakukan analisis asuhan keperawatan pada kasus pasien 1 dan pasien 2.

F. Keabsahan Data

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

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

G. Analisis Data

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

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab IV akan membahas mengenai pengkajian, analisa data, menegakan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan dari kedua subjek penelitian asuhan keperawatan *home care* pada kilen dengan *Ulkus Diabetikum* di wilayah Kelurahan Damai Kota Balikpapan pada tahun 2021. Adapun hasil dan pembahasannya diuraikan sebagai berikut :

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah Kelurahan Damai Kecamatan Balikpapan Kota. Di wilayah Kelurahan Damai terdapat beberapa fasilitas kesehatan yaitu Puskesmas Damai, Bidan Praktek Nilawati, Praktik Dokter Kimia Farma, Rumah Sakit Mata SMEC, Karunia Medical Clinic.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan data penyakit di Puskesmas Damai pada tahun 2020 yang beralamat di jalan MT Haryono RT.34 No.05, Kelurahan Damai Kecamatan Balikpapan Kota.

Adapun batasan-batasan wilayah Kelurahan Damai yaitu sebagai berikut : sebelah timur berbatasan dengan Kelurahan Damai Bahagia, sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Damai Baru, sebelah selatan berbatasan langsung dengan laut, dan sebelah barat berbatasan langsung dengan Kelurahan Klandasan Ilir.

2. Data Asuhan Keperawatan

a) Pengkajian

1) Anamnesis

Tabel 4.1
Hasil Anamnesis Klien 1 dan Klien 2 dengan *Ulkus Diabetikum*
di Wilayah Kelurahan Damai

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. S	Ny.W
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Umur	53 Tahun	72 tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Guru PAUD	Pensiunan PNS
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	S1 Pendidikan	SLTA
Alamat	Jl. Jendral Sudirman RT.022 No.27, Kelurahan Damai	di Jl. Siaga RT. 20 No 60
Diagnosa Medis	Ulkus Diabetikum	Ulkus Diabetikum
Tanggal Pengkajian	Minggu, 20 Juni 2021	Selasa, 20 Juli 2021
Keluhan utama	Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang terdapat luka diabetes	Klien mengatakan Nyeri pada kaki kanan yang terdapat luka diabetes
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan gula darah klien mulai tinggi sejak 4 bulan yang lalu kemudian muncul luka dikaki hingga membuat klien nyeri, klien hanya berbaring ditempat tidur karena mengalami kelemahan pada bagian paha hingga kaki dan sering kram, klien dirawat di RSKD pada bulan februari dan selanjutnya klien melakukan perawatan lanjutan dirumah dengan memanggil perawat homecare.	Klien mengatakan awal mula klien memiliki luka dikaki 2 minggu yang lalu yang tidak membaik tetapi malah tambah parah dan klien mengalami lemas kemudian dibawa ke RSKD untuk dilakukan perawatan selama beberapa hari . Selanjutnya klien melakukan perawatan lanjutan dirumah dengan memanggil perawat homecare untuk membersihkan luka.
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit pada tahun 2012 karena kanker payudara dan riwayat operasi 2012 kanker payudara	Klien mengatakan klien memiliki DM
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan keluarga memiliki riwayat Kanker dari ibu	Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit dalam keluarga

Status Kesehatan di Rumah	<ul style="list-style-type: none"> • Klien hanya berbaring ditempat tidur • Tidak ada bantuan kursi roda • Tidak ada ketidakstabilan kardiovaskuler • Terjadi penurunan penglihatan yaitu rabun jauh • Status mental CM dan orientasi baik (Terhadap orang, waktu dan tempat), Klien mengalami cemas dan malu serta berfokus berlebihan terhadap kondisinya • Terjadi penurunan kekuatan otot ekstermitas bawah 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien bisa duduk dan berdiri • Tidak ada bantuan kursi roda • Tidak ada ketidakstabilan kardiovaskuler • Terjadi penurunan penglihatan yaitu rabun jauh • Status mental CM dan orientasi baik (Terhadap orang, waktu dan tempat) Klien mengalami depresi dan ansietas • Tidak ada penurunan kekuatan otot ekstremitas
Penatalaksanaan Kolaboratif dan Keperawatan setiap Kunjungan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan Laboratorium : Pemeriksaan GDS • Perawatan Luka : 3 hari sekali • Tidak ada Pemberian Terapi Medik • Pengontrolan Nyeri : Teknik Nafas Dalam • Intruksi Pemberian Diit : Diet penderita DM • Pemberian Rasa Nyaman & Aman: Ya • Tidak ada Pemantauan Penyakit Terminal • Kontrak untuk Kunjungan Selanjutnya : 23 Juni 2021 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan Laboratorium : Pemeriksaan GDS • Perawatan Luka : 2 hari sekali • Tidak ada Pemberian Terapi Medik • Pengontrolan Nyeri : Teknik Nafas Dalam • Intruksi Pemberian Diit : Diet Penderita DM • Pemberian Rasa Nyaman & Aman: Ya • Tidak ada Pemantauan Penyakit Terminal • Kontrak untuk Kunjungan Selanjutnya : 21 Juli 2021

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas klien. Pada klien 1 bernama Ny.S berusia 53 tahun, berjenis kelamin perempuan bertempat tinggal di Alamat Jl. Jendral Sudirman RR.022 No.27 Kelurahan Damai, dilakukan pengkajian pada Minggu 20 Juni 2021 dengan diagnose medis *Ulkus Diabetikum*. Sedangkan pada klien 2 bernama Ny.W berusia 72 tahun, berjenis kelamin perempuan bertempat tinggal di Alamat Jl. Siaga RT.020 No.60 Kelurahan Damai, dilakukan pengkajian pada Selasa 20 Juli

2021 dengan diagnose medis *Ulkus Diabetikum*.

Pada pengkajian riwayat kesehatan dalam keluhan utama pada klien 1 dan klien 2 ditemukan kesamaan nyeri pada daerah kaki yang terdapat luka ulkus. Pada riwayat kesehatan sekarang didapatkan data yaitu pada klien 1 gula darah klien mulai tinggi sejak 4 bulan yang lalu kemudian muncul luka dikaki hingga membuat klien nyeri, klien pernah dirawat di RSKD pada bulan februari selanjutnya melakukan perawatan lanjutan dirumah dengan memanggil perawat homecare. Sedangkan pada klien 2 didapatkan data yaitu Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu dan kondisi klien yang lemah kemudian dibawa ke RSKD untuk dilakukan perawatan selama beberapa hari , selanjutnya klien melakukan perawatan lanjutan dirumah dengan memanggil perawat *homecare*.

Pada pengkajian status kesehatan dirumah, didapatkan data bahwa pada klien 1 hanya bisa berbaring ditempat tidur karena terjadinya penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dengan kesadaran normal yaitu CM dan orientasi baik, klien mengatakan cemas dan malu serta berfokus berlebihan pada kondisi kakinya, sedangkan pada klien 2 didapatkan data yaitu klien bisa duduk dan berdiri dengan kesadaran serta orientasi baik tetapi klien mengalami depresi dan cemas.

Pada pengkajian penatalaksanaan kolaboratif dan keperawatan setiap kunjungan didapatkan kesamaan data klien 1 dan 2 yaitu pada pemeriksaan GDS dan pengontrolan nyeri dengan teknik nafas dalam serta instruksi diet yaitu diet penderita DM.

2) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.2
Hasil Pemeriksaan Fisik Klien 1 dan Klien 2 dengan *Ulkus Diabetikum*
di Wilayah Kelurahan Damai

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Tanda – tanda vital	TD : 120/80 mmHg N : 76 x/menit RR : 22x/menit S : 36,4 C	TD : 140/100 N :88x/menit RR :22x/menit S:36,0
Status Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat Kesadaran : Compos Mentis • Orientasi : Baik (Terhadap orang, waktu dan tempat) • Klien mengalami cemas dan malu serta berfokus berlebih pada kondisinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Tingkat Kesadaran : Compos Mentis • Orientasi : Baik (Terhadap orang, waktu dan tempat) • Klien mengalami depresi dan cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh
Integument	<ul style="list-style-type: none"> • Warna : Disekitar luka merah dan menghitam • Klien tidak mengalami masalah kulit seperti gatal-gatal, joundice, dan diaphoresis • Terdapat luka ulkus pada kaki kiri • Penampilan secara umum klien bersih 	<ul style="list-style-type: none"> • Warna : Disekitar luka merah dan menghitam • Klien tidak mengalami masalah kulit seperti gatal-gatal, joundice, dan diaphoresis • Terdapat luka ulkus pada kaki kanan • Penampilan secara umum klien bersih
Neurologi	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada keluhan pusing dan sakit kepala • Reflek pupil normal isokor • Kekuatan Otot Ekstermitas Kanan: Tangan : 5 Kaki : 1 Kiri : Tangan : 5 Kaki : 1 • Reflek Fisiologis : - Patella : Refleks lemah - Achiles: Refleks Lemah - Bisep : Normal - Trisep : Normal - Brakioradialis : Normal Reflek Patologis : Babinzky 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada keluhan pusing dan sakit kepala • Reflek pupil normal isokor • Kekuatan Otot Ekstermitas Kanan: Tangan : 5 Kaki : 3 Kiri : Tangan : 5 Kaki : 5 • Reflek Fisiologis : - Patella : Refleks lemah - Achiles: Refleks Lemah - Bisep : Normal - Trisep : Normal - Brakioradialis : Normal • Reflek Patologis : Babinzky
Cardiopulmonal	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada arritmia • Tidak ada Chest Pain • Tidak ada Distensi Vena Jugularis: • Tidak ada Crepitasi • Tidak ada masalah pernafasan seperti Ronchi, Wheezing dan Batuk : • Tidak Menggunakan alat 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada arritmia • Tidak ada Chest Pain • Tidak ada Distensi Vena Jugularis: • Tidak ada Crepitasi • Tidak ada masalah pernafasan seperti Ronchi, Wheezing dan Batuk : • Tidak Menggunakan alat bantu

	bantu nafas	nafas
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Nafsu makan : baik • Intake cairan : ± 1.500 L • Status nutrisi : baik • Tidak ada mual / muntah • Tidak adanya/ perdarahan • Flatus : tidak ada • Tidak ada distensi abdomen • Tidak ada ostomy • tidak ada diaer • Tidak ada konstipasi • Enteral nutrisi : oral Jenis makanan : <ul style="list-style-type: none"> - Makanan utama berupa nasi dan lauk pauk - Makanan selingan berupa buah - buahan Jumlah : ± 2500 kal Frekuensi : 3 kali 	<ul style="list-style-type: none"> • Nafsu makan: baik • Intake cairan : ± 1.500 L • Status nutrisi : baik • Tidak ada mual / muntah • Tidak adanya/ perdarahan • Flatus : tidak ada • Tidak ada distensi abdomen • Tidak ada ostomy • tidak ada diaer • Tidak ada konstipasi • Enteral nutrisi : oral Jenis makanan : <ul style="list-style-type: none"> - Makanan utama berupa nasi dan lauk pauk - Makanan selingan berupa buah - buahan Jumlah : ± 2500 kal Frekuensi : 3 kali
Genito Urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada keluhan kencing seperti dysuria/hematuria, retensi dan inkontinensia • Karakteristik Urin: Urin berwarna Kuning bening dengan sedikit berbau serta tidak ada darah dalam urin • Klien menggunakan kateter dengan urin berwarna kuning bening dan jumlah urin ±1.500 ml/hari 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada keluhan kencing seperti dysuria/hematuria, retensi dan inkontinensia • Karakteristik Urin: Urin berwarna Kuning bening dengan sedikit berbau dan jumlah ±1.500 ml/hari serta tidak ada darah dalam urin
Sistem Endokrin	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid • Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening • Tidak ada Trias DM • Pasien mengalami keadaan hiperglikemia dengan kadar glukosa darah 227 mg/dL • Kondisi Kaki DM <ul style="list-style-type: none"> - Luka gangren : Ya - Jenis luka : Luka gangren - Lama luka : 4 Bulan - Warna : Kemerahan - Luas luka : Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) - Kedalaman: 2 cm - Kulit Kaki : Kemerahan dan menghitam disekitar luka - Kuku Kaki : Lengkap 	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid • Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening • Tidak ada Trias DM • Pasien mengalami keadaan hiperglikemia dengan kadar glukosa darah 300 mg/dL • Kondisi Kaki DM <ul style="list-style-type: none"> - Luka gangren : Ya - Jenis luka : Luka gangren - Lama luka : 2 minggu - Warna : 90% kuning kehijauan 10% pink - Luas luka : P: 10 cm L: 5 cm - Kedalaman: 2 cm - Kulit Kaki : Kemerahan dan menghitam disekitar luka - Kuku Kaki : Lengkap - Telapak Kaki: Terdapat luka - Jari Kaki : Pada ibu jari terdapat

	<ul style="list-style-type: none"> - Telapak Kaki: Tidak ada luka - Jari Kaki : Lengkap dan tidak ada luka - Tidak ada Infeksi :Tidak - Terdapat riwayat amputasi sebelumnya : Tidak ada 	<ul style="list-style-type: none"> luka yang tertutup slough - Terdapat infeksi : Ya, terdapat slough - Terdapat riwayat amputasi sebelumnya : Tidak ada
Nyeri	<p>P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis</p> <p>Q: Seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: kaki kiri</p> <p>S: 4</p> <p>T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul</p>	<p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p> <p>R: Kaki Kanan</p> <p>S: 6</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>Klien terlihat meringis</p>

Berdasarkan tabel diatas didapatkan data hasil pemeriksaan fisik pada klien 1 dan klien 2. Keadaan umum kedua klien compos mentis dan orientasi baik, tetapi pada klien 1 mengalami cemas, malu dan berfokus berlebih pada kondisinya, sedangkan pada klien 2 mengalami depresi dan cemas. Pada pemeriksaan integumen kedua klien, penampilan secara umum bersih, warna disekitar luka menghitam dan tidak memiliki masalah kulit. Pada pemeriksaan neurologi, klien 1 mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dengan nilai 1, sedangkan pada klien 2 kekuatan otot pada kaki kanan hanya mengalami sedikit penurunan dengan nilai 3.

Pada pemeriksaan system endokrin, kedua klien mengalami kondisi kadar glukosa darah yang tinggi yaitu pada klien 1 dengan kadar glukosa darah 227 mg/ dL dan klien 2 dengan kadar glukosa darah 300 mg/ dL. Pada klien 1 terdapat luka gangren di kaki kiri dengan kondisi luka berwarna merah dan menghitam disekitar luka dengan Luas luka 1 (P 6 cm L 3 cm), luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) kedalaman 2 cm dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Sedangkan pada klien 2 terdapat luka gangren di kaki

kanan dengan kondisi luka berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink dan sedikit berbau dengan luas P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm dan luka terinfeksi dengan kondisi luka tertutup slough.

Tabel 4.3
Analisa Data Pada Klien 1 dan Klien 2 dengan *Ulkus diabetikum*
di Wilayah Kelurahan Damai

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Klien 1 : Ny. S			
1.	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri • Klien mengatakan Nyeri muncul sejak 4 bulan yang lalu • Klien mengatakan nyeri muncul saat kaki digerakkan • Klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur karena mengalami kelemahan pada bagian paha hingga kaki dan sering keram • P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis Q: Seperti ditusuk-tusuk R: kaki kiri S: 4 T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul Data Obyektif: <ul style="list-style-type: none"> • TD : 120/80 mmHg N :76 x/menit RR: 22x/menit S: 36,4 C • Tampak klien meringis bila kaki digerakkan • Klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur dan dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan klien mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dengan nilai 1. 	Kondisi Muskuloskeletal kronis	Nyeri Kronis (D.0078)
2.	Data Subjektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kadang merasa malu dan khawatir terhadap kondisinya yang hanya berbaring ditempat tidur saat mengajar anak murid yang datang kerumah Data Objektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak focus berlebihan pada bagian kaki 	Perubahan fungsi tubuh	Gangguan Citra Tubuh (D.0083)

	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur 		
3.	<p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan klien memiliki penyakit DM dan rutin minum obat metformin <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pemeriksaan GDS 227 mg/ dl 	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) (D.0027)
4.	<p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan adanya luka pada kaki kiri sejak 4 bulan yg lalu dan tidak sembuh- sembuh <p>Data Objektif</p> <p>Terdapat luka ulkus pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm)</p>	Neuropati Perifer	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)
5.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan klien memiliki penyakit DM dan rutin minum obat metformin • Klien mengatakan adanya luka pada kaki kiri sejak 4 bulan yg lalu dan tidak sembuh- sembuh <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pemeriksaan GDS 227 mg/ dl • Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm 	Hiperglikemia	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)
6	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur karena mengalami kelemahan pada bagian paha hingga kaki dan sering kram <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur dan dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan klien mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dengan nilai 1. 	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
Klien 2 : Ny.W			
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan • Klien mengatakan lukanya terasa nyeri • Klien mengatakan nyeri muncul saat kaki digerakkan • P: Ulkus diabetikum, Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan S: 6 T: Tiba-tiba 	Agen pencedera fisik	Nyeri Akut (D.0077)

	Data Obyektif: <ul style="list-style-type: none"> • TD : 140/100 mmHg • N :88 x/menit • RR: 22x/menit • S: 36,0 C • Tampak klien meringis 		
2.	Data Subyektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan klien mengalami depresi dan cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh Data Obyektif <ul style="list-style-type: none"> • Tampak klien tegang • Hasil tanda vital • TD : 140/100 N :88x/menit • RR :22x/menit S:36,0 	Ancaman terhadap konsep diri	Ansietas (D.0080)
3.	Data Subyektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu Data Obyektif <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pemeriksaan GDS 300 mg/ dl 	Resistensi insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) (D.0027)
4.	Data Subyektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu Data Obyektif <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm • Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink 	Neuropati Perifer	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)
5.	Data Subyektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sepertinya luka klien mengalami infeksi karena ada nanahnya Data Obyektif <ul style="list-style-type: none"> • Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink • Luka tampak terjadi infeksi dengan adanya slough 	Penyakit kronis (DM)	Risiko Infeksi (D.0142)
6.	Data Subyektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu Data Obyektif <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pemeriksaan GDS 300 mg/ dl • Terdapat luka ulkus diabetik pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm • Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink 	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Berdasarkan Tabel 4.3 diketahui bahwa klien 1 dan 2 dapat ditegakkan

6 masalah keperawatan.

b) Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.4
Diagnosa Keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan *Ulkus Diabetikum*
di wilayah kelurahan Damai

No	Klien 1		Klien 2	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1	Minggu. 20 Juni 2021	(D.0078) Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis dibuktikan dengan klien mengatakan nyeri muncul sejak 4 bulan yang lalu, wajah klien tampak meringis bila kaki digerakkan dan klien, klien mengeluh nyeri pada kaki kiri yang terdapat luka ulkus diabetikum dengan skala nyeri 4 , durasi nyeri jarang muncul dan hilang timbul, diperkuat dengan klien yang hanya berbaring ditempat tidur karena mengalami kelemahan dan penurunan kekuatan otot pada bagian ekstremitas bawah sehingga saat digerakkan klien mengeluh nyeri	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan wajah klien tampak meringis dan klien mengeluh nyeri pada kaki kanan dengan skala nyeri 6 dan nyeri muncul secara tiba-tiba
2	Minggu. 20 Juni 2021	(D.0083) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh dibuktikan dengan klien mengatakan khawatir dan malu terhadap kondisinya dan berfokus berlebihan pada kondisi kakinya	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri dibuktikan dengan klien yang cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh dan tampak gelisah dan sedih saat menceritakan tentang kondisi lukanya
3	Minggu. 20 Juni 2021	(D.0027) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) yang dibuktikan dengan pemeriksaan kadarglukosa darah 227 mg/dL	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0027) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin yang dibuktikan dengan pemeriksaan

				kadarglukosa darah 300 mg/dL
4	Minggu. 20 Juni 2021	(D.0129) Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan adanya luka pada kaki kiri dan luas luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) serta kedalaman 2 cm	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0129) Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan adanya luka pada kaki kanan yang tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink dan luas luka P: 10 cm L: 5 cm dengan kedalaman 2 cm
5	Minggu. 20 Juni 2021	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia dibuktikan dengan pemeriksaan kadarglukosa darah 227 mg/dL dan terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri yang tak kunjung sembuh sejak 4 bulan yang lalu	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0142) Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM) ditandai dengan Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% merah
6	Minggu, 20 Juni 2021	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot Dibuktikan dengan klien yang tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur dan dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan klien mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dengan nilai 1	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia dibuktikan dengan pemeriksaan kadarglukosa darah 300 mg/dL dan terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kanan

Berdasarkan tabel 4.4 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data, pada klien 1 ditemukan diagnosa keperawatan pada tanggal 20 Juni 2021 sebanyak 6 diagnosa keperawatan yaitu nyeri kronis b.d kondisi musculoskeletal kronis, Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh, Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d

resistensi insulin, gangguan integritas kulit b.d neuropati perifer, perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia, dan gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot. Sedangkan pada klien 2 dapat ditegakkan 6 diagnosa keperawatan pada tanggal 20 Juli 2021 yaitu nyeri akut b.d ancaman konsep diri, Ansietas b.d Ancaman terhadap konsep diri, Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin, , gangguan integritas kulit b.d neuropati perifer, Risiko infeksi b.d Penyakit kronis, dan perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia,

c) Intervensi Keperawatan

Tabel 4.5
Intervensi Keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan *Ulkus Diabetikum*
di Wilayah Kelurahan Damai

No	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Klien 1				
1.	Minggu. 20 Juni 2021	Nyeri Kronis berhubungan dengan Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) : . Keluhan nyeri menurun . Merigis menurun . Gelisah Menurun . Tekanan Darah Membaik . Pola Tidur Membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri Edukasi 1.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)
2.	Minggu. 20 Juni	Gangguan citra tubuh	Setelah dilakukan tindakan	Promosi Citra Tubuh (I.09305)

	2021	berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh (D.0083)	keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan Citra Tubuh meningkat dengan kriteria hasil : . Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun . Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/ reaksi orang lain menurun . Fokus pada bagian tubuh menurun	Observasi 2.1 Identifikasi perubahan persepsi terhadap fisik pasien 2.2 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 2.3 Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2.4 Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Edukasi 2.5 Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2.6 Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 2.7 Latih fungsi tubuh yang dimiliki 2.8 Latih peningkatan penampilan diri
3.	Minggu, 20 Juni 2021	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x diharapkan Kestabilan Kadar Glukosa Darah Meningkat dengan Kriteria Hasil : . Kesadaran Meningkat . Mengantuk Menurun . Pusing Menurun . Gemetar Menurun	Manajemen Hiperglikemia (I.03115) 3.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 3.2 Monitor kadar glukosa darah 3.3 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia Teraupetik 3.4 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 3.5 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3.6 Ajarkan pengelolaan diabetes (penggantian karbohidrat) Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361) Observasi 3.7 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan Teraupetik 3.8 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Buat

				<p>komitmen menjalani program pengobatan dengan baik</p> <p>3.9 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>3.10 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan</p>
4.	Minggu. 20 Juni 2021	(D.0129) Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat dengan Kriteria Hasil :</p> <p>Perfusi Jaringan Meningkat</p> <p>Kerusakan Jaringan Menurun</p> <p>Kerusakan Lapisan Kulit Menurun</p> <p>Nyeri Menurun</p> <p>Kemerahan Menurun</p>	<p>Perawatan Luka (I.14564) Observasi</p> <p>4.1. Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>4.2. Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.4. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</p> <p>4.5. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4.6. Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>4.7. Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu</p> <p>4.8. Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.9. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>4.10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>4.11. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.12. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>4.13. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p>
5.	Minggu. 20 Juni 2021	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit Penyembuhan</p>	<p>Edukasi Diet (I.12369) Observasi</p> <p>5.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p>

		Hiperglikemi (D.0009)	<ul style="list-style-type: none"> . luka meningkat dengan Kriteria Hasil (L.02011) . Penyatuan kulit meningkat . Jaringan granulasi meningkat . Peradangan luka menurun . Nyeri menurun 	<ul style="list-style-type: none"> 5.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 5.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 5.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan Teraupetik 5.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga 5.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 5.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya Edukasi 5.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 5.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 5.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu 5.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan 5.12 Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan 5.13 Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi
6.	Minggu. 20 Juni 2021	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan Mobilitas Fisik Meningkat dengan Kriteria Hasil (L.05042) :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Pergerakan Ekstremitas Meningkat . Kekuatan Otot Meningkat . Rentang Gerak (ROM) Meningkat . Kaku Sendi Menurun . Gerakan Terbatas Menurun . Kelemahan fisik 	<p>Terapi Pemijatan (I.08251)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (area lesi) 6.2 Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan 6.3 Monitor respons terhadap pemijatan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.4 Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan 6.5 Pilih area tubuh yang akan dipijat 6.6 Cuci tangan dengan air hangat 6.7 Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi 6.8 Buka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan

			menurun	<p>6.9 Tutupi area yang tidak terpajan</p> <p>6.10Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan</p> <p>6.11Lakukan pemijatan secara perlahan</p> <p>6.12Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat</p> <p>Edukasi</p> <p>6.13Jelaskan tujuan dan prosedur terapi</p> <p>6.14Anjurkan rileks selama pemijatan</p> <p>6.15Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan</p>
Klien 2				
1	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) : Keluhan nyeri menurun Merigis menurun Gelisah Menurun Tekanan Darah Membaik Pola Tidur Membaik	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan 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>Terapeutik</p> <p>1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>1.7 Edukasi</p> <p>1.8 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)</p>

2.	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di harapkan maka tingkat Ansietas menurun dengan Kriteria hasil (L.09093): 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Frekuensi nadi menurun 4. Tekanan darah menurun	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>2.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah</p> <p>2.2 Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.3 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>2.4 Pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>2.5 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>2.6 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>2.7 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>2.8 Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>Edukasi</p> <p>2.9 Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>2.10 Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>2.11 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>2.12 Latih teknik relaksasi</p>
3	Selasa, 20 Juli 2021	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan Kestabilan Kadar Glukosa Darah Meningkat dengan Kriteria Hasil : 1. Kesadaran Meningkat 2. Mengantuk Menurun 3. Pusing Menurun 4. Gemetar Menurun	<p>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>3.2 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.3 Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik</p> <p>3.4 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>3.5 Libatkan keluarga untuk mendukung program</p>

				pengobatan yang dijalankan
4	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0129) Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat dengan Kriteria Hasil : . Perfusi Jaringan Meningkat . Kerusakan Jaringan Menurun . Kerusakan Lapisan Kulit Menurun . Nyeri Menurun . Kemerahan Menurun	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4.6 Bersihkan jaringan nekrotik 4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu 4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4.10 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 4.11 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.12 Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 4.13 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
5	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0142) Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit di harapkan maka tingkat infeksi menurun dengan Kriteria hasil (L.14137) : . Kebersihan tangan meningkat . Kebersihan badan meningkat	Pencegahan Infeksi (I.08251) Observasi 5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik 5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Edukasi 5.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi

			. Nyeri menurun . Bengkak menurun . Sputum berwarna hijau menurun	5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
6	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 30 menit perfusi perifer pasien meningkat. Kriteria Hasil (L.02011) Penyembuhan luka cukup meningkat Sensasi cukup meningkat Edema perifer cukup menurun Nekrosis cukup menurun Kelemahan otot cukup menurun	Edukasi Diet (I.12369) Observasi 6.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga 6.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 6.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 6.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan Teraupetik 6.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga 6.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 6.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya Edukasi 6.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 6.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 6.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu 6.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan 6.12 Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan 6.13 Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi

Berdasarkan Tabel 4.5 di atas menjelaskan mengenai intervensi yang akan diberikan pada Klien 1 dan Klien 2 selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditegakkan.

d) Implementasi Keperawatan

Tabel 4.6 Implementasi Pada Klien 1 (Ny.S) dengan *Ulkus diabetikum* di Wilayah Kelurahan Damai

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
Minggu. 20 Juni 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis
15.30	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Q: Seperti ditusuk-tusuk R: kaki kiri S: 4
15.35	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul Klien tampak meringis menahan nyeri
15.36	1.7 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)	Pasien memahami dan dapat melakukan teknik nafas dalam
15.40	2.1 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien 2.2 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial	Klien mengatakan kadang merasa malu dan khawatir terhadap kondisinya yang hanya berbaring ditempat tidur saat mengajar anak murid yang datang kerumah
15.45	3.1 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	Klien memiliki riwayat penyakit keluarga yaitu DM
15.50	3.2 Memonitor kadar glukosa darah 3.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Hasil pemeriksaan GDS : 227 mg/dL Klien mengalami kelemahan dan terdapat luka dikaki
15.55	3.8 Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan	Klien mengatakan sangat patuh dalam minum obat DM yaitu metformin
16.00	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm, tidak berbau.
16.05	4.2 Memoonitor tanda-tanda infeksi	Tidak ada tanda-tanda infeksi, luka klien berwarna merah. Balutan luka telah dilepaskan
16.10	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Luka bersih, tidak berbau, warna luka merah
16.15	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa, plester)
16.25	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan
16.30	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	

Rabu, 23 Juni 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis
14.30	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Q: Seperti ditusuk-tusuk R: kaki kiri S: 4
14.32	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul Klien tampak meringis menahan nyeri
14.32	1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam	
14.35	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Pasien mengatakan nyeri berkurang dan lebih rileks Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm, tidak berbau.
14.40	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	Tidak ada tanda-tanda infeksi, luka klien berwarna merah
14.45	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan luka telah dilepaskan
14.50	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Luka bersih, tidak berbau, warna luka merah
14.55	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa, plester)
15.00	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan
15.05	5.1 Mengidentifikasi kontraindikasi terapi pijatan (area lesi)	Tidak dapat dipijat di bagian kaki yang terdapat luka
15.07	5.2 Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pijatan	Klien bersedia dilakukan pijatan
15.10	5.3 Memonitor respons terhadap pijatan	
15.10	5.4 Menetapkan jangka waktu untuk pijatan	Klien kooperatif
15.13	5.5 Memilih bagian tubuh yang akan dipijat	15 menit
15.15	5.8 Membuka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan	Bagian paha dan betis
15.15	5.9 Menutupi area yang tidak terpajan	Bagian paha dan betis
15.17	5.10Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	Menutup bagian atas paha
15.19	5.11Melakukan pijatan secara perlahan	Menggunakan vco minyak kelapa
15.20	5.12Melakukan pijatan dengan teknik yang tepat	Klien tampak nyaman dan rileks
	5.13Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi	Klien tampak nyaman dan rileks
15.35	5.14Menganjurkan rileks selama	Klien kooperatif dan memahami

	<p>pemijatan</p> <p>5.15 Menganjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan</p>	Klien tampak nyaman dan rileks
Sabtu 26 Juni 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik, durasi , frekuensi , kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis
16.00	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Q: Seperti ditusuk-tusuk
		R: kaki kiri
		S: 2
16.02	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul
16.05	1.7 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)	Klien tampak sedikit meringis
		Klien mengatakan nyeri berkurang setelah teknik nafas dalam
16.10	2.7 Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan	Klien mengatakan rajin minum obat DM metformin
16.15	3.9 Mendiskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan	Lamanya minum obat bisa membuat klien bosan
16.20	3.10 Melibatkan keluarga untuk mendukung program	Keluarga klien mengatakan keluarga mendukung pengobatan klien dan selalu memberikan semangat ke klien
16.25	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm, tidak berbau.
16.25	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	Tidak ada tanda-tanda infeksi, luka klien berwarna merah
16.30	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan luka telah dilepaskan
16.35	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Luka bersih, tidak berbau, warna luka merah
16.40	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa, plester)
	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan
Selasa, 29 Juni 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik, durasi , frekuensi , kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis
14.00	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Q: Seperti ditusuk-tusuk
		R: kaki kiri
		S: 4
14.02	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul

14.05	1.7 Mengajarkan teknik non (teknik nafas dalam)	Klien mengatakan nyeri sangat berkurang dan merasa nyaman saat teknik nafas dalam
14.10	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Luka membaik dan mulai mengecil dengan ukuran pada luka 1 (P 4cm L 3 cm) Luka 2 (P 2 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :0,5 cm) dan kedalaman 1-2 cm
14.15	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	Tidak ada tanda-tanda infeksi
14.25	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan luka telah dilepaskan
14.30	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Luka bersih, tidak berbau, warna luka merah
14.40	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa,plester)
14.45	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan
14.50	4.1 Mengidentifikasi kemampuan pasien dan Keluarga tentang diet DM	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet DM
14.55	4.2 Mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet DM
14.58	4.3 Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu	Klien mengatakan pola makannya tidak seperti dulu yang banyak makan
15.00	4.4 Mengidentifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet DM
15.03	4.5 Mempersiapkan Materi, media dan alat peraga	Materi berupa leaflet
15.05	4.6 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya	Klien dan keluarga tidak ada pertanyaan
15.08	4.7 Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
15.15	4.8 Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
15.15	5.10 Mengajukan mempertahankan posisi semi Fowlerr (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
15.20	5.11 Mengajukan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti

Berdasarkan tabel 4.6 Implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan pada klien

sesuai dengan perencanaan intervensi keperawatan masing-masing diagnosa keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan home care dengan ulkus diabetikum pada klien 1 dilakukan selama 9 hari perawatan dari tanggal 20 Juni 2021 sampai tanggal 29 Juni 2021 dengan kunjungan 4x. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara komprehensif.

Tabel 4.7
Implementasi Keperawatan pada klien 2 (Ny.W) dengan *ulkus diabetikum* di Wilayah Kelurahan Damai

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
Selasa 20 Juli 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan
10.00	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	S: 6 T: Tiba-tiba
10.05	1.3 Mengidentifikasi respon nyerininon verbal	Klien tampak meringis
10.06	1.8 Mengajarkan teknik nafas dalam	Klien tampak rileks
10.08	2.1 Memonitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal)	Klien mengatakan klien mengalami depresi dan cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh, klien tampak tegang TD : 140/100mmHg N :88 x/menit RR: 22x/menit S: 36,0 C
10.15	2.2 Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Klien kooperatif
	2.3 Memahami situasi yang membuat ansietas	Klien yang cemas akan keadaan luka yang tak kunjung sembuh
10.20	2.4 Mendengarkan dengan penuh perhatian	
10.25	3.7 Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan	Klien mengatakan kadang merasa bosan minum obat
10.30	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink dan sedikit berbau

10.35	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough
Kamis, 22 Juli 2021 15.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik, durasi , frekuensi , kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan S: 6 T: Tiba-tiba
15.03	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Klien tampak meringis
15.05	1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	Klien mengatakan lebih rileks
15.10	2.1 Memonitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal)	Klien mengatakan klien mengalami depresi dan cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh, klien tampak tegang
15.13	2.2 Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Klien kooperatif
15.15	2.3 Memahami situasi yang membuat ansietas	Klien yang cemas akan keadaan luka yang tak kunjung sembuh
15.18	2.4 Mendengarkan dengan penuh perhatian	Klien tampak nyaman untuk bercerita
15.25	2.5 Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	Klien kooperatif
15.30	2.8 Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 2.10 Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	Klien kooperatif dan tampak memahami Klien tampak mengerti
15.35	2.11 Melatih teknik relaksasi	Klien tampak lebih rileks dan tidak tegang
15.45	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink dan sedikit berbau
15.50	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough
15.53	5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi 5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Dengan teknik mencuci tangan 6 langkah
16.00	5.3 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Klien kooperatif dan dapat memahami
16.10	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan luka telah dilepaskan
16.15	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Luka terlihat dibersihkan, bau berkurang, warna luka kuning kehijauan
16.20	4.6 Membersihkan jaringan nekrotik	Slough pada luka mulai berkurang
16.25	4.7 Memberikan salep yang sesuai ke kulit lesi, jika perlu	Menggunakan salep metcovazin
16.30	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab,

	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	balutan (bactigras, kasa, plester) Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan
16.40	5.4 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	Klien dapat melakukannya dengan baik
16.45	5.5 Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi	Klien kooperatif dan dapat memahami
Sabtu 24 Juli 2021 16.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan S: 4 T: Tiba-tiba
16.03	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Klien tampak sedikit meringis
16.05	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	
16.05	1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	Klien lebih rileks
16.07	3.2 Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan	Klien mengatakan kadang merasa bosan minum obat
16.10	3.3 Mendiskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan	Lamanya pengobatan membuat klien jadi bosan
16.13	3.4 Melibatkan keluarga untuk mendukung program	Keluarga klien mengatakan keluarga mendukung pengobatan klien dan selalu memberikan semangat ke klien
16.20	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Luka mulai membaik dengan kondisi Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm berwarna 80% kuning kehijauan 20% pink dan sedikit berbau Slough pada luka mulai berkurang
16..22	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	
16.25	5.1 Memoonitor tanda dan gejala infeksi 5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Dengan teknik mencuci tangan 6 langkah Balutan luka telah dilepaskan
16.30	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Luka telah dibersihkan, bau berkurang, warna luka kuning kehijauan
16.35	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Slough pada luka mulai berkurang
16.40	4.6 Membersihkan jaringan nekrotik	Menggunakan salep metcovazin
16.45	4.7 Memberikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa, plester)
16.50	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	
	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan

Senin, 26 Juli 2021 10.00 10.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan S: 4 T: tiba-tiba Klien tampak meringis
10.05	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	
10.06	1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	Klien mengatakan lebih nyaman setelah teknik nafas dalam
10.10	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Luka mulai membaik dengan kondisi Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm berwarna 80% kuning kehijauan 20% pink dan sedikit berbau Slough pada luka mulai berkurang
10.13	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	
10.15	5.1 Memoonitor tanda dan gejala infeksi	
10.20	5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Dengan teknik mencuci tangan 6 langkah
10.25	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan telah diepas
10.25	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik	Luka telah dibersihkan
10.35	4.6 Membersihkan jaringan nekrotik 4.7 Memberikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu	Slough pada luka mulai berkurang Menggunakan salep metcovazin
10.40	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa,plester) Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan
10.45	5.5 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	Klien Kooperatif dan dapat memahami
10.50	6.1 Mengidentifikasi kemampuan pasien dan Keluarga	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet diabetes
10.55	6.3 Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu	Klien mengatakan pola makannya tidak seperti dulu
10.58	6.4 Mengidentifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan	yang banyak makan Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet DM
11.00	6.5 Mempersiapkan Materi, media dan alat peraga	Materi berupa leaflet
11.02	6.6 Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet DM
11.10	6.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya	Klien dan keluarga tidak ada pertanyaan
11.12	6.8 Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan	

11.15	6.9 Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
11.20	6.10 Menginformasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
11.23	6.11 Menganjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
11.27	6.12 Menganjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
11.30	6.13 Menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti

Berdasarkan tabel 4.7 Implementasi tindakan keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah yang ditemukan pada klien sesuai dengan perencanaan intervensi keperawatan masing-masing diagnosa keperawatan yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan *ulkus diabetikum* pada klien 2 dilakukan selama 6 hari perawatan dengan kunjungan 4x yaitu dari tanggal 20 Juli 2021 sampai tanggal 26 Juli 2021. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara komprehensif.

e) Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.8
Evaluasi Keperawatan klien 1 (Ny.S) dengan *ulkus diabetikum* di Wilayah Kelurahan Damai

Hari	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Minggu, 20 Juni 2021	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)	S : Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri sedikit berkurang P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kiri S: 4 T: Saat kaki digerakkan, nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul O: Klien tampak sedikit meringis dan lebih rileks A: Masalah belum teratasi

		<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi, frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)
	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh (D.0083)</p>	<p>S : Klien mengatakan kadang merasa malu dan khawatir terhadap kondisinya yang hanya berbaring ditempat tidur saat mengajar anak murid yang datang kerumah</p> <p>O : Klien tampak focus berlebihan pada bagian kaki Klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.2 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien 2.3 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 2.4 Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2.5 Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh 2.6 Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2.7 Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 2.8 Latih fungsi tubuh yang dimiliki 2.9 Latih peningkatan penampilan diri
	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : Klien mengatakan klien memiliki penyakit DM dan rutin minum obat metformin</p> <p>O : Hasil pemeriksaan kadarglukosa darah 227 mg/Dl</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.8 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan 3.10 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan 3.11 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan
	<p>Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>S : Klien mengatakan sangat senang, rileks dan nyaman karena luka telah dibersihkan dan</p> <p>O : Terdapat luka ulkus pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm)</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan

		<p>4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)</p>	<p>S: Klien mengatakan klien memiliki penyakit DM dan rutin minum obat metformin, Klien mengatakan adanya luka pada kaki kiri sejak 4 bulan yg lalu dan tidak sembuh- sembuh</p> <p>O : Hasil pemeriksaan GDS 227 mg/ dl Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p> <p>5.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>5.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>5.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>5.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>5.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>5.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>5.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>5.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>5.10Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>5.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowlerr (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p> <p>5.12Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</p> <p>5.13Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi</p>
	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)</p>	<p>S : Klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur karena mengalami kelemahan pada bagian paha hingga kaki dan sering keram</p> <p>O : Klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur dan dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan klien mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dengan nilai 1.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (area lesi)</p> <p>6.2 Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan</p> <p>6.3 Montor respons terhadap pemijatan</p> <p>6.4 Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan</p> <p>6.5 Pilih area tubuh yang akan dipijat</p> <p>6.6 Cuci tangan dengan air hangat</p> <p>6.7 Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman , dan privasi</p> <p>6.8 Buka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan</p> <p>6.9 Tutupi area yang tidak terpajan</p>

		<p>6.10 Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan</p> <p>6.11 Lakukan pemijatan secara perlahan</p> <p>6.12Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat</p> <p>6.13Jelaskan tujuan dan prosedur terapi</p> <p>6.14Anjurkan rileks selama pemijatan</p> <p>6.15Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan</p>
Rabu, 23 Juni 2021	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri</p> <p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p> <p>R: kaki kiri</p> <p>S: 3</p> <p>T: Saat kaki digerakkan, nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul</p> <p>O: Tampak klien rileks</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)</p>
	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh (D.0083)	<p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien</p> <p>2.3 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</p> <p>2.4 Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</p> <p>2.5 Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>2.6 Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>2.7 Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>2.8 Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>2.9 Latih peningkatan penampilan diri</p>
	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	<p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.8 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>3.10 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>3.11 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan</p>
	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan	<p>S : Klien mengatakan lukanya sepertinya mulai membaik tidak seperti kemarin</p>

	berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)	<p>O : Terdapat luka ulkus pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) Tampak Warna luka mulai memerah dan membaik</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)	<p>S: -</p> <p>O : Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p> <p>5.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>5.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>5.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>5.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>5.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>5.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>5.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>5.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>5.10Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>5.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowlerr (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p> <p>5.12Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</p> <p>5.13Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi</p>
	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)	<p>S : Klien mengatakan kaki sudah tidak terlalu keram dan merasa lebih rileks tetapi masih lemah</p> <p>O : Klien tampak rileks dan nyaman Kekuatan otot ektermitas bawah 1</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Anjurkan keluarga untuk melakukan terapi pemijatan jika pasien mengalami keram kembali</p>

Sabtu, 26 Juni 2021	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)	<p>S : Klien mengatakan masih nyeri berkurang dan lebih rileks P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kiri S: 2 T: Saat kaki digerakkan, nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul O: Klien tampak sedikit meringis tetapi lebih rileks A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi , 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi, frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)</p>
	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh (D.0083)	<p>S : - O : - A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 2.2 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien 2.3 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 2.4 Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2.5 Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh 2.6 Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2.7 Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 2.8 Latih fungsi tubuh yang dimiliki 2.9 Latih peningkatan penampilan diri</p>
	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	<p>S : Keluarga klien mengatakan keluarga mendukung pengobatan klien dan selalu memberikan semangat ke klien O : - A: Masalah belum teratasi P: Mengajarkan keluarga untuk selalu mendukung pengobatan klien</p>
	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)	<p>S : Klien mengatakan lukanya sepertinya mulai membaik tidak seperti kemarin O : Luka membaik dengan kondisi luka mulai mengecil luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p>

		<p>4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)</p>	<p>S: -</p> <p>O : Luka membaik dengan kondisi luka mulai mengecil luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p> <p>5.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>5.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>5.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>5.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>5.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>5.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>5.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>5.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>5.10Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>5.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowlerr (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p> <p>5.12Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</p> <p>5.13Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi</p>
	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)</p>	<p>S : Klien mengatakan kaki tidak ada keluhan keram tetapi masih lemah</p> <p>O : Kekuatan otot ekstremitas bawah 1</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Anjurkan keluarga untuk melakukan terapi pijatan jika pasien mengalami keram kembali</p>
<p>Selasa, 29 Juni 2021</p>	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)</p>	<p>S : Klien mengatakan nyeri sangat berkurang dan merasa nyaman saat melakukan teknik nafas dalam</p> <p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p> <p>R: kaki kiri</p> <p>S: 2</p> <p>T: Saat kaki digerakkan, nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul</p> <p>O: Klien tampak lebih rileks dan wajah tidak tampak meringis</p> <p>A: Masalah belum</p> <p>P: Anjurkan klien untuk melakukan teknik nafas dalam jika nyeri muncul</p>

	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh (D.0083)</p>	<p>S : - O : - A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien 2.3 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 2.4 Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2.5 Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh 2.6 Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2.7 Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 2.8 Latih fungsi tubuh yang dimiliki 2.9 Latih peningkatan penampilan diri</p>
	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : Keluarga klien mengatakan keluarga mendukung pengobatan klien dan selalu memberikan semangat ke klien O : - A: Masalah belum teratasi P: Menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung pengobatan klien</p>
	<p>Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>S : Klien mengatakan lukanya sepertinya mulai membaik tidak seperti kemarin O : Luka membaik dan mulai mengecil dengan ukuran pada luka 1 (P 4cm L 3 cm) Luka 2 (P 2 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :0,5 cm) dan kedalaman 1-2 cm A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)</p>	<p>S: Klien dan keluarga mengatakan paham tentang diet diabetes Klien dan keluarga dapat menjelaskan kembali materi yang disampaikan O : Tersedianya klien dan keluarga untuk mendengarkan edukasi tentang diet pada penderita diabetes Klien dan keluarga tampak paham dengan materi yang disampaikan A : Masalah belum teratasi P : Menganjurkan klien untuk menerapkan diet penderita diabetes</p>

	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)	S : Klien mengatakan kaki tidak ada keluhan keram tetapi masih lemah O : Kekuatan otot ekstremitas bawah 1 A: Masalah belum teratasi P : Anjurkan keluarga untuk melakukan terapi pijatan jika pasien mengalami keram kembali
--	--	--

Berdasarkan tabel 4.8 setelah pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dibuat evaluasi tindakan keperawatan, didapatkan data bahwa 6 diagnosa keperawatan belum teratasi yaitu nyeri kronis b.d kondisi musculoskeletal kronis, Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh, Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin, gangguan integritas kulit b.d neuropati perifer, perfusi perifer tidak efektif b.d hiperglikemia, dan gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot.

Tabel 4.9
Evaluasi Keperawatan pada klien 2 (Ny.W) dengan *ulkus diabetikum* di Wilayah Kelurahan Damai

Hari	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Selasa, 20 Juli 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	S : Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan yang terdapat luka P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan S: 6 T: Tiba-tiba O: Ekspresi wajah klien tampak meringis TD : 140/100 mmHg N :88x/menit RR: 22x/menit S : 36,0 C A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri

		<p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p>
	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)</p>	<p>S : Klien mengatakan klien mengalami depresi dan cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh</p> <p>O: Tampak klien sedih dan depresi saat menceritakan kondisi kakinya</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>TD : 140/100 mmHg</p> <p>N :88x/menit</p> <p>RR: 22x/menit</p> <p>S : 36,0 C</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p> <p>2.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>2.3 Pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>2.4 Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>2.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>2.6 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>2.7 Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p> <p>2.8 Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>2.9 Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>2.10 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>2.11 Latih teknik relaksasi</p>
	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : Klien mengeluh lemah dan lesu</p> <p>O : Hasil pemeriksaan kadarglukosa darah 227 mg/dl</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.8 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>3.10 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>3.11 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan</p>
	<p>Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>S : Klien mengatakan adanya luka pada kaki kanan sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% merah</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau)</p>

		<p>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4.6 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu</p> <p>4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM) (D.0142)	<p>S : Klien mengatakan adanya luka pada kaki kanan sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm</p> <p>Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% merah</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5.3 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.4 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5.5 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)	<p>S: Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>O : Hasil pemeriksaan GDS 300 mg/ dl</p> <p>Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p> <p>6.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>6.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>6.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>6.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>6.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>6.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>6.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>6.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>6.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>6.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p>
Kamis,	Nyeri akut berhubungan dengan	S : Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan yang terdapat luka

22 Juli 2021	agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan S: 6 T: Tiba-tiba O: Ekspresi wajah klien tampak meringis A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri 1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p>
	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)	<p>S : Klien mengatakan lebih rileks O: •Klien kooperatif, Tampak klien rileks dan merasa nyaman , tidak tampak tegang A: Masalah teratasi P: Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk membuat klien lebih rileks</p>
	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	<p>S : Klien mengatakan lemah lesu berkurang O : - A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 3.8 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan 3.10 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan 3.11 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan</p>
	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)	<p>S : Klien mengatakan seperti lukanya mulai membaik O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4.6 Bersihkan jaringan nekrotik 4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu 4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	Risiko Infeksi berhubungan dengan	<p>S : - O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm</p>

	penyakit kronis (DM) (D.0142)	<p>Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5.3 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.4 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5.5 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)	<p>S: Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>O : Hasil pemeriksaan GDS 300 mg/ dl</p> <p>Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p> <p>6.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>6.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>6.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>6.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>6.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>6.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>6.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>6.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>6.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>6.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p>
Sabtu, 24 Juli 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang dan lebih rileks</p> <p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p> <p>R: kaki kanan</p> <p>S: 4</p> <p>T: Tiba-tiba</p> <p>O: Tampak klien lebih rileks dan sedikit meringis</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p>

	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)</p>	<p>S : Klien mengatakan lebih rileks O: Klien kooperatif, Tampak klien rileks dan merasa nyaman , tidak tampak tegang A: Masalah teratasi P: Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk membuat klien lebih rileks</p>
	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : Klien mengatakan akan patuh dan rajin minum obat diabetes Gliquidone O : Tampak keluarga mendukung dan selalu memberi semangat ke klien A: Masalah teratasi P: Menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung pengobatan klien</p>
	<p>Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>S : Klien mengatakan lebih nyaman dan rileks setelah teknik nafas dalam P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan S: 4 T: tiba-tiba O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Tampak luka membaik dengan Kondisi luka slough berkurang menjadi 80% kuning kehijauan 20% Pink A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4.6 Bersihkan jaringan nekrotik 4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu 4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	<p>Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM) (D.0142)</p>	<p>S : Klien mengatakan nanahnya mulai berkurang O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Tampak luka membaik dengan Kondisi luka slough berkurang menjadi 80% kuning kehijauan 20% Pink A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi 5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5.3 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>

		<p>5.4 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5.5 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)</p>	<p>S: Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>O : Hasil pemeriksaan GDS 300 mg/ dl</p> <p>Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p> <p>6.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>6.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>6.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>6.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>6.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>6.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>6.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>6.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>6.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>6.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p>
<p>Senin, 26 Juli 2021</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)</p>	<p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang dan lebih rileks</p> <p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p> <p>R: kaki kanan</p> <p>S: 4</p> <p>T: Tiba-tiba</p> <p>O: Tampak klien lebih rileks dan sedikit meringis</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p>
	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)</p>	<p>S : Klien kooperati dan merasa lebih rileks</p> <p>O: Tampak klien rileks</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Anjurkan pasien untuk mengontrol kecemasannya dengan teknik nafas dalam</p>

	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	<p>S : Klien mengatakan akan patuh dan rajin minum obat diabetes Gliquidone</p> <p>O : Tampak keluarga mendukung dan selalu memberi semangat ke klien</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Mengajarkan keluarga untuk selalu mendukung pengobatan klien</p>
	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)	<p>S : Klien mengatakan lukanya mulai membaik tidak seperti kemaren</p> <p>O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Luka mulai membaik Slough pada luka mulai berkurang menjadi 70% kuning kehijauan dan 30% Pink</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</p> <p>4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4.6 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu</p> <p>4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM) (D.0142)	<p>S : -</p> <p>O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Slough pada luka mulai berkurang menjadi 70% kuning kehijauan dan 30% Pink</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5.3 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.4 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5.5 Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi</p>

	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)	<p>S: Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet diabetes Klien dan keluarga menjelaskan kembali materi yang disampaikan</p> <p>O : Tersedianya klien dan keluarga untuk mendengarkan edukasi tentang diet pada penderita diabetes Klien dan keluarga tampak paham dengan materi yang disampaikan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Menganjurkan klien untuk menerapkan diet penderita diabetes</p>
--	---	--

Berdasarkan tabel 4.9 setelah pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 2 dibuat evaluasi tindakan keperawatan, didapatkan data bahwa diagnosa Ansietas teratasi pada tanggal 22 Juli 2021, Kemudian ada 5 diagnosa keperawatan yang belum teratasi yaitu diagnosa nyeri akut, Perfusi perifer tidak efektif, Ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit/jaringan dan risiko infeksi.

B. Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan kasus *Ulkus Diabetikum* di Wilayah Kelurahan Damai tahun 2021. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Adapun pembahasan tiap bagian sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan

keperawatan dapat ditentukan. Pengkajian pada penelitian ini menggunakan format Andi Parellangi. Pada kasus *ulkus diabetikum*, yang harus diperhatikan pada pasien dengan *ulkus diabetikum* yaitu pengkajian pada sistem endokrin, integumen dan psikologis. Ada persamaan teori pengkajian yaitu klien dengan *ulkus diabetikum* mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah yang terlihat pada pasien 1 dengan glukosa darah 227 mg/dL dan pada pasien 2 dengan glukosa darah 300 mg/dl, dan pada kedua klien terdapat adanya luka ulkus pada kaki yang membuat klien akan merasakan nyeri.

Pengkajian pada klien 1 dan 2 dilakukan dirumah masing-masing klien di Wilayah Kelurahan Damai. Pada klien 1 (Ny.S) berusia 53 tahun sedangkan klien 2 (Ny.W) berusia 72 tahun. Klien 1 merupakan seorang guru PAUD dan klien 2 merupakan seorang Pensiunan PNS. Pada klien 1 dan 2 tidak memiliki riwayat penyakit keluarga diabetes.

Pada pengkajian perubahan fisiologis pasien *ulkus diabetikum* mengakibatkan gangguan citra tubuh pada klien 1 yang ditandai dengan rasa malu dan cemas serta berfokus berlebihan terhadap kondisi kakinya, sedangkan pada klien 2 terjadinya ansietas yang ditandai dengan tekanan darah klien yang tinggi 140/100 mmHg dan nadi yang meningkat 88x/menit, sedangkan pada klien 1 tidak mengalami ansietas.

Pada pemeriksaan integument, pada klien 1 terdapat luka gangren di kaki kiri dengan kondisi luka berwarna merah dan menghitam disekitar luka dengan Luas luka 1 (P 6 cm L 3 cm), luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), luka 3

(P :1 cm dan L :1 cm) kedalaman 2 cm dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Sedangkan pada klien 2 terdapat luka gangren di kaki kanan dengan kondisi luka berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink dan sedikit berbau dengan luas P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm dan luka terinfeksi dengan kondisi luka tertutup slough.

Pada pengkajian status kesehatan dirumah, didapatkan data bahwa pada klien 1 hanya bisa berbaring ditempat tidur karena terjadinya penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah dengan kesadaran normal yaitu CM dan orientasi baik, sedangkan pada klien 2 didapatkan data yaitu klien bisa duduk dan berdiri dengan kesadaran serta orientasi baik.

Kesimpulan yang didapatkan dari data pengkajian pada kedua klien yaitu terdapat kesenjangan antara teori dengan pengkajian pada kedua klien.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data hasil pengkajian, dapat ditegakkan diagnosa berdasarkan kondisi klien. Pada klien 1 dan klien 2 ditegakkan 6 diagnosa keperawatan. Pada klien 2 ditemukan 1 diagnosa yang tidak sesuai dengan teori.

Pada klien 1 terdapat diagnosa nyeri kronis b.d kondisi musculoskeletal kronis (D.0078) dengan kriteria mayor yang ditemukan klien mengeluh nyeri, tampak meringis, dan tidak mampu menuntaskan aktivitas. Sedangkan Pada klien 2 terdapat diagnosa yang tidak sesuai dengan teori yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis dengan kriteria

mayor yang ditemukan klien mengeluh nyeri, tampak meringis, dan frekuensi nadi meningkat, sedangkan kriteria minornya yaitu tekanan darah yang meningkat.

Berikut adalah uraian diagnosa yang terdapat pada kedua klien meliputi Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d Resistensi Insulin (D.0027) dengan kriteria mayor kadar glukosa dalam darah tinggi dan kondisi klinis terkait adalah Diabetes Mellitus. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer (D.0128) dengan kriteria mayor kerusakan jaringan/lapisan kulit dan kriteria minor yaitu nyeri, kemerahan dan hematoma. Perfusi perifer tidak efektif b.d Hiperglikemia (D.0009) dengan kriteria mayor turgor kulit menurun dan kriteria minor yaitu penyembuhan luka yang lambat serta kondisi klinis terkait adalah diabetes mellitus.

Adapun diagnosa yang hanya muncul pada klien 1 yaitu Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh (D.0083) dengan kriteria yang ditemukan mengungkapkan kekhawatiran pada reaksi orang lain dan focus berlebihan pada perubahan tubuh, kemudian Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot (D.0054) dengan kriteria mayor yang ditemukan yaitu klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas dan kekuatan otot menurun, sedangkan kriteria minor nya adalah nyeri saat bergerak, sendi kaku, dan fisik lemah.

Diagnosa yang muncul hanya pada klien 2 yaitu Ansietas b.d Ancaman terhadap konsep diri (D.0080) dengan kriteria mayor yang ditemukan adalah merasa khawatir akibat dari kondisi yang dihadapi, dan

tampak tegang, sedangkan pada kriteria minor yaitu frekuensi nadi meningkat dan tekanan darah meningkat. Resiko infeksi b.d Penyakit kronis (DM) dengan kondisi klinis terkait adalah Diabetes Mellitus.

Klien 1 dan klien 2 merupakan klien dengan perawatan *home care* sehingga menurut peneliti terdapat kesenjangan antara pathway dengan kasus yang ada, tetapi ada 1 diagnosa yang tidak sesuai dengan teori. Diagnosa yang ditemukan telah sesuai tetapi etiologi pada klien bisa berbeda dengan teori. Hal tersebut dilihat dari kondisi masing-masing klien.

3. 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), Promosi Citra Tubuh (I.09305) manajemen hiperglikemia (I.03115), dukungan kepatuhan program pengobatan (I.12361), perawatan luka (I.14564), edukasi diet (I.12369), dan terapi pemijatan (I.08251). Pada klien 2 intervensi yang dilakukan meliputi manajemen nyeri (I.08238), reduksi ansietas (I.09314), manajemen hiperglikemia (I.03115), dukungan kepatuhan program pengobatan (I.12361), perawatan luka (I.14564), pencegahan infeksi (I.08251), dan edukasi diet (I.12369).

4. 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 dilakukan di rumah klien di Jl. Jendral Sudirman RT.022 No.27 pada tanggal 20 Juni 2021 sampai 29 Juni 2021 yang dilakukan dalam 4x kunjungan. Sedangkan pada klien 2 dilakukan di rumah klien di Jl.Siaga RT 20 No.60 pada tanggal 20 Juli 2021 sampai 26 Juli 2021 yang dilakukan dalam 4x kunjungan. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun berdasarkan SIKI dan SLKI.

5. Evaluasi Keperawatan

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 didapatkan hasil tidak ada masalah yang teratasi. Pada Klien 1 terdapat 6 diagnosa keperawatan yang belum teratasi yaitu diagnosa nyeri kronis, gangguan citra tubuh, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit/jaringan, perfusi perifer tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik

Sedangkan pada evaluasi klien 2 hanya 1 masalah keperawatan yang teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh peneliti. Diagnosa keperawatan yang teratasi yaitu ansietas dengan verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku tegang menurun, frekuensi nadi menurun, dan tekanan darah menurun, kemudian diagnosa keperawatan yang belum teratasi ada 5 yaitu diagnosa nyeri kronis ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit/jaringan, risiko infeksi dan perfusi perifer tidak efektif 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 studi kasus Asuhan Keperawatan *Home Care* Pada Klien Dengan *Ulkus Diabetikum* Di Wilayah Kelurahan Damai Kota Balikpapan Tahun 2021, penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan dapat ditentukan. Pada pengkajian kedua klien dengan *ulkus diabetikum*, ditemukan persamaan data yaitu klien sama sama mengalami ketidakstabilan kadar glukosa darah dan terdapat luka pada kaki sehingga mengalami nyeri. Pengkajian menggunakan format menurut Andi Parellangi.

2. Diagnosa keperawatan

Penetapan diagnosa keperawatan pada kedua pasien didapatkan masalah yang berbeda antara kedua pasien. Pada pasien 1 terdapat masalah nyeri kronis, gangguan citra tubuh, perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit/jaringan, dan gangguan mobilitas fisik. Sedangkan pada pasien 2 terdapat masalah

nyeri akut, ansietas, , ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit/jaringan, risiko infeksi dan perfusi perifer tidak efektif.

3. Intervensi Keperawatan

Peneliti menyusun perencanaan berdasarkan SIKI dan SLKI sesuai dengan teori dan diagnosa yang ditegakkan. Intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan klien dan memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam kejasama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

4. Implementasi Keperawatan

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 diabetikum*

5. Evaluasi Keperawatan

Peneliti melakukan evaluasi pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan kriteria hasil yang telah dibuat untuk target yang akan dicapai pada klien. Evaluasi pada klien 1 tidak ada masalah yang teratasi, dan pada klien 2 didapatkan hanya 1 masalah yang teratasi. Pada klien 1, masalah yang

belum teratasi yaitu diagnosa nyeri kronis, gangguan citra tubuh, ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit/jaringan, perfusi perifer tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik. Sedangkan pada klien 2 diagnosa keperawatan yang belum teratasi ada 5 yaitu diagnosa nyeri kronis ketidakstabilan kadar glukosa darah, gangguan integritas kulit/jaringan, risiko infeksi dan perfusi perifer tidak efektif Masalah yang belum teratasi tersebut dikarenakan membutuhkan kepatuhan dalam pengobatan dan waktu yang panjang untuk melihat perkembangannya.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan *ulkus diabetikum* yang diberikan dengan tepat, peneliti selanjutnya harus benar-benar menguasai konsep medis tentang itu sendiri dan dapat melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada klien agar hasil perawatannya lebih optimal.

2. Bagi keluarga

Kedua keluarga diharapkan dapat mandiri mengelola diabetes melitus dengan cara pengelolaan makan, aktivitas fisik, monitoring gula darah, patuh dalam pengobatan dan dapat melakukan perawatan luka secara mandiri. Kedua keluarga juga diharapkan mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat untuk rutin memeriksakan kesehatannya.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu khususnya keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan *Ulkus Diabetikum* dan juga memacu pada peneliti selanjutnya dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada klien dengan *Ulkus Diabetikum*.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Susanto. (2015). Anatomi Fisiologi Pankreas. *Biomass Chem Eng*, 49(23–6), 22–23.
- American Diabetes Association. (2014). National Diabetes Statistics Report, 2014. *National Diabetes Statistics Report*.
- Anggit. (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga pada Pasien dengan Diabetes Melitus*. Fakultas Ilmu Kesehatan UMP.
- Brunner & Suddart. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* (Edisi 12.). EGC.
- 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>
- Damayanti, S. (2015). *Diabetes Mellitus & Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Eliana, F. (2015). Penatalaksanaan DM Sesuai Konsensus Perkeni 2015. *SATELIT SIMPOSIUM 6.1 DM UPDATE DAN Hb1C*.
- Evani, D. S. (2017). *Retinopati*. Alodokter.
- Fansuri, G. (2019). *ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN DIABETES* (Issue Dm).
- Fatimah, R. N. (2015). Diabetes Melitus Tipe 2. *Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*.
- Hartanto, V. (2015). *Gambar 2.1 Anatomi Pankreas*. Diambil kembali dari DOCPLOYER: <https://docplayer.info/212654211-Gambar-2-1-anatomi-pankreas-dolensek-rupnik-stozer-2015.html>
- Huda, A., & Kusuma, H. (2015). *APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN DIAGNOSA MEDIS & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: Mediacion Jogja.
- Huda, A., & Kusuma, H. (2016). *ASUHAN KEPERAWATAN PRAKTIS Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus*.

Jogjakarta: Mediacion Publishing Jogjakarta.

- Imron, M. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN DIABETES. *Repository Poltekkes Kemenkes Kaltim, Dm.*
- International Diabetes Federation [IDF]. (2017). Eighth edition 2017. *IDF Diabetes Atlas, 8th Edition.*
- Isnaini, N., & Ratnasari, R. (2018). Faktor risiko mempengaruhi kejadian Diabetes mellitus tipe dua. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah, 14(1)*, 59–68.
- Kurniawan, A. A., & Wuryaningsih, Y. N. S. (2016). Rekomendasi Latihan Fisik Untuk Diabetes Melitus Tipe 2. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana, 1(3)*, 197.
- Lingga, B. (2019). Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan. <https://doi.org/10.31219/osf.io/jdu7v>
- NANDA. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis NANDA NIC-NOC (Jilid 1)*. MediAction.
- Notoatmodjo, S (2012). *Metedeologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
- Parellangi, A. (2018). *Home Care Nursing, Aplikasi Praktik Berbasis Evidence-Based*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- PERKENI. (2011). Konsensus DM Tipe 2 Indonesia Tahun 2011. In *PERKENI*.
- Purwanto, H. (2016). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH II (Cetakan 1)*. PPSDM Kemenkes RI,.
- Rajasa, R. E., . A., & Zein, S. B. (2016). Hubungan Tingkat Keteraturan Berolahraga Terhadap Komplikasi Penyakit pada Pasien DM Tipe 2 di Poliklinik Endokrin RSUP DR. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*.
- Setiadi. (2012). Evaluasi keperawatan. *Evaluasi Keperawatan*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Tjandrawinata. (2016). Patogenesis Diabetes Tipe 2 : Resistensi Insulin dan Defisiensi Insulin. *Dexa Medica Group, February*, 1–5.
- Utami, D. T. (2014). Diabetes melitus dengan ulkus diabetikum. *Jurnal Online*

Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Keperawatan.

Wisnu Brata, I. W. (2014). Karakteristik Kelainan Vaskuler Pada Penderita Kaki Diabetik Di Divisi Bedah Vaskuler Dan Endovaskuler di RSCM. In *Fmipa Ui*. Universitas Indonesia.

World Health Organization. (2016). Diabetes Country Profiles 2016 - Indonesia. *Who*.

Yustiana Olfah. (2016). *Dokumentasi Keperawatan* (Cetakan 1). Kementerian Kesehatan RI.

Lampiran 1

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth. Calon Responden Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi D III

Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim:

Nama : Aulia Citra

NIM : P07220118069

Jurusan : Keperawatan

Bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul **“Asuhan Keperawatan Home Care Pada Klien dengan Ulkus Diabetikum Di Wilayah Kelurahan Damai Kecamatan Balikpapan Kota.”**

Sehubungan dengan maksud tersebut maka dengan kerendahan hati, saya mohon partisipasi Saudara/i/Bapak/Ibu untuk menjadi responden penelitian ini. Data yang diperoleh dari penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat, tenaga kesehatan dan institusi pendidikan. Informasi tentang data yang diperoleh akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk data penelitian.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Penulis

Aulia Citra
NIM. P07220118069

INFORMED CONSENT

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud, tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ny. S

Umur : 53 Tahun

Alamat : Jl. Jendral Sudirman RT 22 No. 27, Kelurahan Damai

Dengan ini menyatakan saya bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Aulia Citra, selaku mahasiswa D III

Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim dengan judul **“Asuhan Keperawatan Home Care Pada Klien dengan Ulkus Diabetikum Di Wilayah Kelurahan**

Damai Kecamatan Balikpapan Kota.” dengan sukarela dan tanpa adanya

paksaan dari siapapun. Penelitian ini tidak akan merugikan saya ataupun berakibat buruk bagi saya dan keluarga saya, maka jawaban yang saya berikan adalah yang

sebenarnya. Demikian surat persetujuan ini saya buat untuk dapat

dipergunakan sebagaimana mestinya.

Balikpapan, 20 Juni 2021

(.....)

INFORMED CONSENT

Setelah mendapat penjelasan tentang maksud, tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ny. W

Umur : 72 Tahun

Alamat : Jl. Siaga RT 20 No. 60, Kelurahan Damai

Dengan ini menyatakan saya bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Aulia Citra, selaku mahasiswa D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim dengan judul **“Asuhan Keperawatan Home Care Pada Klien dengan Ulkus Diabetikum Di Wilayah Kelurahan Damai Kecamatan Balikpapan Kota.”** dengan sukarela dan tanpa adanya paksaan dari siapapun. Penelitian ini tidak akan merugikan saya ataupun berakibat buruk bagi saya dan keluarga saya, maka jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya. Demikian surat persetujuan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Balikpapan, 20 Juli 2021

(.....)

- ✓ Waktu
- ✓ Tempat

✓ Orang

- Disorientasi : Tidak
- Compused : Tidak
- Depresi : Tidak
- Daya Ingat : Kuat
- Ansietas : Ya,

c. Integument

- Warna : Merah dan menghitam disekitar luka
- Hangat / Kering : Hangat
- Joundice : Tidak
- Diaphoresis : Tidak
- Gatal-gatal : Tidak
- Luka memar : Tidak
- Luka / Insisi : Terdapat luka ulkus pada bagian kaki kiri
- Lesi pada mukosa oral : Tidak
- Penampilan secara umum
 - ✓ Bersih
 - Y Kotor

d. Neurologi

- Keluhan pusing : Tidak
- Sakit Kepala : Tidak
- Reflek pupil : Normal isokor
- Kekuatan Otot Ektermitas
 - Y Kanan : Tangan : 5 Kaki : 1
 - Y Kiri : Tangan : 5 Kaki : 1
- Reflek
 - Y Fisiologis : - Patella : Refleks lemah
 - Achilles : Refleks Lemah
 - Bisep : Normal
 - Trisep : Normal
 - Brakioradialis : Normal
 - Y Patologis : Babinsky

e. Cardiopulmonal

- Arritmia : Tidak
- Chest Pain : Tidak
- Distensi Vena Jugularis: Tidak
- Crepitasi : Tidak
- Ronchi : Tidak Ada
- Wheezing : Tidak Ada
- Batuk : Tidak Ada
- Sputum : -
- Alat bantu nafas : Tidak Menggunakan alat bantu nafas
 - γ Jenis :-
 - γ Flow :-

f. Gastrointestinal

- Nafsu makan : Baik
 - Intake Cairan : ± 1.500 L
 - Status Nutrisi
 - ✓ Baik
 - γ Buruk
 - Mual / Muntah : Tidak Ada
 - Nyeri/Perdarahan : Tidak Ada
 - Flatus : Tidak Ada
 - Distensi Abdomen : Tidak Ada
 - Ostomy : Tidak Ada
 - Diare : Tidak Ada
 - Konstipasi : Tidak Ada
 - Bising Usus : Normal
 - Enteral Nutrisi
 - γ NGT
 - ✓ Oral
- Jenis makanan: Makanan utama berupa Nasi dan lauk pauk
Makanan selingan berupa buah - buahan
- Jumlah : ± 2500 kal
- Frekuensi : 3 kali

g. Genito Urinaria

- Dysuria / Hematuria : Tidak
- Retensi Urine : Tidak

- Inkontinensia Urine : Tidak
- Karakteristik Urine : Urin berwarna Kuning bening dengan sedikit berbau serta tidak ada darah dalam urin
- Produksi Urine : ± 1.500 ml/hari
- Menggunakan Kateter: Ya
 - γ Warna : Kuning bening
 - γ Bau : Tidak berbau
 - γ Jumlah : ± 1.500 ml/hari

h. Sistem Endokrin

- Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak
- Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak
- Pankreas: Trias DM : Tidak
- Hipoglikemia: Tidak Nilai GDA: -
- Hiperglikemia: Ya Nilai GDA: 227 mg/ dl
- Kondisi kaki DM
 - Luka ganggren : Ya
 - Jenis luka : Luka ganggren
 - Lama luka : 4 Bulan
 - Warna : Kemerahan
 - Luas luka : Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm)
 - Kedalaman : 2 cm
 - Kulit Kaki : Kemerahan dan menghitam disekitar luka
 - Kuku Kaki : Lengkap
 - Telapak Kaki : Tidak ada luka
 - Jari Kaki : Lengkap dan tidak ada luka
 - Infeksi : ya $\sqrt{\text{tidak}}$
 - Riwayat luka sebelumnya : ya $\sqrt{\text{tidak}}$
 - Riwayat amputasi sebelumnya ya $\sqrt{\text{tidak}}$

V. Nyeri

- Nyeri : Ya
- P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis
Q: Seperti ditusuk-tusuk
R: kaki kiri
S: 4
T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul
Klien terlihat meringis bila kaki digerakkan

VI. Status Kesehatan Di Rumah

- Hanya di tempat tidur : Ya, berbaring
- Bantuan dengan kursi roda : Tidak ada
- Ketidakstabilan kardiovaskular : Tidak
- Penurunan Penglihatan : Ya , Rabun Jauh
- Status Mental : Compos Mentis , Orientasi Normal, Klien mengalami ansietas dan focus berlebihan terhadap kondisinya
- Penurunan Kekuatan Otot : Ya, penurunan kekuatan otot pada ekstermitas bawah

VII. Penatalaksanaan Kolaboratif dan Keperawatan setiap Kunjungan

- Pemeriksaan Laboratorium : Pemeriksaan GDS
- Perawatan Luka : 3 hari sekali / Seminggu 2 kali
- Pemberian Terapi Medik : Tidak
- Pengontrolan Nyeri : Teknik Nafas Dalam
- Intruksi Pemberian Diit : Diet penderita DM
- Pemberian Rasa Nyaman & Aman: Ya
- Pemantauan Penyakit Terminal : Tidak
- Kontrak untuk Kunjungan Selanjutnya : 23 Juni 2021

Balikpapan, 20 Juni 2021

Aulia Citra

NIM : P07220118069

ANALISA DATA

Nama : Ny. S

Diagnosis Medis: Ulkus Diabetikum

Tanggal : 20 Juni 2021

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Klien 1 : Ny. S			
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri• Klien mengatakan Nyeri muncul sejak 4 bulan yang lalu• Klien mengatakan nyeri muncul saat kaki digerakkan• Klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur karena mengalami kelemahan pada bagian paha hingga kaki dan sering keram• P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindisQ: Seperti ditusuk-tusukR: kaki kiriS: 4T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none">• TD : 120/80 mmHgN :76 x/menitRR: 22x/menitS: 36,4 C• Tampak klien meringis bila kaki digerakkan• Klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur dan dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan klien mengalami penurunan kekuatan otot ekstermitas bawah dengan nilai 1.	Kondisi Muskuloskeletal kronis	Nyeri Kronis (D.0078)
2.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan kadang merasa malu dan khawatir terhadap kondisinya yang hanya berbaring ditempat tidur saat mengajar anak murid yang datang kerumah <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none">• Klien tampak focus berlebihan pada bagian kaki• Klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur	Perubahan fungsi tubuh	Gangguan Citra Tubuh (D.0083)

3.	<p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan gula darah klien tidak terkontrol dan muncul luka pada kaki klien yang tidak sembuh-sembuh. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasil pemeriksaan GDS 227 mg/ dl 	Resistensi Insulin	Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) (D.0027)
4.	<p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan adanya luka pada kaki kiri sejak 4 bulan yg lalu dan tidak sembuh-sembuh <p>Data Objektif</p> <p>Terdapat luka ulkus pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm)</p>	Neuropati Perifer	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)
5.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan klien memiliki penyakit DM karena keturunan dan rutin minum obat metformin Klien mengatakan adanya luka pada kaki kiri sejak 4 bulan yg lalu dan tidak sembuh-sembuh <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasil pemeriksaan GDS 227 mg/ dl Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm 	Hiperglikemia	Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009)
6.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur karena mengalami kelemahan pada bagian paha hingga kaki dan sering keram <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur dan dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan klien mengalami penurunan kekuatan otot ekstermitas bawah dengan nilai 1. 	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Prioritas Masalah

1. Nyeri kronis berhubungan dengan Kondisi Muskuloskeletal kronis
2. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh

3. Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin
4. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer
5. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia
6. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot Risiko

Rencana Tindakan Keperawatan

Nama : Ny. S
Diagnosis Medis: Ulkus Diabetikum
Tanggal : 20 Juni 2021

No.	Tanggal Ditemukan	Dignosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Klien 1 : Ny. S				
1.	Minggu. 20 Juni 2021	Nyeri Kronis berhubungan dengan Kondisi Muskuloskeletal Kronis (D.0078)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Merigis menurun 3. Gelisah Menurun 4. Tekanan Darah Membaik 5. Pola Tidur Membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri Edukasi 1.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)
2.	Minggu. 20 Juni 2021	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh (D.0083)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan Citra Tubuh meningkat dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun 2. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/ reaksi orang lain menurun	Promosi Citra Tubuh (I.09305) Observasi 2.1 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien 2.2 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 2.3 Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2.4 Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Edukasi 2.5 Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan

			3. Fokus pada bagian tubuh menurun	<p>perubahan citra tubuh</p> <p>2.6 Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>2.7 Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>2.8 Latih peningkatan penampilan diri</p>
3.	Minggu. 20 Juni 2021	Ketidaksabitan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x diharapkan Kestabilan Kadar Glukosa Darah Meningkat dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran Meningkat 2. Mengantuk Menurun 3. Pusing Menurun 4. Gemetar Menurun 	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 3.2 Monitor kadar glukosa darah 3.3 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.5 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3.6 Ajarkan pengelolaan diabetes (penggantian karbohidrat) <p>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.7 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.8 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik 3.9 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan 3.10 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan
4.	Minggu. 20 Juni 2021	(D.0129) Gangguan Integritas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor Karakteristik luka

		Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	<p>selama 1 x 60 menit diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi Jaringan Meningkat 2. Kerusakan Jaringan Menurun 3. Kerusakan Lapisan Kulit Menurun 4. Nyeri Menurun 5. Kemerahan Menurun 	<p>(mls. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4.6 Bersihkan jaringan nekrotik 4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4.10 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.11 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.12 Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 4.13 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
5.	Minggu. 20 Juni 2021	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemi (D.0009)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit Penyembuhan luka meningkat dengan Kriteria Hasil (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyatuan kulit meningkat 2. Jaringan granulasi meningkat 3. Peradangan luka menurun 4. Nyeri menurun 	<p>Edukasi Diet (I.12369)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga 5.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 5.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 5.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga

				<p>5.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>5.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>5.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>5.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>5.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>5.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p> <p>5.12 Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</p> <p>5.13 Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi</p>
6.	Minggu. 20 Juni 2021	(D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan Mobilitas Fisik Meningkat dengan Kriteria Hasil (L.05042) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan Ekstremitas Meningkat 2. Kekuatan Otot Meningkat 3. Rentang Gerak (ROM) Meningkat 4. Kaku Sendi Menurun 5. Gerakan Terbatas Menurun 6. Kelemahan fisik menurun 	<p>Terapi Pemijatan (I.08251)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (area lesi) 6.2 Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan 6.3 Monitor respons terhadap pemijatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.4 Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan 6.5 Pilih area tubuh yang akan dipijat 6.6 Cuci tangan dengan air hangat 6.7 Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman, dan privasi 6.8 Buka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan 6.9 Tutupi area yang tidak terpajan 6.10 Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan 6.11 Lakukan pemijatan secara perlahan

				<p>6.12 Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat</p> <p>Edukasi</p> <p>6.13 Jelaskan tujuan dan prosedur terapi</p> <p>6.14 Anjurkan rileks selama pemijatan</p> <p>6.15 Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan</p>
--	--	--	--	---

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : Ny. S

Diagnosis Medis: Ulkus Diabetikum

Tanggal : 20 Juni 2021 – 29 Juni 2021

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
Minggu. 20 Juni 2021 15.30	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis Q: Seperti ditusuk-tusuk R: kaki kiri S: 4 T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul
15.35	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Klien tampak meringis menahan nyeri
15.36	1.7 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)	Pasien memahami dan dapat melakukan teknik nafas dalam
15.40	2.1 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien 2.2 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial	Klien mengatakan kadang merasa malu dan khawatir terhadap kondisinya yang hanya berbaring ditempat tidur saat mengajar anak murid yang datang kerumah
15.45	3.1 Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia	Klien memiliki riwayat penyakit keluarga yaitu DM
15.50	3.2 Memonitor kadar glukosa darah 3.3 Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia	Hasil pemeriksaan GDS : 227 mg/dL Klien mengalami kelemahan dan terdapat luka dikaki
15.55	3.8 Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan	Klien mengatakan sangat patuh dalam minum obat DM yaitu metformin
16.00	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm, tidak berbau.
16.05	4.2 Memoonitor tanda-tanda infeksi	Tidak ada tanda-tanda infeksi, luka klien berwarna merah.
16.10	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan luka telah dilepaskan
16.15	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Luka bersih, tidak berbau, warna luka merah
16.25	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa, plester)
16.30	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan

Rabu, 23 Juni 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis Q: Seperti ditusuk-tusuk R: kaki kiri S: 4 T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul
14.30	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	Klien tampak meringis menahan nyeri
14.32	1.3 Mengidentifikasi respon nyerininon verbal	
14.32	1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam	Pasien mengatakan nyeri berkurang dan lebih rileks
14.35	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm, tidak berbau.
14.40	4.2 Memoonitor tanda-tanda infeksi	Tidak ada tanda-tanda infeksi, luka klien berwarna merah Balutan luka telah dilepaskan
14.45	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Luka bersih, tidak berbau, warna luka merah
14.50	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa, plester)
14.55	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan
15.00		
15.05	6.1 Mengidentifikasi kontraindikasi terapi pijatan (area lesi) 6.2 Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pijatan	Tidak dapat dipijat di bagian kaki yang terdapat luka Klien bersedia dilakukan pijatan
15.07	6.3 Memonitor respons terhadap pijatan	Klien kooperatif
15.10	6.4 Menetapkan jangka waktu untuk pijatan	15 menit
15.13	6.5 Memilih bagian tubuh yang akan dipijat 6.8 Membuka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan	Bagian paha dan betis Bagian paha dan betis
15.15	6.9 Menutupi area yang tidak terpajan	Menutup bagian atas paha
15.15	6.10Menggunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan	Menggunakan vco minyak kelapa
15.17	6.11Melakukan pijatan secara perlahan	Klien tampak nyaman dan rileks
15.19	6.12Melakukan pijatan dengan teknik yang tepat	Klien tampak nyaman dan rileks
15.20	6.13Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi 6.14Menganjurkan rileks selama pijatan	Klien kooperatif dan memahami Klien tampak nyaman dan rileks
15.35	6.15Menganjurkan beristirahat setelah dilakukan pijatan	

Sabtu 26 Juni 2021	16.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis Q: Seperti ditusuk-tusuk R: kaki kiri S: 2 T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul Klien tampak sedikit meringis
	16.02	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	
	16.05	1.7 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)	Klien mengatakan nyeri berkurang setelah teknik nafas dalam
	16.10	3.1 Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan	Klien mengatakan rajin minum obat DM metformin
	16.15	3.9 Mendiskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan	Lamanya minum obat bisa membuat klien bosan
	16.20	3.10 Melibatkan keluarga untuk mendukung program	Keluarga klien mengatakan keluarga mendukung pengobatan klien dan selalu memberikan semangat ke klien
	16.25	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm, tidak berbau. Tidak ada tanda-tanda infeksi, luka klien berwarna merah
	16.25	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	Balutan luka telah dilepaskan
	16.30	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Luka bersih, tidak berbau, warna luka merah
	16.35	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa,plester)
16.40	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan	
Selasa, 29 Juni 2021	14.00	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	P: Ulkus diabetikum, nyeri timbul saat kaki digerakkan dan tertindis Q: Seperti ditusuk-tusuk R: kaki kiri S: 4 T: nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul
	14.02	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	
	14.05	1.7 Mengajarkan teknik non (teknik	Klien mengatakan nyeri sangat berkurang dan merasa nyaman saat

	nafas dalam)	teknik nafas dalam
14.10	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Luka membaik dan mulai mengecil dengan ukuran pada luka 1 (P 4cm L 3 cm) Luka 2 (P 2 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :0,5 cm) dan kedalaman 1-2 cm
14.15	4.2 Memoonitor tanda-tanda infeksi	Tidak ada tanda-tanda infeksi
14.25	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan luka telah dilepaskan
14.30	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Luka bersih, tidak berbau, warna luka merah
14.40	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa,plester)
14.45	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan
14.50	5.1 Mengidentifikasi kemampuan pasien dan Keluarga tentang diet DM	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet DM
14.55	5.2 Mengidentifikasi tingkat pengetahuan saat ini	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet DM
14.58	5.3 Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu	Klien mengatakan pola makannya tidak seperti dulu yang banyak makan
15.00	5.4 Mengidentifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet DM
15.03	5.5 Mempersiapkan Materi, media dan alat peraga	Materi berupa leaflet
15.05	5.6 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya	Klien dan keluarga tidak ada pertanyaan
15.08	5.7 Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
	5.8 Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
15.15	5.10 Menganjurkan mempertahankan posisi semi Fowlerr (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
15.20	5.11 Menganjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti

EVALUASI

Nama : Ny. S

Diagnosis Medis: Ulkus Diabetikum

Tanggal : 20 Juni 2021 – 29 Juni 2021

Hari	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Minggu, 20 Juni 2021	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri sedikit berkurang P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kiri S: 4 T: Saat kaki digerakkan, nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul O: Klien tampak sedikit meringis dan lebih rileks A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi, frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)</p>
	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh (D.0083)	<p>S : Klien mengatakan kadang merasa malu dan khawatir terhadap kondisinya yang hanya berbaring ditempat tidur saat mengajar anak murid yang datang kerumah O : Klien tampak focus berlebihan pada bagian kaki Klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien 2.3Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 2.4Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2.5Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh 2.6Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2.7Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 2.8Latih fungsi tubuh yang dimiliki 2.9Latih peningkatan penampilan diri</p>

	<p>Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : Klien mengatakan klien memiliki penyakit DM karena keturunan dan rutin minum obat metformin O : Hasil pemeriksaan kadarglukosa darah 227 mg/Dl A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 3.8 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan 3.10 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan 3.11 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan</p>
	<p>Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>S : Klien mengatakan sangat senang, rileks dan nyaman karena luka telah dibersihkan dan O : Terdapat luka ulkus pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)</p>	<p>S: Klien mengatakan klien memiliki penyakit DM karena keturunan dan rutin minum obat metformin, Klien mengatakan adanya luka pada kaki kiri sejak 4 bulan yg lalu dan tidak sembuh- sembuh O : Hasil pemeriksaan GDS 227 mg/ dl Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 5.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga 5.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 5.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 5.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan 5.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga 5.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 5.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 5.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 5.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 5.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu 5.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowlerr (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan 5.12 Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan 5.13 Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi</p>

	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)	<p>S : Klien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur karena mengalami kelemahan pada bagian paha hingga kaki dan sering kram</p> <p>O : Klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur dan dari hasil pemeriksaan fisik didapatkan klien mengalami penurunan kekuatan otot ekstermitas bawah dengan nilai 1.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (area lesi)</p> <p>6.2 Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan</p> <p>6.3 Montor respons terhadap pemijatan</p> <p>6.4 Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan</p> <p>6.5 Pilih area tubuh yang akan dipijat</p> <p>6.6 Cuci tangan dengan air hangat</p> <p>6.7 Siapkan lingkungan yang hangat, nyaman , dan privasi</p> <p>6.8 Buka area yang akan dipijat sesuai kebutuhan</p> <p>6.9 Tutupi area yang tidak terpajan</p> <p>6.10Gunakan lotion atau minyak untuk mengurangi gesekan</p> <p>6.11Lakukan pemijatan secara perlahan</p> <p>6.12Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat</p> <p>6.13Jelaskan tujuan dan prosedur terapi</p> <p>6.14Anjurkan rileks selama pemijatan</p> <p>6.15Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan</p>
Rabu, 23 Juni 2021	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada kaki kiri</p> <p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p> <p>R: kaki kiri</p> <p>S: 3</p> <p>T: Saat kaki digerakkan, nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul</p> <p>O: Tampak klien rileks</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi, frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)</p>
	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh (D.0083)	<p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien</p> <p>2.3 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</p> <p>2.4 Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</p> <p>2.5 Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>2.6 Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p>

		<p>2.7 Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>2.8 Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>2.9 Latih peningkatan penampilan diri</p>
	<p>Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.8 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>3.10 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>3.11 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan</p>
	<p>Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>S : Klien mengatakan lukanya sepertinya mulai membaik tidak seperti kemarin</p> <p>O : Terdapat luka ulkus pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm)</p> <p>Tampak Warna luka mulai memerah dan membaik</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)</p>	<p>S: -</p> <p>O : Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kiri klien dengan Luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p> <p>5.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>5.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>5.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>5.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>5.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>5.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>5.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>5.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>5.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>5.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p> <p>5.12 Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</p> <p>5.13 Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi</p>

	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)	<p>S : Klien mengatakan kaki sudah tidak terlalu keram dan merasa lebih rileks tetapi masih lemah</p> <p>O : Klien tampak rileks dan nyaman</p> <p>Kekuatan otot ekstermitas bawah 1</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Anjurkan keluarga untuk melakukan terapi pijatan jika pasien mengalami keram kembali</p>
Sabtu, 26 Juni 2021	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)	<p>S : Klien mengatakan masih nyeri berkurang dan lebih rileks</p> <p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p> <p>R: kaki kiri</p> <p>S: 2</p> <p>T: Saat kaki digerakkan, nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul</p> <p>O: Klien tampak sedikit meringis tetapi lebih rileks</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi ,</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi, frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)</p>
	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh (D.0083)	<p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien</p> <p>2.3 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</p> <p>2.4 Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</p> <p>2.5 Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>2.6 Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>2.7 Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>2.8 Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>2.9 Latih peningkatan penampilan diri</p>
	Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	<p>S : Keluarga klien mengatakan keluarga mendukung pengobatan klien dan selalu memberikan semangat ke klien</p> <p>O : -</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung pengobatan klien</p>
	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan	<p>S : Klien mengatakan lukanya sepertinya mulai membaik tidak seperti kemarin</p>

	dengan neuropati perifer (D.0129)	<p>O : Luka membaik dengan kondisi luka mulai mengecil luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)	<p>S: -</p> <p>O : Luka membaik dengan kondisi luka mulai mengecil luka 1 (P 6 cm L 3 cm) Luka 2 (P 3 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :1 cm) dan kedalaman 2 cm.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p> <p>5.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>5.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>5.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>5.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>5.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>5.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>5.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>5.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>5.10Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>5.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowlerr (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p> <p>5.12 Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</p> <p>5.13 Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi</p>
	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)	<p>S : Klien mengatakan kaki tidak ada keluhan keram tetapi masih lemah</p> <p>O : Kekuatan otot ekstermitas bawah 1</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P : Anjurkan keluarga untuk melakukan terapi pemijatan jika pasien mengalami keram kembali</p>
Selasa, 29 Juni 2021	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis (D.0078)	<p>S : Klien mengatakan nyeri sangat berkurang dan merasa nyaman saat melakukan teknik nafas dalam</p> <p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p> <p>R: kaki kiri</p> <p>S: 2</p> <p>T: Saat kaki digerakkan, nyeri jarang dirasakan dan muncul hilang timbul</p> <p>O: Klien tampak lebih rileks dan wajah tidak tampak meringis</p>

		<p>A: Masalah belum</p> <p>P: Anjurkan klien untuk melakukan teknik nafas dalam jika nyeri muncul</p>
	<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan Perubahan fungsi tubuh (D.0083)</p>	<p>S : -</p> <p>O : -</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 Identifikasi perbaikan perubahan persepsi terhadap fisik pasien</p> <p>2.3 Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial</p> <p>2.4 Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya</p> <p>2.5 Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh</p> <p>2.6 Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>2.7 Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh</p> <p>2.8 Latih fungsi tubuh yang dimiliki</p> <p>2.9 Latih peningkatan penampilan diri</p>
	<p>Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : Keluarga klien mengatakan keluarga mendukung pengobatan klien dan selalu memberikan semangat ke klien</p> <p>O : -</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung pengobatan klien</p>
	<p>Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>S : Klien mengatakan lukanya sepertinya mulai membaik tidak seperti kemarin</p> <p>O : Luka membaik dan mulai mengecil dengan ukuran pada luka 1 (P 4cm L 3 cm) Luka 2 (P 2 cm dan L 2 cm), Luka 3 (P :1 cm dan L :0,5 cm) dan kedalaman 1-2 cm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)</p>	<p>S: Klien dan keluarga mengatakan paham tentang diet diabetes</p> <p>Klien dan keluarga dapat menjelaskan kembali materi yang disampaikan</p> <p>O : Tersedianya klien dan keluarga untuk mendengarkan edukasi tentang diet pada penderita diabetes</p> <p>Klien dan keluarga tampak paham dengan materi yang disampaikan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Menganjurkan klien untuk menerapkan diet penderita diabetes</p>

	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054)	S : Klien mengatakan kaki tidak ada keluhan keram tetapi masih lemah O : Kekuatan otot ekstermitas bawah 1 A: Masalah belum teratasi P : Anjurkan keluarga untuk melakukan terapi pemijatan jika pasien mengalami keram kembali
--	--	--

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN HOME CARE

I. Asal Rujukan Pasien

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Praktik Dokter | <input type="checkbox"/> Puskesmas |
| <input type="checkbox"/> Rumah Sakit | <input checked="" type="checkbox"/> Lain-lain |

II. BIODATA

- Nama Pasien : Ny.W
- Tanggal Lahir : 03 Oktober 1949
- Umur : 72 thn
- Agama : Islam
- Pekerjaan : Pensiunan PNS
- Pendidikan : SLTA
- Alamat : Jl. Siaga RT.20 No 60

III. Riwayat Kesehatan

- Keluhan Utama : Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan karena terdapat luka diabetes
- Riwayat Penyakit Sekarang : Klien mengatakan awal mula klien memiliki luka dikaki 2 minggu yang lalu yang tidak membaik tetapi malah tambah parah dan klien mengalami lemas kemudian dibawa ke RSKD untuk dilakukan perawatan selama beberapa hari . Selanjutnya klien melakukan perawatan lanjutan dirumah dengan memanggil perawat homecare untuk membersihkan luka.
- Riwayat Penyakit Dahulu : Tidak Ada
- Riwayat Penyakit Keluarga : Tidak Ada

IV. Pemeriksaan Fisik

a. Tanda – Tanda Vital

- TD : 140/100 N :88x/menit
RR :22x/menit S:36,0

b. Status Mental

- Tingkat Kesadaran
 - Compos Sopor
 - Mentis Koma
 - Apatis
 - Somnolen

- Orientasi
 - ✓ Waktu
 - ✓ Tempat
 - ✓ Orang
- Disorientasi : Tidak
- Compused : Tidak
- Depresi : Ya,
- Ansietas : Ya,

c. Integument

- Warna : Disekitar luka merah dan menghitam
- Hangat / Kering : Hangat
- Joundice : Tidak
- Diaphoresis : Tidak
- Gatal-gatal : Tidak
- Luka memar : Tidak
- Luka / Insisi : Ya, luka ulkus diabetikum
- Lesi pada mukosa oral : Tidak
- Penampilan secara umum
 - ✓ Bersih
 - γ Kotor

d. Neurologi

- Keluhan pusing : Tidak
- Sakit Kepala : Tidak
- Reflek pupil : Normal isokor
- Kekuatan Otot Ektermitas
 - γ Kanan : Tangan : 5 Kaki : 4
 - γ Kiri : Tangan : 5 Kaki : 5
- Reflek
 - γ Fisiologis : - Patella : Refleks Normal
 - Achilles : Refleks Normal
 - Bisep : Normal
 - Trisep : Normal
 - Brakioradialis : Normal
 - γ Patologis : Babinzky

e. Cardiopulmonal

- Arritmia : Tidak
- Chest Pain : Tidak
- Distensi Vena Jugularis : Tidak
- Crepitasi : Tidak
- Ronchi : Tidak Ada
- Wheezing : Tidak Ada
- Batuk : Tidak Ada
- Sputum : Tidak Ada
- Alat bantu nafas : Tidak
- γ Jenis : -
- γ Flow : -

f. Gastrointestinal

- Nafsu makan : Baik
- Intake Cairan : ± 1.500 ml
- Status Nutrisi :
 - ✓ Baik
 - γ Buruk
- Mual / Muntah : Tidak
- Nyeri/Perdarahan : Tidak
- Flatus : Tidak
- Distensi Abdomen : Tidak
- Ostomy : Tidak
- Diare : Tidak
- Konstipasi : Tidak
- Bising Usus : Normal
- Enteral Nutrisi
 - γ NGT
 - ✓ Oral

Jenis makanan : Makanan berat berupa Nasi, sayur dan lauk pauk
 Makanan selingan berupa buah-buahan

Jumlah : ± 2500 kkal

Frekuensi : 3 kali

g. Genito Urinaria

- Dysuria / Hematuria : Tidak
- Retensi Urine : Tidak
- Inkontinensia Urine : Tidak
- Karakteristik Urine : Kuning pekat

- Produksi Urine : ± 1.500 ml
- Menggunakan Kateter: Tidak
 - γ Warna : -
 - γ Bau : -
 - γ Jumlah : -

h. Sistem Endokrin

- Pembesaran kelenjar tyroid : Tidak
- Pembesaran kelenjar getah bening : Tidak
- Pankreas: Trias DM: Tidak
- Hipoglikemia: Tidak Nilai GDA: -
- Hiperglikemia: Ya Nilai GDA: 300 mg/dl
- Kondisi kaki DM
 - Luka ganggren : Ya
 - Jenis luka : Luka ganggren
 - Lama luka : 2 Minggu
 - Warna : 90% kuning kehijauan 10% pink
 - Luas luka : P: 10 cm L: 5 cm
 - Kedalaman : 2 cm
 - Kulit Kaki : Menghitam dan pucat disekitar luka
 - Kuku Kaki : Lengkap
 - Telapak Kaki : Terdapat lokasi luka yang tertutup nekrosis
 - Jari Kaki : Pada ibu jari kaki terdapat luka yang berwarna yang tertutup slough
 - Infeksi : Ya, terdapat slough
 - Riwayat luka sebelumnya : Tidak
 - Riwayat amputasi sebelumnya : Tidak

V. Nyeri

- Nyeri : Ya
- P: Ulkus diabetikum
- Q: Seperti tertusuk
- R: Kaki Kanan
- S: 6
- T: Hilang timbul
- Klien terlihat meringis

VI. Status Kesehatan Di Rumah

- Hanya di tempat tidur : Tidak
- Bantuan dengan kursi roda : Tidak

- Ketidakstabilan kardiovaskular : Ya, Tekanan darah yang tinggi
- Penurunan Penglihatan : Ya
- Status Mental : Compos Mentis , Orientasi Normal,
Klien mengalami depresi dan
ansietas
- Penurunan Kekuatan Otot : Tidak
- Drainase Luka : Tidak

VII. Penatalaksanaan Kolaboratif dan Keperawatan setiap Kunjungan

- Pemeriksaan Laboratorium : GDS
- Perawatan Luka : Setiap 2 hari sekali
- Pemberian Terapi Medik : Tidak
- Pengontrolan Nyeri : Teknik nafas dalam
- Intruksi Pemberian Diit : Diet karbohidrat
- Pemberian Rasa Nyaman & Aman:
- Pemantauan Penyakit Terminal : Tidak
- Kontrak untuk Kunjungan Selanjutnya : 21 Juli 2021

Balikpapan,

Aulia Citra

NIM : P07220118069

DATA FOKUS

1. DATA SUBJEKTIF:

- Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan yang terdapat luka
- P: Ulkus diabetikum
 - Q: Seperti tertusuk
 - R: Kaki Kanan
 - S: 6
 - T: Tiba-tiba
- Klien mengatakan awal mula klien memiliki luka dikaki 2 minggu yang lalu yang tidak membaik tetapi malah tambah parah dan klien mengalami lemas kemudian dibawa ke RSKD
- Klien mengatakan sepertinya luka klien mengalami infeksi karena ada nanahnya
- Klien megatakan klien mengalami depresi dan cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh

2. DATA OBJEKTIF:

- TD : 140/100 N :88x/menit
RR :22x/menit S:36,0
- Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm
- Kondisi luka tertutup slough nekrosis dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% merah
- Luka tampak terjadi infeksi dengan adanya slough dan nekrosis
- Hasil pemeriksaan GDS : 300 mg/dL
- Tampak klien sedih dan depresi saat menceritakan kondisi kakinya

ANALISA DATA

Nama : Ny. W
Diagnosis Medis: Ulkus Diabetikum
Tanggal : 20 Juli 2021

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	Data Subjektif : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan • Klien mengatakan lukanya terasa nyeri • Klien mengatakan nyeri muncul saat kaki digerakkan • P: Ulkus diabetikum, Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan S: 6 T: Tiba-tiba Data Obyektif: <ul style="list-style-type: none"> • TD : 140/100 mmHg N :88 x/menit RR: 22x/menit S: 36,0 C • Tampak klien meringis 	Agen pencedera fisik	Nyeri Akut (D.0077)
2.	Data Subjektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan klien mengalami depresi dan cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh Data Objektif <ul style="list-style-type: none"> • Tampak klien tegang • Haail tanda vital TD : 140/100 N :88x/menit RR :22x/menit S:36,0 	Ancaman terhadap konsep diri	Ansietas (D.0080)
3.	Data Subyektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu Data Objektif <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pemeriksaan GDS 300 mg/ dl 	Resistensi insulin	Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) (D.0027)
4.	Data Subyektif <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu Data Objektif	Neuropati Perifer	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129)

	<ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm • Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink 		
5.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan seperti luka klien mengalami infeksi karena ada nanahnya <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink • Luka tampak terjadi infeksi dengan adanya slough 	Penyakit kronis (DM)	Risiko Infeksi (D.0142)
6.	<p>Data Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil pemeriksaan GDS 300 mg/ dl • Terdapat luka ulkus diabetik pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm • Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink 	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

Prioritas Masalah

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri
3. Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin
4. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer
5. Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM)
6. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia

Rencana Tindakan Keperawatan

Nama : Ny. W
Diagnosis Medis: Ulkus Diabetikum
Tanggal : 20 Juli 2021

No.	Tanggal Ditemukan	Dignosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Merigis menurun 3. Gelisah Menurun 4. Tekanan Darah Membaik 5. Pola Tidur Membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1.5 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 1.7 Edukasi 1.8 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)
2.	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0080) Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama di harapkan maka tingkat Ansietas menurun dengan Kriteria hasil (L.09093): a. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun b. Perilaku tegang menurun c. Frekuensi nadi menurun d. Tekanan darah menurun	Reduksi Ansietas (I.09314) 2.1 Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 2.2 Ciptakan suasana terapuetik untuk menumbuhkan kepercayaan 2.3 Pahami situasi yang membuat ansietas 2.4 Dengarkan dengan penuh perhatian 2.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 2.6 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 2.7 Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang

				<p>Edukasi</p> <p>2.8 Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>2.9 Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>2.10 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>2.11 Latih teknik relaksasi</p>
3.	Selasa, 20 Juli 2021	Ketidaksabitan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan Kestabilan Kadar Glukosa Darah Meningkat dengan Kriteria Hasil : 1. Kesadaran Meningkat 2. Mengantuk Menurun 3. Pusing Menurun 4. Gemetar Menurun	<p>Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.12361)</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>Teraupetik</p> <p>3.2 Buat komitmen menjalani program pengobatan dengan baik</p> <p>3.3 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>3.4 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan</p>
4.	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0129) Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat dengan Kriteria Hasil : 1. Perfusi Jaringan Meningkat 2. Kerusakan Jaringan Menurun 3. Kerusakan Lapisan Kulit Menurun 4. Nyeri Menurun 5. Kemerahan Menurun	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau)</p> <p>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Teraupetik</p> <p>4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>4.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</p> <p>4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</p> <p>4.6 Bersihkan jaringan nekrotik</p> <p>4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu</p> <p>4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>4.10 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p>

				<p>4.11 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.12 Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>4.13 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p>
5.	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0142) Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 60 menit di harapkan maka tingkat infeksi menurun dengan Kriteria hasil (L.14137) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Sputum berwarna hijau menurun 	<p>Pencegahan Infeksi (I.08251)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1 Monitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.3 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.4 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5.5 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</p>
6.	Selasa, 20 Juli 2021	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 30 menit perfusi perifer pasien meningkat. Kriteria Hasil (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyembuhan luka cukup meningkat 2. Sensasi cukup meningkat 3. Edema perifer cukup menurun 4. Nekrosis cukup menurun 5. Kelemahan otot cukup menurun 	<p>Edukasi Diet (I.12369)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p> <p>6.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>6.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>6.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>Teraupetik</p> <p>6.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>6.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>6.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>6.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>6.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>6.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>6.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p>

				<p>6.12 Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan</p> <p>6.13 Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi</p>
--	--	--	--	--

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama : Ny. W

Diagnosis Medis: Ulkus Diabetikum

Tanggal : 20 Juli 2021 – 25 Juli 2021

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
Selasa 20 Juli 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan
10.00	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	S: 6 T: Tiba-tiba
10.05	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Klien tampak meringis
10.06	1.8 Mengajarkan teknik nafas dalam	Klien tampak rileks
10.08	2.1 Memonitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal)	Klien mengatakan klien mengalami depresi dan cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh, klien tampak tegang TD : 140/100mmHg N :88 x/menit RR: 22x/menit S: 36,0 C
10.15	2.2 Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	Klien kooperatif
10.20	2.3 Memahami situasi yang membuat ansietas 2.4 Mendengarkan dengan penuh perhatian	Klien yang cemas akan keadaan luka yang tak kunjung sembuh
10.25	3.7 Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan	Klien mengatakan kadang merasa bosan minum obat
10.30	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink dan sedikit berbau
10.35	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough
Kamis, 22 Juli 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan
15.00	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	S: 6 T: Tiba-tiba
15.03	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Klien tampak meringis
15.05	1.7 Mengajarkan teknik nafas	Klien mengatakan lebih rileks

	dalam untuk mengurangi nyeri	
15.10	2.1 Memonitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal)	Klien megatakan klien mengalami depresi dan cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh, klien tampak tegang
15.13	2.2 Menciptakan suasana terapuetik untuk menumbuhkan kepercayaan	Klien kooperatif
15.15	2.3 Memahami situasi yang membuat ansietas	Klien yang cemas akan keadaan luka yang tak kunjung sembuh
15.18	2.4 Mendengarkan dengan penuh perhatian	Klien tampak nyaman untuk bercerita
15.25	2.5 Menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	Klien kooperatif
15.30	2.8 Menjelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami	Klien kooperatif dan tampak memahami
15.35	2.10 Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	Klien tampak mengerti
	2.11 Melatih teknik relaksasi	Klien tampak lebih rileks dan tidak tegang
15.45	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink dan sedikit berbau
15.50	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough
15.53	5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi	Dengan teknik mencuci tangan 6 langkah
16.00	5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Klien kooperatif dan dapat memahami
	5.3 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Balutan luka telah dilepaskan
16.10	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Luka terlihat dibersihkan, bau berkurang, warna luka kuning kehijauan
16.15	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan nekrotik	Slough pada luka mulai berkurang
16.20	4.6 Membersihkan jaringan nekrotik	Menggunakan salep metcovazin
16.25	4.7 Memberikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa,plester)
16.30	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan
	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	

16.40	5.4 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	Klien dapat melakukannya dengan baik
16.45	5.5 Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi	Klien kooperatif dan dapat memahami
Sabtu 24 Juli 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk
16.00	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	R: kaki kanan S: 4 T: Tiba-tiba
16.03	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Klien tampak sedikit meringis
16.05	1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	Klien lebih rileks
16.07	3.2 Mengidentifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan	Klien mengatakan kadang merasa bosan minum obat
16.10	3.3 Mendiskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan	Lamanya pengobatan membuat klien jadi bosan
16.13	3.4 Melibatkan keluarga untuk mendukung program	Keluarga klien mengatakan keluarga mendukung pengobatan klien dan selalu memberikan semangat ke klien
16.20	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Luka mulai membaik dengan kondisi Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm berwarna 80% kuning kehijauan 20% pink dan sedikit berbau
16..22	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	Slough pada luka mulai berkurang
16.25	5.1 Memoonitor tanda dan gejala infeksi	
16.25	5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Dengan teknik mencuci tangan 6 langkah
16.30	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan luka telah dilepaskan
16.35	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	Luka telah dibersihkan, bau berkurang, warna luka kuning kehijauan
16.40	4.6 Membersihkan jaringan nekrotik	Slough pada luka mulai berkurang
16.45	4.7 Memberikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu	Menggunakan salep metcovazin
16.50	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa,plester)
	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan

Senin, 26 Juli 2021	1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri	P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan
10.00	1.2 Mengidentifikasi skala nyeri	S: 4 T: tiba-tiba
10.05	1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	Klien tampak meringis
10.06	1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri	Klien mengatakan lebih nyaman setelah teknik nafas dalam
10.10	4.1 Memonitor Karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau)	Luka mulai membaik dengan kondisi Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm berwarna 80% kuning kehijauan 20% pink dan sedikit berbau
10.13		Slough pada luka mulai berkurang
10.15	4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi	
10.20	5.1 Memoonitor tanda dan gejala infeksi	
10.25	5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Dengan teknik mencuci tangan 6 langkah
10.25	4.3 Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Balutan telah diepas
10.35	4.5 Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik	Luka telah dibersihkan
10.40	4.6 Membersihkan jaringan nekrotik	Slough pada luka mulai berkurang
10.45	4.7 Memberikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu	Menggunakan salep metcovazin
10.45	4.8 Memasang balutan sesuai jenis luka	Luka telah dibersihkan dan telah dipasang balutan lembab, balutan (bactigras, kasa,plester)
10.40	4.9 Memertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Dengan memakai hanscoon steril dan selalu mencuci tangan
10.50	5.5 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi	Klien Kooperatif dan dapat memahami
10.55	6.1Mengidentifikasi kemampuan pasien dan Keluarga	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet diabetes
10.58	6.3 Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu	Klien mengatakan pola makannya tidak seperti dulu yang banyak makan
11.00	6.4 Mengidentifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet DM
11.02	6.5 Mempersiapkan Materi, media dan alat peraga	Materi berupa leaflet
11.10	6.6 Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan	Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet DM
11.12		

11.15	6.7Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya	Klien dan keluarga tidak ada pertanyaan
11.20	6.8Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 6.9Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
11.23	6.10Menginformasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
11.27	6.11Menganjurkan mempertahankan posisi semi Fowlerr (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti
11.30	6.12Menganjurkan mengganti bahan makanan sesuai dengan diet yang diprogramkan 6.13 Menganjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi	Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti Klien dan keluarga dapat memahami dan mengerti

EVALUASI KEPERAWATAN

Nama : Ny. W

Diagnosis Medis: Ulkus Diabetikum

Tanggal : 20 Juli 2021 – 25 Juli 2021

Hari	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Selasa, 20 Juli 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan yang terdapat luka P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan S: 6 T: Tiba-tiba O: Ekspresi wajah klien tampak meringis TD : 140/100 mmHg N :88x/menit RR: 22x/menit S : 36,0 C A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri 1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri
	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)	<p>S : Klien megatakan klien mengalami depresi dan cemas terhadap kakinya yang tak kunjung sembuh O: Tampak klien sedih dan depresi saat menceritakan kondisi kakinya A: Masalah belum teratasi TD : 140/100 mmHg N :88x/menit RR: 22x/menit S : 36,0 C P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 2.2 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2.3 Pahami situasi yang membuat ansietas 2.4 Dengarkan dengan penuh perhatian 2.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 2.6 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 2.7 Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang 2.8 Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 2.9 Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 2.10 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 2.11 Latih teknik relaksasi

	<p>Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : Klien mengeluh lemah dan lesu O : Hasil pemeriksaan kadarglukosa darah 227 mg/dl A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 3.8 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan 3.10 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan 3.11 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan</p>
	<p>Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>S : Klien mengatakan adanya luka pada kaki kanan sejak 2 minggu yang lalu O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% merah A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4.6 Bersihkan jaringan nekrotik 4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu 4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	<p>Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM) (D.0142)</p>	<p>S : Klien mengatakan adanya luka pada kaki kanan sejak 2 minggu yang lalu O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% merah A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi 5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5.3 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5.4 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5.5 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>
	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)</p>	<p>S: Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu O : Hasil pemeriksaan GDS 300 mg/ dl Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 6.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga 6.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p>

		<p>6.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>6.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>6.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>6.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>6.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>6.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>6.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>6.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>6.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p>
Kamis, 22 Juli 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan yang terdapat luka</p> <p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p> <p>R: kaki kanan</p> <p>S: 6</p> <p>T: Tiba-tiba</p> <p>O: Ekspresi wajah klien tampak meringis</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p>
	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)	<p>S : Klien mengatakan lebih rileks</p> <p>O: •Klien kooperatif, Tampak klien rileks dan merasa nyaman , tidak tampak tegang</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk membuat klien lebih rileks</p>
	Ketidaksabitan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	<p>S : Klien mengatakan lemah lesu berkurang</p> <p>O : -</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.8 Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan</p> <p>3.10 Diskusikan hal-hal yang dapat mendukung atau menghambat berjalannya program pengobatan</p> <p>3.11 Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalankan</p>
	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)	<p>S : Klien mengatakan sepertinya lukanya mulai membaik</p> <p>O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm</p> <p>Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>

		<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4.6 Bersihkan jaringan nekrotik 4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu 4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
	Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM) (D.0142)	<p>S : -</p> <p>O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm</p> <p>Tampak luka terinfeksi dengan Kondisi luka tertutup slough dan berwarna 90% kuning kehijauan 10% pink</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi 5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5.3 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5.4 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5.5 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)	<p>S: Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>O : Hasil pemeriksaan GDS 300 mg/ dl</p> <p>Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga 6.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini 6.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 6.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan 6.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga 6.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 6.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 6.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 6.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 6.10Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu 6.11Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowlerr (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan
Sabtu, 24 Juli 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen	<p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang dan lebih rileks</p> <p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p>

	<p>pencedera fisiologis (D.0077)</p>	<p>R: kaki kanan S: 4 T: Tiba-tiba O: Tampak klien lebih rileks dan sedikit meringis A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi skala nyeri 1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p>
	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)</p>	<p>S : Klien mengatakan lebih rileks O: Klien kooperatif, Tampak klien rileks dan merasa nyaman , tidak tampak tegang A: Masalah teratasi P: Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam untuk membuat klien lebih rileks</p>
	<p>Ketidaksabitan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)</p>	<p>S : Klien mengatakan akan patuh dan rajin minum obat diabetes Gliquidone O : Tampak keluarga mendukung dan selalu memberi semangat ke klien A: Masalah teratasi P: Menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung pengobatan klien</p>
	<p>Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)</p>	<p>S : Klien mengatakan lebih nyaman dan rileks setelah teknik nafas dalam P: Ulkus diabetikum Q: Seperti tertusuk R: kaki kanan S: 4 T: tiba-tiba O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Tampak luka membaik dengan Kondisi luka slough berkurang menjadi 80% kuning kehijauan 20% Pink A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4.6 Bersihkan jaringan nekrotik 4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu 4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p>
	<p>Risiko Infeksi berhubungan</p>	<p>S : Klien mengatakan nanahnya mulai berkurang</p>

	dengan penyakit kronis (DM) (D.0142)	<p>O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Tampak luka membaik dengan Kondisi luka slough berkurang menjadi 80% kuning kehijauan 20% Pink</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>5.3 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5.4 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>5.5 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>
	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)	<p>S: Klien mengatakan luka tidak sembuh dan makin parah sejak 2 minggu yang lalu</p> <p>O : Hasil pemeriksaan GDS 300 mg/ dl Terdapat luka ulkus diabetikum pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>6.1 Identifikasi kemampuan pasien dan Keluarga</p> <p>6.2 Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini</p> <p>6.3 Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu</p> <p>6.4 Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan</p> <p>6.5 Persiapkan Materi, media dan alat peraga</p> <p>6.6 Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan</p> <p>6.7 Berikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya</p> <p>6.8 Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan</p> <p>6.9 Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang</p> <p>6.10 Informasikan kemungkinan interaksi obat dan makanan, jika perlu</p> <p>6.11 Anjurkan mempertahankan posisi semi Fowler (30 — 45 derajat) 20-30 menit setelah makan</p>
Senin, 26 Juli 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p>S : Klien mengatakan nyeri berkurang dan lebih rileks</p> <p>P: Ulkus diabetikum</p> <p>Q: Seperti tertusuk</p> <p>R: kaki kanan</p> <p>S: 4</p> <p>T: Tiba-tiba</p> <p>O: Tampak klien lebih rileks dan sedikit meringis</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Mengidentifikasi lokasi , karakteristik,durasi , frekuensi ,kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>1.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>1.3 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>1.7 Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</p>
	Ansietas berhubungan	<p>S : Klien kooperati dan merasa lebih rileks</p> <p>O: Tampak klien rileks</p>

	dengan ancaman terhadap konsep diri (D.0080)	A: Masalah teratasi P: Anjurkan pasien untuk mengontrol kecemasannya dengan teknik nafas dalam
	Ketidaksatabilan Kadar Glukosa Darah (Hiperglikemia) berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027)	S : Klien mengatakan akan patuh dan rajin minum obat diabetes Gliquidone O : Tampak keluarga mendukung dan selalu memberi semangat ke klien A: Masalah teratasi P: Menganjurkan keluarga untuk selalu mendukung pengobatan klien
	Gangguan Integritas Kulit / Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129)	S : Klien mengatakan lukanya mulai membaik tidak seperti kemaren O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Luka mulai membaik Slough pada luka mulai berkurang menjadi 70% kuning kehijauan dan 30% Pink A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 4.1 Monitor Karakteristik luka (mls. drainase, warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 4.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4.6 Bersihkan jaringan nekrotik 4.7 Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu 4.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 4.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
	Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (DM) (D.0142)	S : - O : Terdapat luka pada kaki kanan dengan P: 10 cm L: 5 cm dan kedalaman 2 cm Slough pada luka mulai berkurang menjadi 70% kuning kehijauan dan 30% Pink A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 5.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi 5.2 Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5.3 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5.4 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar 5.5 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi

	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Hiperglikemia (D.0009)</p>	<p>S: Klien dan keluarga mengatakan sedikit paham tentang diet diabetes Klien dan keluarga menjelaskan kembali materi yang disampaikan O : Tersedianya klien dan keluarga untuk mendengarkan edukasi tentang diet pada penderita diabetes Klien dan keluarga tampak paham dengan materi yang disampaikan A : Masalah belum teratasi P : Menganjurkan klien untuk menerapkan diet penderita diabetes</p>
--	--	---

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Diet penderita Diabetes Mellitus
Sub pokok Bahasan	: Perawatan pada pendrita asam urat
Sasaran	: 1. Keluarga Ny.S 2. Keluarga Tn.W
Tanggal & Jam Pelaksanaan	: 1. Selasa, 29 Juni 2021, Pukul 15.00 2. Senin, 26 Juni 2021, Pukul 11.00 WITA
Waktu	: 1 x 30 menit
Tempat	: 1. Rumah Ny.S Jl. Jendral Sudirman 2. Rumah keluarga
Pemateri	: Aulia Citra

A. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah dilakukan penyuluhan, diharapkan klien mampu memahami diet yang harus dilaksanakan oleh klien dan keluarga.

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah Setelah mengikuti pendidikan kesehatan selama 1 x 45 menit, diharapkan peserta dapat:

1. Menjelaskan pengertian diet
2. Menyebutkan 3 dari 5 penyebab Diabetes Melitus
3. Menyebutkan 3 dari 5 tanda dan gejala diabetes mellitus
4. Menyebutkan 3 dari 5 Pengobatan bagi penderita diabetes mellitus

5. Menyebutkan manfaat dari diet diabetes mellitus
6. Menyebutkan beberapa makanan yang bernutrisi
7. Menyebutkan makanan pantangan penderita diabetes

C. MATERI PENGAJARAN

1. Pengertian Diet Diabetes Melitus
2. Penyebab dari Diabetes Mellitus
3. Tanda dan gejala Diabetes Mellitus
4. Pengobatan bagi penderita Diabetes Mellitus
5. Manfaat dari diet Diabetes Melitus
6. Diet Diabetes yang benar
 - a. Mengonsumsi makanan yang bernutrisi
 - b. Atur Jumlah Kalori
 - c. Tentukan Jadwal Makan Teratur
 - b. Makanan Pantangan Penderita Diabetes

D. MEDIA PENGAJARAN

1. Materi Pengajaran
2. Leaflet

E. METODE PENGAJARAN

1. Ceramah
2. Diskusi / tanya jawab
- 3.

F. PELAKSANAAN KEGIATAN

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan peserta
----	-------	---------------------	------------------

1	5 menit	Pembukaan: 1. Memberi salam 2. Menjelaskan tujuan pembelajaran 3. Menyebutkan materi/pokok bahasayangakandisampaikan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan
2	20 menit	Pelaksanaan: Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur Materi : 1. Pengertian Diet Diabetes 2. Penyebab Diabetes Melitus 3. Tanda dan Gejala Diabetes Melitus 4. Pengobatan bagi penderita Diabetes Melitus 5. Manfaat dari diet Diabetes Melitus 6. Diet Diabetes yang benar a. Mengonsumsi makanan yang bernutrisi b. Atur Jumlah Kalori c. Tentukan Jadwal Makan Teratur d. Makanan Pantangan Penderita Diabetes	1. Menyimak dan memperhatikan
3	10 menit	Evaluasi : 1. Memberikan kesempatan pada keluarga untuk bertanya. 2. Menanyakan kembali pada keluarga tentangmateri yang telah diberikan. 3. Meminta pasien dan keluarga untuk menyebutkan kembali tentang Pengertian Diet Diabetes, Penyebab Diabetes Melitus, Tanda dan Gejala Diabetes Melitus, Pengobatan bagi penderita Diabetes Melitus, Manfaat dari diet Diabetes Melitus, Diet Diabetes yang benar, Mengonsumsi makanan yang bernutrisi, Atur Jumlah Kalori, Menentukan Jadwal Makan Teratur dan Makanan pantangan penderita diabetes.	1. Bertanya, dan menjawab pertanyaan 2. Menyebutkan kembali tentang Pengertian Diet Diabetes, Penyebab Diabetes Melitus, Tanda dan Gejala Diabetes Melitus, Pengobatan bagi penderita Diabetes Melitus, Manfaat dari diet Diabetes Melitus, Diet Diabetes yang benar, Mengonsumsi makanan yang bernutrisi, Atur Jumlah Kalori, Menentukan Jadwal Makan Teratur dan Makanan pantangan penderita diabetes.
4	3 menit	Penutup : Mengucapkan terimakasih danmengucapkan salam	Menjawab salam

G. EVALUASI

1. Evaluasi Struktur

- a) Kesepakatan dengan Pasien dan keluarga (waktu dan tempat)
- b) Kesiapan materi penyaji
- c) Tempat yang digunakan nyaman dan mendukung

2. Evaluasi Proses

- a) Keluarga bersedia ke tempat sesuai dengan kontrak waktu yang ditentukan.
- b) Anggota keluarga antusias untuk bertanya tentang hal-hal yang tidak diketahuinya.
- c) Anggota keluarga menjawab semua pertanyaan yang telah diberikan.
- d) Fasilitator dapat memfasilitasi jalannya penyuluhan.
- e) Dapat menjalankan peranannya sesuai dengan tugas.

3. Evaluasi Hasil

- a) Kegiatan penyuluhan berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
- b) Adanya kesepakatan antara keluarga dengan perawat dalam melaksanakan implementasi keperawatan selanjutnya.

H. MATERI PENYULUHAN

Diet Pada Pasien Diabetes Melitus

1. Pengertian Diet Diabetes Melitus

. Diabetes Mellitus adalah penyakit dimana kadar glukosa darah di atas atau dibawah rentang normal yaitu saat kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dl, atau kadar glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl.

Diet diabetes melitus adalah rancangan pola makan sehat untuk membantu mengontrol gula darah bagi penderita diabetes melitus. Dalam diet ini, diharuskan untuk mengonsumsi berbagai makanan yang paling sehat dalam porsi secukupnya dan mengacu pada jadwal makan rutin.

2. Penyebab DM

- a. Riwayat keluarga
- b. Usia
- c. Gaya hidup dan Stress
- d. Pola Makan
- e. Obesitas

3. Tanda dan gejala DM

- a. Peningkatan rasa haus
- b. Peningkatan rasa lapar
- c. Peningkatan pengeluaran urin
- d. Kelemahan
- e. Luka yang tidak sembuh-sembuh.

4. Pengobatan bagi penderita DM

- a. Terapi farmakologis (Obat Penurun Gula)
- b. Perubahan gaya hidup
- c. Penurunan berat badan
- d. Aktivitas fisik (Jalan kaki, Olahraga)
- e. Penyuluhan gizi dan Diet
- f. Melakukan pemantauan glukosa darah mandiri
- g. Melakukan perawatan kaki secara berkala

5. Manfaat dari Diet bagi penderita DM

- a. Mengontrol gula darah agar tetap dalam jangkauan normal untuk mengurangi risiko terjadinya komplikasi
- b. Memonitor asupan lemak dan menjaga tekanan darah untuk mencegah

penyakit kardiovaskular seperti hipertensi

- c. Meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan melalui kesehatan yang lebih baik.

6. Diet Diabetes yang benar

- a. Mengonsumsi makanan yang bernutrisi

Ada banyak makanan untuk penderita diabetes yang disarankan untuk dikonsumsi setiap hari agar gula darahnya terkontrol, yaitu:

- Sayur
- Buah-buahan
- Biji-bijian
- Daging tanpa lemak
- Ayam tanpa kulit
- Ikan
- Telur
- Susu rendah lemak

- b. Atur Jumlah Kalori

Kalori merupakan sumber energi bagi tubuh dan berasal dari sejumlah zat seperti karbohidrat, lemak, dan protein. Pada diet diabetes yang terpenting adalah memilih makanan dengan gizi seimbang.

- c. Tentukan Jadwal Makan Teratur

- 3 kali makan makanan berat (sarapan, makan siang, dan makan malam)
- 2 kali makan makanan ringan (di antara makan siang dan makan malam)

- d. Makanan Pantangan Penderita Diabetes

- Makanan yang mengandung lemak jenuh (daging, gorengan, kulit ayam, dll.)
- Makanan dan minuman yang mengandung banyak gula (permen, es krim, minuman bersoda, dll.)
- Makanan asin

DAFTAR PUSTAKA

- Anggit. (2017). *Hubungan Dukungan Keluarga pada Pasien dengan Diabetes Mellitus*. Fakultas Ilmu Kesehatan UMP.
- Isnaini, N., & Ratnasari, R. (2018). Faktor risiko mempengaruhi kejadian Diabetes mellitus tipe dua. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, 14(1), 59–68.
- Eliana, F. (2015). Penatalaksanaan DM Sesuai Konsensus Perkeni 2015. *SATELIT SIMPOSIUM 6.1 DM UPDATE DAN Hb1C*.
- Purwanto, H. (2016). *KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH II (Cetakam 1)*. PPSDM Kemenkes RI,.
- Rahmawati, Dina. *Ikuti Pola Diet Diabetes Ini Agar Gula Darah Tetap Terkendali*. SehatQ. Retrieved June 20, 2021, from <https://www.sehatq.com/artikel/informasi-seputar-diet-diabetes-mellitus-yang-wajib-anda-ketahui>

LAMPIRAN LEAFLET

DIET DIABETES YANG BENAR

a. Mengonsumsi makanan yang bernutrisi

- Sayur
- Buah-buahan
- Biji-bijian
- Daging tanpa lemak
- Ayam tanpa kulit
- Ikan
- Telur
- Susu rendah lemak

b. Atur Jumlah Kalori

Kalori merupakan sumber energi bagi tubuh dan berasal dari sejumlah zat seperti karbohidrat, lemak, dan protein. Pada diet diabetes yang terpenting adalah memilih makanan dengan gizi seimbang.

Apa Itu Diabetes Mellitus?

Diabetes Mellitus adalah penyakit dimana kadar glukosa darah diatas atau dibawah rentang normal yaitu saat kadar glukosa darah puasa ≥ 126 mg/dl, atau kadar glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dl.

Diet diabetes melitus adalah rancangan pola makan sehat untuk membantu mengontrol gula darah bagi penderita diabetes melitus.

Apa Penyebab Diabetes Mellitus?

- Riwayat keluarga
- Usia
- Gaya hidup dan Stress
- Pola Makan

c. Tentukan Jadwal Makan Teratur

- 3 kali makan makanan berat (sarapan, makan siang, dan makan malam)
- 2 kali makan makanan ringan (di antara makan siang dan makan malam)

d. Makanan Pantangan Penderita Diabetes

- Makanan yang mengandung lemak jenuh (daging, gorengan, kulit ayam, dll.)
- Makanan dan minuman yang mengandung banyak gula (permen, es krim, minuman bersoda, dll.)
- Makanan asin

Tanda Dan Gejala Diabetes Mellitus

- Obesitas
- Peningkatan rasa haus
- Peningkatan rasa lapar
- Peningkatan pengeluaran urin
- Kelemahan
- Luka yang tak kunjung sembuh

Pengobatan bagi penderita Diabetes Mellitus

- Terapi farmakologis (Obat Penurun Gula)
- Perubahan gaya hidup
- Penurunan berat badan
- Aktivitas fisik (Jalan kaki, Olahraga)
- Penyuluhan gizi dan Diet

DIET PENDERITA DIABETES MELLITUS



Oleh :
AULIA CITRA
P07220118069

DIII KEPERAWATAN KELAS
BALIKPAPAN
POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR
2021

- Melakukan pemantauan glukosa darah mandiri
- Melakukan perawatan kaki secara berkala

Manfaat dari Diet bagi penderita Diabetes Mellitus

- Mengontrol gula darah agar tetap dalam jangkauan normal untuk mengurangi risiko terjadinya komplikasi
- Memonitor asupan lemak dan menjaga tekanan darah untuk mencegah penyakit kardiovaskular seperti hipertensi
- Meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan melalui kesehatan yang lebih baik..

Dokumentasi Tindakan

Pasien 1



Pasien 2



Lampiran



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM

PRODI D-III KEPERAWATAN








LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Aulia Citra
NIM : P07220118069
PEMIMBING I : Ns. Rus Andraini, A.Kp, MPH
PEMBIMBING II : Ns. Asnah, S.Kep, M.Pd

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	Jumat 12 februari 2021	Arahan mengenai Proposal	<ul style="list-style-type: none">- LBM harus ada tentang masalahnya dan data pendukung- Cari pasien terlebih dahulu dikitar lingkungan rumah	✓ 	
2.	Sabtu 20 februari 2021	Judul, Bab 1,2,3 Proposal	<ul style="list-style-type: none">- Judul diperbaiki, jika mengenai homecare harus ditulis di judul.- Perbaiki penulisan sesuai Jurnil.- manukhan peran perawat dalam homecare pada LBM- Pada Bab 2, dimasukkan konsep homecare.- Perbaiki kata pengantar, lembar perchejuda, Bab 1,2,3.	✓ 	
3.	Jumat 16 April 2021	Proposal	<ul style="list-style-type: none">- Lihat Jurnil kembali.- Perbaiki redaksi penulisan- perbaiki kata pengantar dan judul	✓ 	

4.	Jumat 28 Mei 2021	Kelanjutan Penelitian	<ul style="list-style-type: none"> - Penelitian dilanjutkan sambil berjalannya revisi proposal. - Askep bulean menggunakan askep kmg tetapi askep homecare. - Judul KTI bisa dirubak jika kedua pasien tidak berada di awal Penelitian - Selesaikan dengan Junis. 	✓	
5	Senin, 12 Juli 2021	Patient kelolaan Bab 4:5.	<ul style="list-style-type: none"> - Segera selesaikan pasien kelolaan - Implementasi bisa dilakukan melalui via Whatsapp. 	✓	
6	Selasa 24 Juli 2021	Bab 4 dan 5.	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki tabel. - Buat interpretasi data - Buat pembahasan. - Pembahasan gambaran lokasi penelitian. 	✓	
7.	Rabu 4 Agustus 2021	KTI Lengkap.	<ul style="list-style-type: none"> - Bab 4 dan pembahasan membahas tentang pengujian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi - Lengkapi lampiran. - Penulisan diperbaiki kembali. 	✓	
8.	Kamis 6 Maret 2021	Judul dan Bab 1	<ul style="list-style-type: none"> - Judul disesuaikan pilih homecare / keluarga - Selesaikan Bab 1, 2 dan 3. 	✓	

9	Jumat 16 April 2021	Proposal	<ul style="list-style-type: none"> - Mipendalami (dipahami) konsep homecare. - Peran perawat homecare di LBM ditambahkan. 		✓ D.
10	Senin 07 Juni 2021	Formar Askep.	<ul style="list-style-type: none"> - sesuai dengan penelitian jadi harus menggunakan askep ^{bukan} LBM, tetapi askep homecare. - referensi format askep homecare dilibat di buku Andi Parellang; harus mengetik ulang. 		✓ D.
11	Selasa 03 Agustus 2021	KTI Lunggu.	<ul style="list-style-type: none"> - Bab 4 dan Pembahasan membahas tentang pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi. - lengkapi lampiran. - Penulisan diperbaiki kembali. 		✓ D.

Ketua Program Studi D III Keperawatan
PoltekkesKemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis AG, M. Kep

NIP : 19680329199402200