

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ULKUS**  
**DIABETIKUM DI RSUD dr. KANUDJOSO DJATIWIBOWO**  
**BALIKPAPAN TAHUN 2021**



**Oleh :**

**NUR APSARI**  
**P07220118097**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEPERAWATAN**  
**PRODI DIII KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**  
**2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ULKUS  
DIABETIKUM DI RSUD dr. KANUDJOSO DJATIWIBOWO  
BALIKPAPAN TAHUN 2021**

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



Oleh :

**NUR APSARI**  
**P07220118097**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN  
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI DIII KEPERAWATAN  
SAMARINDA  
2021**

## **SURAT PERNYATAAN**

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

Samarinda, 28 Juli 2021

Yang menyatakan



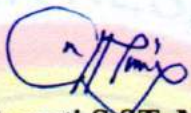
**Nur Apsari**  
**NIM. P07220118097**

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**

**UNTUK DIAJUKAN  
TANGGAL 28 Juli 2021**

Oleh

Pembimbing



**Ns. Nurhayati, S.ST, M.Pd**

**NIDN. 4024016801**

Pembimbing Pendamping



**Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd**

**NIDN.4020027901**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

**Ns. Andi Lis AG, M.Kep**

**NIP. 196803291994022001**



## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Ulkus Diabetikum di

RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo

Balikpapan Tahun 2021

Telah diuji

Pada tanggal 28 Juli 2021

### PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

**Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd**

**NIDN. 400804047301**

  
(.....)

Penguji Anggota :

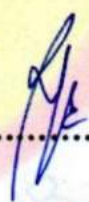
**1. Ns. Nurhayati, S.ST.,M.Pd**

**NIDN. 4024016801**

  
(.....)

**2. Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST.,M.Pd**

**NIDN. 4020027901**

  
(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ketua Prodi D-III Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kaltim

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

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



## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### A. Data Diri

1. Nama : Nur Apsari
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 20 Agustus 2000
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Arjuna rt.55 no.35, Gunung Polisi

### B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 003 Balikpapan Utara
2. SMPN 4 Balikpapan Barat
3. Madrasah Aliyah Negeri Balikpapan Kota
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2018 sampai sekarang.

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanallahu Wa Ta'ala dan salam selalu tercurahkan kepada bimbingan nabi kita Salallahu'alaihi Wasalam, atas berkat dan Karunia-Nya telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021”.

Adapun tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang ditekankan pada aspek Asuhan Keperawatan dengan Ulkus Diabetikum untuk memperoleh gelar Ahli madya keperawatan.

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

1. Dr. H.Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Aming G,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 Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Ns. Nurhayati, S.ST.,M.Pd, selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingannya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST.,M.Pd, selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingannya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik
7. Ayahanda dan ibunda tersayang yang selalu mendo'akan saya tanpa henti, mendukung serta memberikan semangat dan motivasi sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
8. Teman-teman angkatan ke-7 Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan yang selalu mendukung dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Samarinda, 28 Juli 2021

Penulis

Nur Apsari



## ABSTRAK

### “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ULKUS DIABETIKUM DI RSUD dr. KANUDJOSO DJATIWIOWO BALIKPAPAN TAHUN 2021”

**Pendahuluan :** Ulkus diabetikum merupakan komplikasi yang sulit diatasi karena oksigen dan sel darah putih sulit mencapai jaringan. Salah satu penyebab dari ulkus diabetikum adalah penurunan sirkulasi perifer yang sangat dipengaruhi oleh tingginya kadar glukosa darah dan berhubungan erat dengan penyakit arterial perifer. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami secara mendalam asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil satu kasus sebagai unit analisis. Unit analisis adalah pasien dengan ulkus diabetikum yang dirawat di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur. Metode pengumpulan data adalah wawancara, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Instrumen pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan.

**Hasil dan Pembahasan :** Berdasarkan Analisa data di dapatkan kesamaan dan kesenjangan. Perbedaan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien 1 yaitu deficit nutrisi, sedangkan pada pasien 2 yaitu risiko jatuh. Perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung. Evaluasi dilakukan secara langsung baik formatif maupun sumatif.

**Kesimpulan dan Saran :** Dari hasil penelitian ini diharapkan perawat dapat meningkatkan kemampuan dalam melakukan asuhan keperawatan secara professional dan komprehensif.

**Kata kunci :** Ulkus diabetikum, asuhan keperawatan

## DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR BAGAN .....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
BAB II.....	7
A. Konsep Medis .....	7
1. Definisi .....	7
2. Anatomi Fisiologi.....	8
3. Klasifikasi.....	12

4. Etiologi .....	14
5. Patofisiologi dan Pathway .....	15
6. Tanda dan Gejala .....	20
7. Pemeriksaan penunjang .....	20
8. Penatalaksanaan Medis.....	22
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	24
1. Pengertian Masalah Keperawatan .....	24
2. Komponen Masalah Keperawatan.....	24
C. Konsep Asuhan Keperawatan .....	31
1. Pengkajian .....	31
2. Diagnosa Keperawatan.....	34
3. Perencanaan Keperawatan .....	35
4. Implementasi Keperawatan.....	50
5. Evaluasi Keperawatan.....	51
BAB III .....	52
A. Pendekatan (Desain Penelitian).....	52
B. Subyek Penelitian.....	52
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	53
D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	54
E. Prosedur Penelitian.....	54
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	54
G. Keabsahan Data.....	55
H. Analisis Data .....	55
BAB IV .....	57
A. Hasil .....	57

B. Pembahasan.....	107
BAB V.....	125
A. Kesimpulan .....	125
B. Saran.....	126
DAFTAR PUSTAKA .....	128

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Diabetes Melitus .....	7
Gambar 2.2 Anatomi Fisiologi Pankreas .....	8
Gambar 2.3 Klasifikasi Ulkus Diabetikum Menurut Meggit-Wagner .....	14

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Ulkus Diabetikum .....	19
--	----



## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 .....	57
Tabel 4.2 .....	62
Tabel 4.3 .....	68
Tabel 4.4 .....	69
Tabel 4.5 .....	70
Tabel 4.6 .....	71
Tabel 4.7 .....	75
Tabel 4.8 .....	76
Tabel 4.9 .....	79
Tabel 4.10 .....	93
Table 4.11 .....	99

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1      Lembar Konsul

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pancreas tidak memproduksi insulin yang cukup atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan. Insulin adalah hormone yang mengatur gula darah. Hiperglikemia atau gula darah yang meningkat, merupakan efek umum dari diabetes yang tidak terkontrol dan dari waktu ke waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak system tubuh, khususnya saraf dan pembuluh darah (WHO, 2020).

Kondisi hiperglikemia yang meningkat dapat menjadi tempat berkembangnya bakteri pathogen anaerob karena plasma darah penderita yang tidak terkontrol dengan baik dan mempunyai kekentalan (viskositas) yang tinggi yang mengakibatkan aliran darah menjadi lambat dan menyebabkan suplai oksigen menjadi berkurang (Veranita, 2016).

Menurut *Internasional Diabetes Federation* tahun 2017 sebanyak 463 juta orang dewasa di dunia menyandang diabetes dengan prevelensi global mencapai 9,3%. Di Asia Tenggara pada tahun 2014, terdapat 8,6% penderita diabetes. Indonesia merupakan negara ke 6 penderita diabetes melitus terbesar di dunia setelah Cina, India, Amerika Serikat, Brazil, dan Mexico dengan 10,3 juta penderita.

Untuk hasil prevalensi diabetes melitus di Kalimantan Timur terdapat sebanyak 2,3%. Data Dinas Kesehatan Kota Balikpapan tahun 2019 pada penyakit diabetes melitus terdapat sebanyak 6.869 jiwa untuk kasus baru dan 11.530 jiwa untuk kasus lama.

Peningkatan kadar glukosa darah pada penderita diabetes melitus dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain berat badan berlebih atau obesitas, aktivitas fisik yang rendah, riwayat orang tua, etnik diabetes gestasional, hipertensi, trigliserida tinggi dan memiliki riwayat penyakit kardiovaskuler. Apabila peningkatan kadar glukosa darah ini berlangsung dalam waktu yang lama dan tidak ditangani dengan baik, hal ini dapat menyebabkan komplikasi yaitu neuropati, retinopati diabetik, penyakit kardiovaskuler, nefropati diabetik, dan ulkus diabetikum (Risnasari, 2014).

Ulkus diabetikum adalah luka yang dialami oleh penderita diabetes melitus pada area kaki dengan kondisi luka mulai dari luka superficial, nekrosis kulit, sampai luka dengan ketebalan penuh, yang dapat meluas ke jaringan lain seperti tendon, tulang dan persendian. Jika ulkus dibiarkan tanpa penatalaksanaan yang baik akan mengakibatkan infeksi atau gangren (Setiyawan, 2016).

Ulkus diabetikum merupakan komplikasi yang sulit diatasi karena oksigen dan sel darah putih sulit mencapai jaringan. Salah satu penyebab dari ulkus diabetikum adalah penurunan sirkulasi perifer yang sangat dipengaruhi oleh tingginya kadar glukosa darah dan berhubungan erat

dengan penyakit arterial perifer. Sehingga terjadi masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif yang mengakibatkan penyembuhan luka menjadi sangat lambat (Fitria, 2017).

Peran perawat dalam penanganan ulkus diabetikum adalah untuk mencegah terjadinya infeksi, mengurangi komplikasi akibat pembedahan, mempercepat penyembuhan dan mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin. Upaya komprehensif yang dapat dilakukan untuk mempercepat penyembuhan ulkus terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi, mengatasi penyakit penyerta (komorbid), status gizi dan nutrisi, kadar glukosa darah, vaskularisasi perifer. Sedangkan untuk faktor eksternal meliputi, kontrol infeksi, perawatan luka dan pemilihan *dressing* yang tepat (Langi, 2011).

Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dituntut untuk melakukan pengkajian secara komprehensif, menegakkan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi, melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan serta melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan. Selain itu perawat juga harus melakukan perawatan luka untuk membantu proses penyembuhan dan mencegah komplikasi (Yuniarti, 2014).

Solusi yang dapat dilakukan oleh seorang perawat yaitu dengan memberikan edukasi kepada penderita diabetes melitus tentang perawatan luka guna mencegah tindakan amputasi dan penerapan diet berupa

pengaturan makan terutama pada gula yang bertujuan untuk membantu meningkatkan kualitas hidup dan mempertahankan kadar gula darah normal sehingga angka kesembuhan meningkat. (Widodo, 2013). Hal ini sesuai dengan penelitian (Rahman, 2020) bahwa, dengan edukasi perawatan luka pada penderita ulkus diabetikum dapat memberikan pemahaman kepada klien sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan.

Berdasarkan data yang didapat dari Rumah Sakit Umum Daerah Kanudjoso Djatiwibowo di ruang Flamboyan B pada bulan februari sampai mei terdapat 13 kasus penderita diabetes melitus dengan ulkus diabetikum.

Sehingga dari uraian yang telah dijelaskan diatas, saya mahasiswi Diploma Tiga tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021?



### **C. Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan penulisan karya tulis ini adalah :

1. Tujuan umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan kasus Ulkus Diabetikum secara rinci dan mendalam yang ditekankan pada aspek Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

2. Tujuan khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Ulkus Diabetikum
- b. Menegakkan diagnose keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum
- d. Melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum
- e. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum

#### **D. Manfaat Penelitian**

Manfaat penelitian karya ilmiah ini adalah :

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

2. Bagi Tempat Penelitian.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam mengembangkan ilmu keperawatan dan dapat melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Medis**

##### **1. Definisi**



Gambar 2.1 Diabetes Melitus

Diabetes melitus adalah gangguan metabolisme yang secara genetik dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat, jika telah berkembang penuh secara klinis maka diabetes mellitus ditandai dengan hiperglikemia puasa dan postprandial, aterosklerosis dan penyakit vaskular mikroangiopati (Fatimah, 2015).

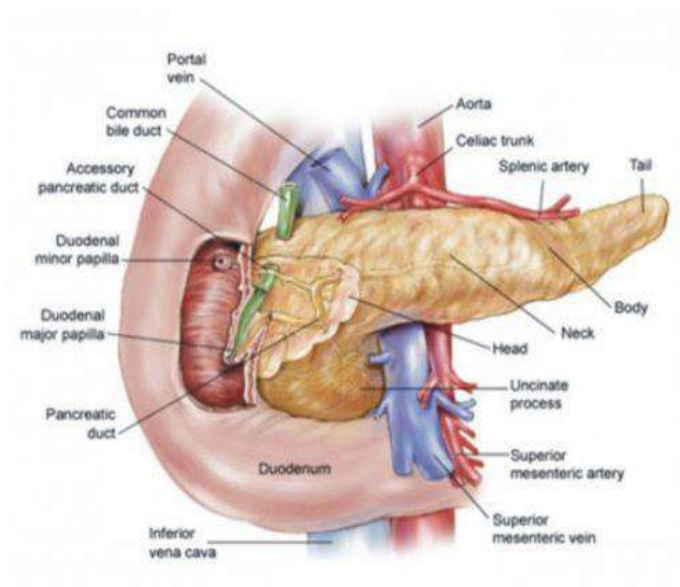
Ulkus adalah luka yang terbuka pada permukaan kulit atau selaput lender. ulkus diabetic adalah luka yang disebabkan akibat kurang kuatnya elastisitas kulit yang disebabkan oleh gangrene pada

kulit dari reaksi kadar gula sehingga menimbulkan rusaknya jaringan kulit dan terjadinya ulkus pada penderita Diabetes Melitus (Sari, 2017).

Ulkus diabetik adalah salah satu bentuk komplikasi kronik diabetes melitus berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai kematian jaringan setempat. Ulkus diabetic merupakan suatu kondisi kerusakan jaringan kulit yang dimulai dari epidermis, dermis, jaringan subkutan dan dapat menyebar ke jaringan yang lebih dalam, seperti tulang dan otot (Yunus, 2014).

## 2. Anatomi Fisiologi

### a. Anatomi Pankreas



Gambar 2.2 Anatomi Fisiologi

Pankreas adalah sekumpulan kelenjar yang panjangnya kira-kira 15 cm, lebar 5 cm dan beratnya rata-rata 60-90 gram, dihubungkan oleh saluran ke duodenum.

### 1) Bagian-bagian pankreas

- a) Kepala pankreas : bagian yang paling lebar, terletak di sebelah kanan rongga abdomen dan didalam lekukan duodenum yang praktis melingkarinya.
- b) Badan pankreas : bagian utama pada organ ini, letaknya di belakang lambung dan di depan vertebrata lumbalis pertama.
- c) Ekor pankreas : bagian runcing disebelah kiri dan berdekatan/menyentuh limpa.

### 2) Saluran pankreas

Pada pankreas terdapat dua saluran yang mengalirkan hasil sekresi pankreas ke dalam duodenum, yaitu :

- a) *Ductus Wirsung*, yang Bersatu dengan *ductus chole*, kemudian masuk ke dalam duodenum melalui *sphincter oddi*.
- b) *Ductus Sarttonni*, yang lebih kecil langsung masuk ke dalam duodenum di sebelah atas *sphincter oddi*.

### 3) Pulau Langerhans

- a) Sel alfa, jumlahnya sekitar 20-40%, memproduksi glucagon.
- b) Sel beta, jumlahnya sekitar 60-80%, memproduksi insulin.
- c) Sel delta, jumlahnya sekitar 5-15%, memproduksi somatostatin.

### b. Fisiologi Pankreas

Pankreas berfungsi sebagai organ endokrin dan eksokrin.

### 1) Fungsi eksokrin pankreas ( asinar )

Getah pankreas mengandung enzim-enzim untuk pencernaan. Getah pankreas juga mengandung ion bikarbonat dalam jumlah besar, yang memegang peranan penting dalam menetralkan timus asam yang dikeluarkan oleh lambung ke dalam duodenum.

Enzim-enzim proteolitik adalah tripsin, kamotripsin, karboksi, peptidase, ribonuklease, deoksiribonuklease. Tiga enzim pertama memecahkan keseluruhan dan secara parsial protein yang dicernakan, sedangkan nuclease memecahkan kedua jenis asam nukleat, asam ribonukleat dan deoksinukleat.

Enzim pencernaan untuk karbohidrat adalah amylase pankreas, yang menghidrolisis pati, glikogen dan sebagian besar karbohidrat lain kecuali selulosa untuk membentuk karbohidrat, sedangkan enzim-enzim untuk pencernaan lemak adalah lipase pankreas yang menghidrolisis lemak netral menjadi gliserol, asam lemak dan kolesterol esterase yang menyebabkan hidrolisis ester-ester kolesterol.

Produk gabungan sel-sel asinar mengalir melalui duktus pankreas, yang menyatu melalui duktus empedu komunis dan masuk ke deudenum dititik ampula hepato pankreas. Getah pankreas ini dikirim kedalam deudenum melalui duktus pankreatikus, yang bermuara pada papila vateri yang terletak



pada dinding deudenum. Pankreas menerima darah dari arteri pankreatika dan mengalirkan darahnya ke vena kava inferior melalui vena pankreatika.

## 2) Fungsi endokrin pankreas.

Fungsinya sebagai organ endokrin didukung oleh pulau-pulau langerhans. Pulau-pulau langerhans terdiri dari tiga jenis sel yaitu :

### a) Sel $\alpha$ (alpha) yang menghasilkan glukagon

Dalam meningkatkan kadar gula darah, glukagon merangsang glikogenolisis (pemecahan glukogen menjadi glukosa) dan meningkatkan transportasi asam amino dari otot serta meningkatkan glukoneogenesis (Pemecahan glukosa dari yang bukan karbohidrat). Dalam metabolisme lemak, glukagon, meningkatkan lipolisis ( Pemecahan lemak ).

### b) Sel $\beta$ (betha) yang menghasilkan insulin

Insulin sebagai hormon anabolik terutama akan meningkatkan difusi glukosa melalui membran sel jaringan. Efek metabolik penting lainnya dari hormon insulin adalah sebagai berikut :

I. Efek pada hepar : meningkatkan sintesa dan penyimpanan glukosa, menghambat glikogenolisis, glukoneogenesis

dan ketogenesis, meningkatkan sintesa trigliserida dari asam lemak bebas dihepar.

II. Efek pada otot : meningkatkan sintesa protein meningkatkan tranportasi asam amino, meningkatkan glikogenesis.

III. Efek pada jaringan lemak : meningkatkan sintesa trigliserida dari asam lemak bebas, meningkatkan penyimpanan trigliserida, menurunkan lipolisis.

c) Sel delta yang menghasilkan somatostatin namun fungsinya belum jelas diketahui.

Hasil dari sistem endokrin ini langsung dialirkan kedalam peredaran darah dibawa ke jaringan tanpa melewati duktus untuk membantu metabolisme karbohidrat

### 3. Klasifikasi

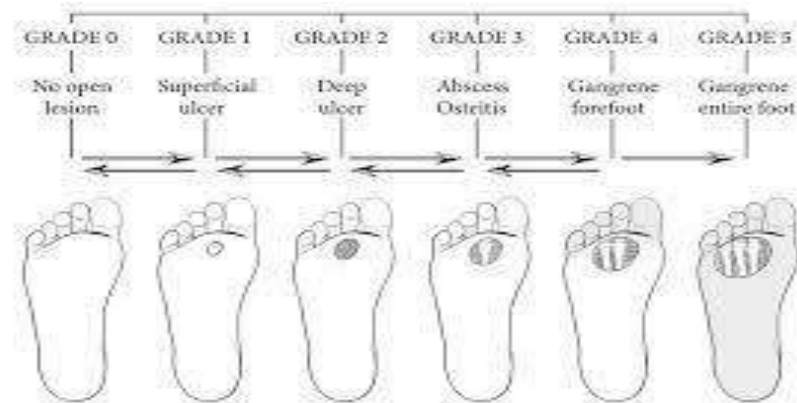
Klasifikasi ulkus sangat dibutuhkan untuk mengetahui lesi yang sedang diobati, mempelajari hasil pengobatan dan dapat memberikan pemahaman tentang ulkus diabetikum. System klasifikasi yang paling banyak digunakan untuk menentukan derajat ulkus diabetikum adalah klasifikasi menurut Meggit-Wagner.

Klasifikasi Meggit-Wagner dikembangkan pada tahun 1970-an dan dianjurkan oleh *International Working Group on Diabetic Foot*

(*IWGDF*). Dengan klasifikasi ini akan dapat ditentukan kelainan yang dominan, vascular, infeksi, atau neuropatik (Kartika, 2017).

Klasifikasi ulkus diabetikum menurut Meggit-Wagner dalam (Muhartono, 2017), yaitu :

- a. Derajat 0 : tidak ada ulserasi, tetapi berisiko terjadi neuropati sensorik yang ditandai dengan kulit kering
- b. Derajat 1 : terdapat tanda-tanda seperti pada grade 0 dan menunjukkan terjadinya neuropati sensori perifer dengan ditandai adanya lesi kulit terbuka
- c. Derajat 2 : terdapat tanda-tanda pada grade 1 dan ditandai dengan adanya lesi kulit yang membentuk ulkus
- d. Derajat 3 : ulkus dalam disertai kelainan kulit dan abses luas yang dalam
- e. Derajat 4 : ditandai dengan adanya gangrene pada satu jari atau lebih
- f. Derajat 5 : ditandai dengan adanya lesi/ulkus dengan gangrene diseluruh kaki



Gambar 2.3 Klasifikasi Ulkus Diabetikum Menurut Meggit-Wagner

#### 4. Etiologi

Pada penderita diabetes melitus pengaturan system kadar gula darah terganggu, insulin tidak cukup mengatasi dan akibatnya kadar gula dalam darah bertambah tinggi. Peningkatan kadar glukosa darah akan menyumbat seluruh system energi dan tubuh berusaha kuat mengeluarkannya melalui ginjal. Peningkatan kadar gula dalam darah sangat cepat pula karena insulin tidak mencukupi jika ini terjadi, maka terjadilah diabetes mellitus yang jika dibiarkan secara terus-menerus dapat menyebabkan komplikasi salah satunya ulkus diabetikum.

Adapun etiologi Ulkus Diabetikum adalah sebagai berikut :

##### a. Neuropati

Hal ini disebabkan karena peningkatan kadar gula darah yang lama sehingga menyebabkan kelainan vaskuler dan metabolic. Hal ini menyebabkan penurunan sensasi perifer yang dapat mengakibatkan pasien memiliki risiko yang lebih tinggi untuk

mendapatkan cedera ringan tanpa disadari sampai berubah menjadi suatu ulkus.

b. Vaskulopati

Keadaan hiperglikemi mengakibatkan disfungsi dari sel-sel endotel dan abnormalitas pada arteri perifer.

c. Immunopati

Sistem kekebalan atau imunitas pada pasien DM mengalami gangguan (compromise) sehingga memudahkan terjadinya infeksi pada luka. Pada telapak kaki banyak terdapat jaringan lunak yang rentan terhadap infeksi.

## 5. Patofisiologi dan Pathway

Diabetes Mellitus (DM) merupakan kelainan metabolisme yang disebabkan oleh terjadinya kerusakan pada sel-sel  $\beta$  pulau Langerhans dalam kelenjar pankreas, sehingga hormon insulin disekresikan dalam jumlah yang sedikit, bahkan tidak sama sekali. Diabetes mellitus juga dapat disebabkan oleh terjadinya penurunan sensitifitas reseptor hormon insulin pada sel.

Metabolisme adalah proses pembentukan energi di dalam tubuh. Dalam proses metabolisme insulin memegang peranan penting yaitu bertugas memasukkan glukosa ke dalam sel, untuk selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan bakar. Insulin adalah suatu zat atau hormone yang disekresikan oleh sel-sel beta yang salah satu dari empat tiap sel dalam pulau-pulau langerhans pankreas. Insulin diumpamakan sebagai

anak kunci yang dapat membuka pintu masuknya glukosa ke dalam sel, untuk kemudian di dalam sel glukosa itu dioksidasi menjadi energi atau tenaga. Pada diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Disamping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia postprandial (sesudah makan). Tidak adanya insulin disebabkan oleh reaksi autoimun yang disebabkan karena adanya peradangan di sel beta pankreas. Ini menyebabkan timbulnya reaksi antibodi terhadap sel beta yang disebut ICA (Islet Cell Antibody). Reaksi antigen dengan antibodi yang ditimbulkan menyebabkan hancurnya sel beta.

Menurut Brunner and Suddarth (2013), apabila konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar. Akibatnya, glukosa tersebut muncul dalam urine (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan ke dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat



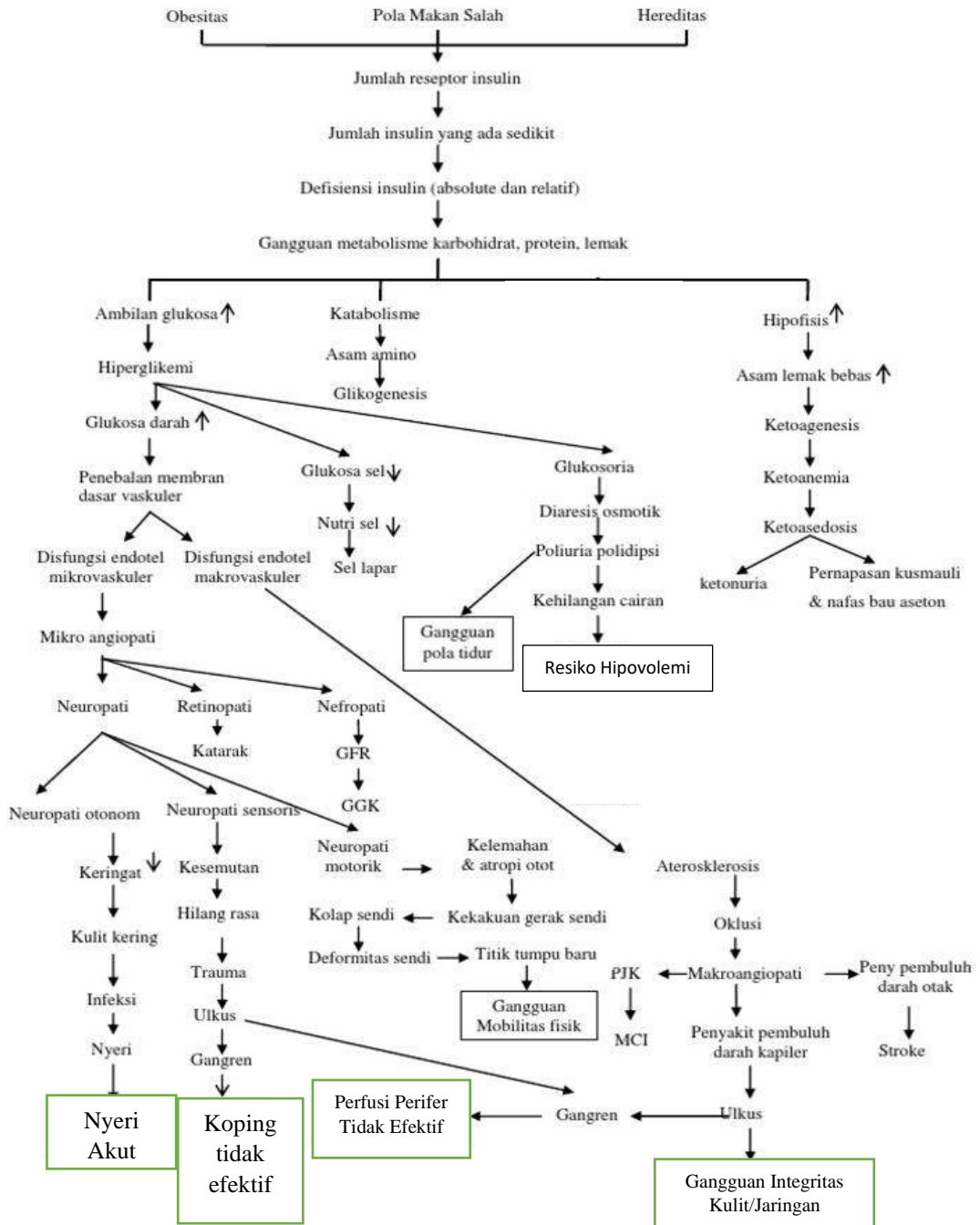
mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan.

Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam–asam amino serta substansi lain). Namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam–basa (penurunan pH) tubuh apabila jumlahnya berlebihan. Keadaan ini disebut asidosis metabolic yang diakibatkannya dapat menyebabkan tanda–tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual, muntah, hiperventilasi, nafas berbau aseton, dan bila tidak ditangani akan menimbulkan perubahan kesadaran, koma, bahkan kematian.

Pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu reaksi dalam metabolisme glukosa dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Meskipun terjadi

gangguan sekresi insulin, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II.

WOC Ulkus Kaki Diabetes



Bagan 2.1 Pathway Ulkus Diabetikum

## 6. Tanda dan Gejala

Menurut (Maryunani, 2013), tanda dan gejala ulkus diabetic dapat dilihat dari beberapa stadium antara lain :

- a. Stadium I : menunjukkan tanda asimtomatis atau gejala tidak khas
- b. Stadium II : menunjukkan klaudikasio intermitten (jarak tempuh menjadi pendek)
- c. Stadium III : menunjukkan nyeri saat istirahat
- d. Stadium IV : menunjukkan kerusakan jaringan karena anoksia (nekrosis, ulkus)

Sedangkan menurut (Michael Dansinger, 2019) tanda dan gejala ulkus diabetic adalah :

- a. Perubahan warna kulit
- b. Perubahan suhu pada kulit
- c. Pembengkakan pada kaki atau pergelangan kaki
- d. Rasa sakit di kaki
- e. Luka terbuka pada kaki yang lambat sembuh
- f. Kapalan
- g. Kuku kaki yang tumbuh kedalam yang terinfeksi oleh jamur
- h. Kulit kering khususnya daerah tumit
- i. Bau kaki yang tidak biasa atau menetap

## 7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Arora (2007: 15), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan meliputi 4 hal yaitu:

a. Postprandial

Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka diatas 130 mg/dl mengindikasikan diabetes.

b. Hemoglobin glikosilat

Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilai kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi 6,1% menunjukkan diabetes.

c. Tes toleransi glukosa oral

Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 gr gula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normal dua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.

d. Tes glukosa darah dengan finger stick

Yaitu, jari ditusuk dengan sebuah jarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan kedalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan dirumah.

Selain 4 pemeriksaan penunjang yang sudah dijelaskan diatas, dapat juga dilakukan pemeriksaan penunjang untuk ulkus diabetikum, yaitu :

a. *Screening*

*Screening* termudah yang dapat dilakukan adalah menanyakan kepada klien perihal adanya gejala neuropati seperti

mati rasa, sensasi geli, kesemutan, dan rasa panas pada kaki. Dan selanjutnya melakukan test untuk neuropati sensori.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada kaki dilakukan untuk memeriksa adanya kapalan, thrombosis vena dalam dan trauma. Umumnya terjadi kemerahan, peningkatan suhu, dan pembengkakan pada kaki dan atau pergelangan kaki yang dapat bertahan selama sehari-hari, berminggu-minggu, bahkan berbulan-bulan (Andrew J.M. Boulton, 2018).

c. Kultur pus

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

## **8. Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan ulkus diabetikum harus dilakukan sesegera mungkin guna meningkatkan angka kesembuhan dan mencegah terjadinya amputasi. Komponen paling penting dalam manajemen ulkus diabetikum adalah :

a. Debridement

Debridement luka yaitu tindakan pengangkatan jaringan nekrotis secara keseluruhan serta kalus di sekitar luka yang dapat menghambat proses penyembuhan luka. Tindakan ini membantu pembentukan granulasi jaringan, reepitelisasi dan mengurangi tekanan plantar di daerah kaki yang terdapat kapalan.

Debridement juga berperan penting dalam pengendalian infeksi luka, karena jaringan yang mati menjadi nidus untuk perkembangbiakan bakteri. Jaringan mati juga menjadi penghalang fisik untuk antibiotik dan menjadi pembatas respon imun untuk melawan bakteri (Everett, 2018).

b. Kendali metabolic

Kendali metabolic yang dimaksud adalah seperti pengendalian kadar glukosa darah, lipid, albumin, hemoglobin, dan sebagainya.

c. Kendali vaskuler

Kendali vaskuler seperti perbaikan asupan vaskuler (dengan operasi), biasanya dibutuhkan pada keadaan ulkus iskemik.

d. Kendali infeksi

Terlihat tanda-tanda klinis infeksi maka harus diberikan pengobatan infeksi.

e. Kendali luka

Pembuangan jaringan terinfeksi dan nekrosis secara teratur dengan konsep TIME menurut (PERKENI, Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia, 2019) adalah sebagai berikut :

- a) *Tissue debridement* : mengangkat jaringan mati dari luka
- b) *Inflammation and infection control* : kontrol infeksi dan inflamasi
- c) *Moisture balance* : menjaga keseimbangan kelembaban

d) *Epithelial edge advancement* : perawatan tepi luka

f. Kendali tekanan

Kendali tekanan adalah dengan cara mengurangi tekanan pada kaki, karena tekanan dapat menyebabkan terjadinya ulkus.

g. Penyuluhan

Penyuluhan yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan edukasi mengenai perawatan kaki yang tepat dan dapat dilakukan secara mandiri seperti mencuci kaki setiap hari dan mengeringkannya, menggunting kuku secara merata dan jangan terlalu dalam, mengoleskan lotion, serta menggunakan alas kaki di dalam maupun di luar rumah.

## **B. Konsep Masalah Keperawatan**

### **1. Pengertian Masalah Keperawatan**

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

### **2. Komponen Masalah Keperawatan**



Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem), atau label diagnosis dan indikator diagnostik.

Masing – masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut :

a Masalah (problem)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya.

b Indikator Diagnostik

Terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko dengan uraian sebagai berikut :

1) Penyebab (*etiologi*) merupakan faktor – faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu : a) fisiologis, biologis, atau psikologis; b) efek terapi/tindakan; c) situasional (lingkungan atau personal) dan d) maturasional.

2) Tanda (*sign*) dan gejala (*symptom*). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda/gejala dikelompokkan menjadi dua kategori :

a) Mayor : tanda/gejala ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosis

- b) Minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

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

a. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Hiperglikemia (D.0009)

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

Penyebab : Hiperglikemia

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjek : tidak tersedia

Objektif : pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun

Gejala dan Tanda Minor :

Subjek : parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)

Objektif : edema, penyembuhan luka lambat, indeks *ankle-brachial* <0,90, bruit femoral

Kondisi klinis terkait : Diabetes Melitus

b. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)

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

Penyebab : Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjek : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor :

Subjek : tidak tersedia

Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis

Kondisi klinis terkait : sindrom coroner akut

- c. Koping Tidak Efektif b.d Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah (D.0096)

Definisi : ketidakmampuan menilai dan merespons stressor dan/atau ketidakmampuan menggunakan sumber-sumber yang ada untuk mengatasi masalah

Penyebab : Ketidakpercayaan terhadap kemampuan diri mengatasi masalah

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjek : mengungkapkan tidak mampu mengatasi masalah

Objektif : tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia), menggunakan mekanisme koping yang tidak sesuai

Gejala dan Tanda Minor :

Subjek : tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar, kekhawatiran kronis

Objektif : penyalahgunaan zat, memanipulasi orang lain untuk memenuhi keinginannya sendiri, perilaku tidak asertif, partisipasi social kurang

Kondisi Klinis Terkait : kondisi perawatan kritis

d. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d perubahan sirkulasi (D.0129)

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

Penyebab : perubahan sirkulasi

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjek : tidak tersedia

Objektif : kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Gejala dan Tanda Minor :

Subjek : tidak tersedia

Objektif : nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma

Kondisi Klinis Terkait : Diabetes Melitus

e. Gangguan Mobilitas Fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)

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

Penyebab kekakuan sendi

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjek : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif : kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun

Gejala dan Tanda Minor :

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

Objektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbata, fisik lemah

Kondisi Klinis Terkait : Trauma

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

Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal

Penyebab : kurang kontrol tidur

Gejala dan Tanda Mayor :

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

Objektif : tidak tersedia

Gejala dan Tanda Minor :

Subjek : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif : tidak tersedia

Kondisi Klinis Terkait : Nyeri/kolik

g. Risiko hipovolemi b.d kehilangan cairan secara aktif (D.0034)

Definisi : berisiko mengalami penurunan volume cairan intravascular, interstisial, dan/atau intraseluler

Factor risiko : kehilangan cairan secara aktif

Kondisi Klinis Terkait : Trauma/perdarahan

h. Risiko Syok d.d Hipotensi (D.0039)

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

Factor risiko : hipotensi

Kondisi Klinis Terkait : Perdarahan

i. Risiko infeksi d.d penyakit kronis (D.0142)

Definisi : berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Factor risiko : penyakit kronis

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat.

Tujuan dari dokumentasi pada intinya untuk mendapatkan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan. Dikenal dua jenis data pada pengkajian yaitu data objektif dan subjektif. Perawatan perlu memahami metode memperoleh data. Dalam memperdalam data tidak jarang terdapat masalah yang perlu diantisipasi oleh perawat. Data hasil pengkajian perlu didokumentasikan dengan baik (Yustiana & Abdul, 2016). Pengkajian yang dapat dikaji pada ulkus diabetikum, meliputi :

a. Identitas diri

Nama, Umur, Alamat, Pendidikan, No.MR, Tanggal Masuk RS, dan Diagnosa Medis.

b. Keluhan utama

Lemah, mual dan muntah, nyeri, nafas pasien mungkin berbau keton, nafas kusmaul, polidipsi, poliuri, polifagi, sulit tidur, penglihatan kabur, sakit kepala.

c. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan masa lalu dan riwayat kesehatan keluarga.

d. Riwayat psikososial

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



e. Aktivitas / istirahat

Gejala : lemah, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun

Tanda : penurunan kekuatan otot

f. Sirkulasi

Gejala : ulkus pada kaki, penyembuhan lama, kesemutan/kebas pada ekstremitas

Tanda : kulit panas, kering, kemerahan

g. Integritas ego

Gejala : bergantung pada orang lain

Tanda : ansietas

h. Eliminasi

Gejala : perubahan pola berkemih (polyuria), nocturia

Tanda : urin encer, urin berkabut, bau busuk (infeksi)

i. Makanan / cairan

Gejala : hilang nafsu makan, mual/muntah, penurunan berat badan

Tanda : kulit kering/bersisik, turgor kulit jelek

j. Nyeri / kenyamanan

Gejala : nyeri pada ulkus

Tanda : wajah meringis dengan palpitasi, tampak sangat hati-hati

k. Penyuluhan / pembelajaran

Gejala : factor resiko keluarga DM, penyakit jantung, stroke, dan hipertensi.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok, dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, sangat perlu untuk didokumentasikan dengan baik (Yustiana & Abdul, 2016).

Berikut ini adalah uraian dari masalah yang timbul bagi penderita Diabetes Militus dengan Ulkus Diabetikum :

- a. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Hiperglikemia (D.0009)
- b. Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisiologis (D.0077)

- c. Koping Tidak Efektif b.d Ketidakpercayaan Terhadap Kemampuan
- d. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d perubahan sirkulasi (D.0129)
- e. Gangguan Mobilitas Fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)
- f. Gangguan Pola Tidur b.d Kurangnya Kontrol Tidur (D.0055)
- g. Risiko hipovolemi b.d kehilangan cairan secara aktif (D.0034)
- h. Risiko Syok d.d Hipotensi (D.0039)
- i. Risiko infeksi d.d penyakit kronis (mis. Diabetes melitus) (D.0142)

### **3. Perencanaan Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan (outcome) yang diharapkan.

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018).

- a. Diagnosa : Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009)

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

Kriteria Hasil : (L.02011)

- 1) Denyut nadi perifer meningkat

- 2) Penyembuhan luka meningkat
- 3) Sensasi meningkat
- 4) Warna kulit pucat menurun
- 5) Edema perifer menurun
- 6) Nekrosis menurun
- 7) Kelemahan otot cukup menurun
- 8) Pengisian kapiler membaik
- 9) Akral membaik
- 10) Turgor kulit membaik

Intervensi : (I.02079)

- 1) Periksa sirkulasi perifer ( nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
- 2) Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi ( diabetes mellitus, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi )
- 3) Identifikasi penyebab perubahan sensasi
- 4) Monitor terjadinya parastesia, bila perlu
- 5) Monitor perubahan kulit
- 6) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

- 7) Hindari pemasangan infus, pengambilan darah, pengukuran tekanan darah, pada area keterbatasan perfusi
  - 8) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera
  - 9) Lakukan pencegahan infeksi
  - 10) Lakukan perawatan kaki dan kuku
  - 11) Lakukan hidrasi
  - 12) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat
  - 13) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah gula, tinggi protein )
  - 14) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
- b. Diagnosa : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

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) Sikap protektif cukup menurun

- 4) Gelisah cukup menurun
- 5) Kesulitan Tidur menurun
- 6) Menarik diri menurun
- 7) Frekuensi nadi maembaik
- 8) Tekanan darah membaik
- 9) Pola napas membaik
- 10) Pola tidur membaik

Intervensi : (I.08238)

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi music, kompres hangat, kompres dingin, teknik relaksasi napas dalam, akupresur, terapi pijat, aromaterapi, terapi bermain)
- 6) Kontrol lingkungan yang mmperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

- 7) Fasilitasi istirahat dan tidur
  - 8) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
  - 9) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
  - 10) Jelaskan strategi meredakan nyeri
  - 11) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
  - 12) Ajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
  - 13) Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu
- c. Diagnosa : Koping Tidak Efektif b.d Ketidakpercayaan Terhadap Kemampuan (D.0096)
- Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan status koping membaik
- Kriteria Hasil : (L.09086)
- 1) Kemampuan memenuhi peran sesuai usaha cukup meningkat
  - 2) Perilaku koping adaptif cukup meningkat
  - 3) Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat
  - 4) Verbalisasi kelemahan diri meningkat
  - 5) Partisipasi social cukup meningkat
  - 6) Tanggung jawab diri cukup meningkat

- 7) Minat mengikuti perawatan/pengobatan cukup meningkat
- 8) Kemampuan membina hubungan meningkat
- 9) Verbalisasi menyalahkan orang lain menurun
- 10) Perilaku manipulasi menurun

Intervensi : (I.09265)

- 1) Identifikasi persepsi mengenai masalah dan informasi yang memicu konflik
- 2) Fasilitasi mengklarifikasi nilai dan harapan yang membantu membuat pilihan
- 3) Diskusikan kelebihan dan kekurangan dari setiap solusi
- 4) Fasilitasi melihat situasi secara realistis
- 5) Motivasi mengungkapkan tujuan perawatan yang diharapkan
- 6) Fasilitasi pengambilan keputusan secara kolaboratif
- 7) Hormati hak pasien untuk menerima atau menolak informasi
- 8) Fasilitasi menjelaskan keputusan kepada orang lain, jika perlu
- 9) Fasilitasi hubungan antar pasien, keluarga, dan tenaga Kesehatan lainnya
- 10) Informasikan alternatif solusi secara jelas
- 11) Berikan informasi yang diminta pasien



12) Kolaborasi dengan tenaga Kesehatan lain dalam memfasilitasi pengambilan keputusan

d. Diagnosa : Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d perubahan sirkulasi (D.0129)

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

Kriteria Hasil : (L.14125)

- 1) Elastisitas meningkat
- 2) Hidrasi cukup meningkat
- 3) Perfusi jaringan cukup meningkat
- 4) Kerusakan jaringan menurun
- 5) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 6) Hematoma cukup menurun
- 7) Kemerahan menurun
- 8) Nyeri menurun
- 9) Perdarahan menurun
- 10) Nekrosis menurun
- 11) Sensasi membaik

Intervensi : (I.14564)

- 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)
  - 2) Monitor tanda tanda infeksi
  - 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
  - 4) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
  - 5) Bersihkan jaringan nekrotik
  - 6) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
  - 7) Pasang balutan sesuai jenis luka
  - 8) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
  - 9) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - 10) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
  - 11) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
  - 12) Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu
  - 13) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
- e. Gangguan Mobilitas Fisik b.d kekakuan sendi (D.0054)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat

Kriteria Hasil : (L.05042)

- 1) Pergerakan ekstremitas cukup meningkat

- 2) Kekuatan otot cukup meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) cukup meningkat
- 4) Nyeri cukup menurun
- 5) Kaku sendi cukup menurun
- 6) Gerakan tidak terkoordinasi cukup menurun
- 7) Gerakan terbatas cukup menurun
- 8) Kelemahan fisik cukup menurun

Intervensi : (I.06171)

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- 5) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)
- 6) Fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu
- 7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
- 8) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

9) Anjurkan melakukan ambulasi dini

10) Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan  
(mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat  
tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

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

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola  
tidur pasien membaik

Kriteria Hasil : (L.05045)

- 1) Keluhan sulit tidur menurun
- 2) Keluhan sering terjaga menurun
- 3) Keluhan tidak puas tidur menurun
- 4) Keluhan pola tidur berubah menurun
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun
- 6) Kemampuan beraktivitas meningkat

Intervensi : (I.05174)

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2) Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)

- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur  
(kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur)
  - 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
  - 5) Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu,  
matras dan tempat tidur)
  - 6) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
  - 7) Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
  - 8) Tetapkan jadwal tidur rutin
  - 9) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat,  
pengaturan posisi, tetapi akupresur)
  - 10) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk  
menunjang siklus tidur-terjaga
  - 11) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
  - 12) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
  - 13) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu  
tidur
  - 14) Anjurkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi  
lainnya
- g. Risiko hipovolemi b.d kehilangan cairan secara aktif (D.0034)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik.

Kriteria hasil : (L.03028)

- 1) Kekuatan nadi meningkat
- 2) Turgor kulit meningkat
- 3) Pengisian vena meningkat
- 4) Edema perifer menurun
- 5) Frekuensi nadi membaik
- 6) Tekanan darah membaik
- 7) Tekanan nadi membaik
- 8) Membrane mukosa membaik
- 9) Intake cairan membaik
- 10) Suhu tubuh membaik

Intervensi : (I.03116)

- 1) Identifikasi tanda dan gejala hypovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)

- 2) Monitor intake dan output cairan
- 3) Hitung kebutuhan cairan
- 4) Berikan posisi *modified trendeleburg*
- 5) Berikan asupan cairan oral
- 6) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 7) Anjurkan menghindari perubahan posisi secara mendadak
- 8) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
- 9) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
- 10) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. Albumin, plasmanate)
- 11) Kolaborasi pemberian produk darah

h. Risiko Syok d.d Hipotensi (D.0039)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat syok menurun

Kriteria Hasil : (L.03032)

- 1) Kekuatan nadi meningkat
- 2) Tingkat kesadaran meningkat
- 3) Saturasi oksigen meningkat

- 4) Akral dingin menurun
- 5) Pucat menurun
- 6) Rasa haus menurun
- 7) Asidosis metabolic cukup menurun
- 8) Tekanan darah membaik
- 9) Tekanan nadi membaik
- 10) Pengisian kapiler membaik
- 11) Frekuensi nadi membaik
- 12) Frekuensi nafas membaik

Intervensi : (I.02068)

- 1) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, tekanan darah, MAP)
- 2) Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, Analisa gas darah)
- 3) Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)
- 4) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil
- 5) Periksa riwayat alergi
- 6) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >95%
- 7) Pasang jalur IV, bila perlu



- 8) Pasang kateter urine untuk menilai produksi urine, bila perlu
  - 9) Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi
  - 10) Jelaskan penyebab/factor risiko syok
  - 11) Jelaskan tanda dan gejala awal syok
  - 12) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
  - 13) Kolaborasi pemberian IV, jika perlu
  - 14) Kolaborasi pemberian transfuse darah, bila perlu
  - 15) Kolaborasi pemberian antiinflamasi, bila perlu
- i. Risiko infeksi d.d penyakit kronis (D.0142)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun

Kriteria Hasil : (L.14137)

- 2) Demam menurun
- 3) Kemerahan menurun
- 4) Nyeri menurun
- 5) Bengkak menurun
- 6) Cairan berbau busuk menurun
- 7) Kadar sel darah putih membaik

8) Kultur area luka membaik

Intervensi : (I.14539)

- 1) Monitor tanda gejala infeksi local dan sistemik
- 2) Batasi jumlah pengunjung
- 3) Berikan perawatan kulit pada area edema
- 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 5) Pertahankan Teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi
- 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 7) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 8) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- 9) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 10) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- 11) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah implementasi keperawatan terhadap pasien secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk

didalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan asuhan keperawatan (Basri, utami, & Mulyadi, 2020).

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respon pasien yang meliputi Subjek, Objek, Pengkajian kembali (*Assesment*), Rencana tindakan (*Planning*).

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan (Ernawati, 2019).

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan (Desain Penelitian)**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **B. Subyek Penelitian**

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

Kriteria Inklusi, meliputi :

1. Pasien dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum yang dirawat di ruang rawat inap
2. Pasien dan keluarga mampu berbahasa Indonesia dengan baik.
3. Pasien dalam keadaan sadar dan mempunyai keadaan umum baik.
4. Bersedia jadi responden dan telah menandatangani surat persetujuan (informed consent) sebagai bukti persetujuan.

Kriteria Eksklusi, meliputi :

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

### **C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

Definisi operasional menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021”.

Ulkus diabetik merupakan salah satu bentuk komplikasi kronik diabetes melitus berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat menyebar ke jaringan yang lebih dalam dan dapat disertai kematian jaringan setempat serta dibuktikan dengan diagnosa medis.

Asuhan keperawatan ulkus diabetikum adalah rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang dimulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, penyusunan intervensi keperawatan, pelaksanaan implementasi serta melakukan evaluasi untuk mencegah terjadinya infeksi, mengurangi komplikasi akibat pembedahan, mempercepat proses penyembuhan dan mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin.

#### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

##### 1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan 2021.

##### 2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan dari bulan Mei 2021.

#### **E. Prosedur Penelitian**

Prosedur penulisan diawali dengan penyusunan proposal penulisan dan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh tim penguji proposal maka penulisan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data menggunakan pendekatan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, meumuskan diagnosa keperawatan, membuat rencana tindakan, melakukan pelaksanaan, evaluasi dan pendokumentasian terhadap kasus yang dijadikan subyek penulisan.

#### **F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

##### 1. Teknik pengumpulan data

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan:

- a. Wawancara (hasil anamnesis berisi ttg identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya)
- b. Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan: inspeksi, palpasi, perkusi, asukultasi /IPPA) pada sistem tubuh klien

- c. Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan kuesioner).

## 2. Instrument pengumpulan data

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

### **G. 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.

### **H. Analisis Data**

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam

yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menggunakan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.



## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap Flamboyan B dari tanggal 7 Juni 2021 sampai tanggal 10 Juni 2021. Ruangan ini adalah ruangan yang dikhususkan merawat pasien laki-laki dengan kategori keperawatan medikal bedah dan penyakit dalam mulai dari remaja, dewasa dan lansia. Flamboyan B terletak di lantai 2 RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Penelitian juga dilaksanakan di ruang rawat inap Anggrek Hitam Lantai 6 dari tanggal 24 juni 2021 sampai tanggal 27 juni 2021. Ruangan ini adalah ruangan yang dikhususkan merawat pasien perempuan dengan kategori keperawatan medikal bedah dan penyakit dalam mulai dari remaja, dewasa dan lansia.

##### **a. Pengkajian**

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

<b>Data Anamnesis</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Identitas pasien	Nama pasien Tn. R berjenis kelamin laki laki, umur 61 tahun,	Nama pasien Ny.S berjenis kelamin perempuan, umur 73

	tinggal di jl. Sepinggan baru, Pendidikan terakhir SMA, pekerjaan swasta beragama islam. Masuk rumah sakit tanggal 7 Juni 2021. Dilakukan pengkajian pada tanggal 7 Juni 2021, dengan diagnosa medis Abses pedis + DM.	tahun, tinggal di gunung samarinda. Pendidikan terakhir SMA, pasien tidak bekerja beragama islam. Masuk rumah sakit tanggal 24 juni 2021. Dilakukan pengkajian pada tanggal 24 juni 2021, dengan diagnosa medis Ulkus Pedis Sinistra + DM Tipe II + Hipertensi
Keluhan utama	Nyeri pada kaki kanan	Nyeri pada kaki kiri
Riwayat penyakit sekarang	Anak pasien mengatakan 1 minggu lalu terdapat luka di telapak kaki kanan pasien dan tidak sembuh-sembuh. Anak pasien selalu mengganti perban tetapi lukanya selalu basah dan terkadang mengeluarkan darah sehingga pasien dibawa oleh anaknya ke IRD Rumah Sakit Kanudjoso Djatiwibowo pada tanggal 7 Juni 2021. Kemudian pasien dirawat di ruang Flamboyan B dengan diagnosa medis Abses Pedis + DM. hasil tanda-tanda vital : TD : 114/77 mmHg N : 105 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,8°C Pasien dengan kesadaran compos mentis dengan GCS 10	Pasien mengatakan terdapat luka di jempol kaki kiri bagian bawah dan kaki tampak merah sejak 3 minggu lalu. Oleh keluarga luka di obati dan dilakukan perawatan luka namun kondisi luka semakin memburuk dan mengeluarkan bau tidak sedap sehingga pasien dibawa oleh keluarga ke IRD Rumah Sakit Kanudjoso Djatiwibowo pada tanggal 24 juni 2021. Kemudian pasien dirawat di ruang Anggrek Hitam Lantai 6 dengan diagnosa medis Ulkus Pedis Sinistra + DM Tipe II + Hipertensi. Hasil tanda-tanda vital : TD : 140/72 mmHg N : 89x/menit RR : 20x/menit S : 36°C

	<p>(E4M6Vx), keadaan umum sedang.  Pada saat dikaji pasien mengeluh nyeri di bagian kaki.  P: akibat luka yang berada di telapak kaki kanan  Q: nyeri dirasakan seperti tertekan  R: di daerah sekitar luka  S: skala nyeri 4  T: nyeri dirasakan saat luka disentuh</p>	<p>Pasien dengan kesadaran compos mentis dengan GCS 15 E4M6V5, keadaan umum sedang.  Pada saat dikaji pasien mengeluh nyeri di bagian kaki.  P: akibat luka yang berada di telapak kaki kiri  Q: nyeri dirasakan seperti nyut”an/berdenyut  R: di daerah sekitar luka  S: skala nyeri 4  T: nyeri dirasakan terus menerus  Pasien tampak meringis saat menggerakkan kaki dan saat luka disentuh.</p>
Riwayat penyakit dahulu	Pasien pernah dirawat pada bulan februari 2021 dengan diagnosa medis Diabetes melitus	Pasien pernah dirawat pada tahun 2015 dengan diagnosa medis Diabetes Melitus
Riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga seperti diabetes melitus, hipertensi dan panyakit lainnya	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga seperti diabetes melitus, hipertensi dan panyakit lainnya
Data psikososial	Anak pasien mau diajak berkomunikasi dengan perawat. Pasien menjelaskan kepada perawat dengan Bahasa isyarat dan dijelaskan oleh anaknya. Orientasi pasien mengetahui sedang berada dimana. Pola komunikasi pasien menggunakan	Pasien mau diajak berkomunikasi dengan perawat. Pasien mau menceritakan dan menjelaskan keadaannya. Apabila ditanya pasien langsung menjawab. Pasien ditemani oleh anaknya. Pola komunikasi pasien bain. Pasien

	Bahasa isyarat dan dibantu anaknya untuk menjelaskan. Kondisi emosi pasien stabil. Pasien mengetahui sedang berada dimana, mengetahui hari dan tanggal. Pasien mampu mengingat kejadian awal pasien sebelum masuk rumah sakit sampai masuk rumah sakit. Pasien mengatakan ingin cepat keluar rumah sakit karena tidak betah berada di rumah sakit.	berkomunikasi dengan Bahasa Indonesia. Kondisi emosi pasien stabil. Pasien mengetahui sedang berada dimana, mengetahui hari dan tanggal. Pasien mampu mengingat kejadian awal pasien sebelum masuk rumah sakit sampai masuk rumah sakit. Pasien mengatakan ingin cepat keluar rumah sakit karena ingin berkumpul dengan keluarganya.
Data spiritual	Anak pasien mengatakan sebelum sakit pasien kadang-kadang beribadah, saat sakit juga kadang-kadang beribadah.	Pasien mengatakan sebelum sakit sering beribadah, saat sakit kadang-kadang beribadah.

<b>Pola Aktivitas</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
Pola tidur/istirahat	Saat dirumah pasien memiliki kebiasaan tidur pukul 21:00 dan bangun pukul 05:00. Selama dirumah sakit pasien tidur pukul 21:00 dan bangun pukul 06:00. Pasien mengatakan saat malam hari tidurnya tidak terganggu	Saat dirumah pasien memiliki kebiasaan tidur jam 20:00 atau jam 20:30 dan bangun pukul 05:00. Selama dirumah sakit pasien tidur jam 20:00 dan bangun pukul 05:00. Pasien mengatakan saat malam hari tidurnya tidak terganggu.
Pola makan dan minum	Anak pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan dari 67 kg menjadi 52kg dalam waktu 2 bulan, nafsu makan berkurang,	Pasien mengatakan tidak ada penurunan berat badan, nafsu makan tidak berkurang, berat badan 55kg, tinggi badan

	tinggi badan 170cm, skor IMT 17 kategori kurus, pasien hanya makan setengah porsi.	154cm, skor IMT 23 kategori ideal
Pola eliminasi	Saat dirumah pasien memiliki kebiasaan buang air besar 1 kali sehari dan buang air kecil 6-7 kali sehari. Selama dirumah sakit pasien mengatakan belum ada buang air besar sejak dirawat dirumah sakit dan buang air kecil 6-7 kali sehari.	Saat dirumah pasien memiliki kebiasaan buang air besar 1 kali sehari dan buang air kecil 6-7 kali sehari. Selama dirumah sakit, pasien buang air besar 1 kali sehari dan buang air kecil 6-7 kali sehari.
Pola personal hygiene	Saat dirumah pasien memiliki kebiasaan mandi 2 kali sehari, keramas 2 kali sehari, sikat gigi 2 kali sehari, memotong kuku saat kuku mulai Panjang. Saat dirumah sakit pasien hanya diseka oleh anaknya 1 kali sehari, menggosok gigi 1 kali sehari.	Saat dirumah pasien memiliki kebiasaan 2 kali sehari, sikat gigi sebanyak 1 kali sehari, memotong kuku saat kuku mulai Panjang. Saat dirumah sakit pasien hanya diseka oleh perawat 1 kali sehari, menggosok gigi 1 kali sehari.

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas pasien. Pada klien 1 bernama Tn.R berusia 61 tahun, berjenis kelamin laki laki, masuk rumah sakit pada tanggal 7 Juni 2021 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 7 Juni 2021 dengan diagnosa medis Abses pedis + DM. Sedangkan pada pasien 2 bernama Ny.S berusia 73 tahun, berjenis kelamin perempuan, masuk rumah sakit tanggal 24 Juni 2021 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 24 Juni 2021

dengan diagnosa medis Ulkus Pedis Sinistra + DM Tipe II + Hipertensi.

Pada pengkajian riwayat kesehatan dalam keluhan utama pada pasien 1 dan pasien 2 terdapat kesamaan yaitu nyeri pada kaki. Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data anak pasien 1 mengatakan 1 minggu lalu terdapat luka di telapak kaki kanan dan tidak sembuh-sembuh. pasien dibawa oleh anaknya ke IRD Rumah Sakit Kanudjoso Djatiwibowo pada tanggal 7 Juni 2021 dan dilakukan rawat inap di ruang Flamboyan B. Sedangkan pada pasien 2 mengatakan terdapat luka di jempol kaki kiri bagian bawah sejak 3 minggu yang lalu. Oleh keluarga luka di obati dan dilakukan perawatan luka namun kondisi luka semakin memburuk sehingga pasien dibawa oleh keluarganya ke IRD Rumah Sakit Kanudjoso Djatiwibowo pada tanggal 24 Juni 2021 dan dilakukan rawat inap di Anggrek Hitam Lantai 6.

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pada Pasien Dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
A. Keadaan umum	Sedang	Sedang
B. Tanda-tanda vital	TD : 114/77 mmHg N : 105 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,8°C	TD : 140/72 mmHg N : 89x/menit RR : 20x/menit S : 36°C
C. Pemeriksaan kepala dan leher 1. Kepala dan rambut	Bentuk kepala pasien oval, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna	Bentuk kepala pasien oval, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna

	rambut beberapa telah beruban, rambut tidak mudah patah, rambut tidak bercabang, struktur wajah simetris, warna kulit kuning langsung.	rambut telah beruban, rambut tidak mudah patah, rambut tidak bercabang, struktur wajah simetris, warna kulit kuning langsung.
2. Mata	Mata simetris kanan dan kiri, sclera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan pada bola mata, kornea jernih, refleksi cahaya positif, pupil isokor, tekanan pada bola mata simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada mata, pasien tidak menggunakan kacamata untuk melihat dan membaca.	Mata simetris kanan dan kiri, sclera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan pada bola mata, kornea jernih, refleksi cahaya positif, pupil isokor, tekanan pada bola mata simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada mata, pasien tidak dapat melihat dengan jelas.
3. Hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasi ditengah, tidak ada sumbatan pada lubang hidung	Tidak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasi ditengah, tidak ada sumbatan pada lubang hidung
4. Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, lubang telinga bersih, tidak ada benda asing, pasien dapat mendengar suara perawat dengan suara yang sedikit nyaring	Telinga simetris kanan dan kiri, lubang telinga bersih, tidak ada benda asing, pasien dapat mendengar suara perawat dengan suara yang sedikit nyaring

5. Rongga mulut	Tidak ada sianosis, terdapat gigi geligi di sebelah kanan dan kiri atas bagian dalam, tidak terdapat gigi palsu, mukosa bibir kering, tidak ada pembengkakan gusi, uvula terletak simetris ditengah.	Tidak ada sianosis, terdapat gigi geligi di sebelah kiri atas bagian dalam, tidak terdapat gigi palsu, mukosa bibir kering, tidak ada pembengkakan gusi, uvula terletak simetris ditengah.
D. Pemeriksaan leher	Tidak teraba kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, posisi trakea ditengah.	Tidak teraba kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, posisi trakea ditengah.
E. Pemeriksaan thorak (system pernafasan)	Tidak ada keluhan sesak, tidak ada batuk, bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20x/menit, irama nafas teratur. Klien tidak dapat berbicara.	Tidak ada keluhan sesak, tidak ada batuk, bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20x/menit, irama nafas teratur. Pada pemeriksaan vocal premitus getaran paru kanan dan kiri sama kuat, suara perkusi sonor, suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan.
F. Pemeriksaan jantung (system kardiovaskuler)	Tidak ada keluhan nyeri dada, inspeksi tidak terlihat adanya pulsasi ictus cordis, CRT $\leq$ 3 detik, tidak ada sianosis, ictus cordis teraba di ICS V, batas atas terletak di ICS II line sternal dextra, batas bawah	Tidak ada keluhan nyeri dada, inspeksi tidak terlihat adanya pulsasi ictus cordis, CRT $\leq$ 3 detik, tidak ada sianosis, ictus cordis teraba di ICS V, batas atas terletak di ICS II lien sternal dextra, batas bawah terletak di ICS V



	<p>terletak di ICS V line midclavicular sinistra, batas kanan terletak di ICS III line sternal dextra, batas kiri terletak di ICS III line sternal sinistra. Bunyi jantung I terdengar Lub, regular dan intensitas kuat. Bunyi jantung 2 terdengar dub, regular dan intensitas kuat. Tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak ada bising atau murmur.</p>	<p>line midclavicular sinistra, batas kanan terletak di IS III line sternal dextra, batas kiri terletak di ICS III line sternal sinistra. Bunyi jantung I terdengar Lub, regular dan intensitas kuat. Bunyi jantung 2 terdengar dub, regular dan intensitas kuat. Tidak ada bunyi jantung tambahan, tidak ada bising atau murmur.</p>
G. Pemeriksaan abdomen	<p>Bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan vena abdominalis, tidak ada benjolan/massa, tidak terdapat luka operasi, bising usus 8x/menit, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal, tidak ada nyeri tekan. Suara abdomen timpani.</p>	<p>Bentuk abdomen datar, tidak ada bayangan vena abdominalis, tidak ada benjolan/massa, tidak terdapat luka operasi, bising usus 8x/menit, tidak ada pembesaran hepar dan ginjal, tidak ada nyeri tekan. Suara abdomen timpani.</p>
H. Pemeriksaan persyarafan	<p>Pada pemeriksaan saraf kranial : N1 : pasien dapat membedakan bau N2 : pasien dapat melihat tanpa menggunakan kacamata N3 : pasien dapat menggerakkan bola mata ke</p>	<p>Pada pemeriksaan saraf kranial : N1 : pasien dapat membedakan bau N2 : pasien tidak dapat melihat N3 : pasien tidak dapat menggerakkan bola mata ke bawah dan ke samping</p>

	<p>bawah dan ke samping  N4 : pupil pasien mengecil saat di rangsang cahaya  N5 : pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam  N6 : pasien mampu melihat benda tanpa menoleh  N7 : pasien bisa tersenyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan  N8 : pasien dapat mendengar gesekan jari  N9 : uvula pasien berada ditengah dan simetris  N10 : pasien dapat menelan  N11 : pasien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu  N12 : pasien dapat menggerakkan lidah  Pada fungsi motoric, gerakan pasien terkoordinasi dan pasien dapat menggerakkan kaki tetapi harus pelan pelan. Pada pemeriksaan refleks fisiologis, patella hipoaktif, achilles hipoaktif, bisep normal, trisep normal, brakioradialis normal. Memori</p>	<p>N4 : pupil pasien mengecil saat di rangsang cahaya  N5 : pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam  N6 : pasien tidak mampu melihat benda tanpa menoleh  N7 : pasien bisa tersenyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan  N8 : pasien dapat mendengar gesekan jari  N9 : uvula pasien berada ditengah dan simetris  N10 : pasien dapat menelan  N11 : pasien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu  N12 : pasien dapat menggerakkan lidah  Pada fungsi motoric, gerakan pasien terkoordinasi dan pasien dapat menggerakkan kaki tetapi harus pelan pelan.  Pada pemeriksaan refleks fisiologis, patella hipoaktif, achilles hipoaktif, bisep normal, trisep normal, brakioradialis normal.  Memori pasien Panjang, perhatian</p>
--	---	---

	<p>pasien Panjang, perhatian dapat mengulang, klien menggunakan Bahasa isyarat saat berbicara, kognisi baik, orientasi baik.</p>	<p>dapat mengulang, klien menggunakan Bahasa Indonesia saat berbicara, kognisi baik, orientasi baik.</p>								
I. Pemeriksaan muskuloskeletal	<p>Pergerakan sendi pada ekstremitas bawah dextra terbatas. Kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <p>Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur. Pada pemeriksaan kaki kanan ditemukan ulkus atau luka terbuka di bagian ekstremitas dextra. Luas luka +/- 4 cm dengan diameter 3-4 cm. warna dasar luka kemerahan, derajat luka 2 tidak sampai mengenai tulang.</p>	5	5	4	5	<p>Pergerakan sendi pada ekstremitas bawah sinistra terbatas. Kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> <p>Tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada fraktur. Pada pemeriksaan kaki kiri ditemukan ulkus atau luka terbuka di bagian ekstremitas sinistra. Luas luka +/- 10 cm dengan diameter 3-4 cm. warna dasar luka kemerahan, derajat luka 3 sudah sampai mengenai tulang.</p>	4	4	4	3
5	5									
4	5									
4	4									
4	3									

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan kenyamanan dan nyeri pada pasien 1 didapatkan nyeri pada kaki kanan, skala nyeri 4, nyeri dirasakan saat luka disentuh. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan nyeri pada kaki kiri, skala nyeri 4, nyeri dirasakan terus-menerus.

Pada pemeriksaan musculoskeletal dan integument pada pasien 1 pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5, pada kaki kanan didapatkan kekuatan otot 4. Terdapat ulkus di kaki kanan dengan luas luka +/- 4 cm, diameter 3-4 cm, derajat luka 2 tidak sampai mengenai tulang. Sedangkan pada pasien 2 pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan didapatkan kekuatan otot 4, pada kaki kiri didapatkan kekuatan otot 3. Terdapat ulkus di kaki kiri dengan luas luka +/- 10 cm, diameter 3-4 cm, derajat luka 3 sudah sampai mengenai tulang.

Pemeriksaan keamanan lingkungan dengan skala morse pada pasien 1 didapatkan total skor yaitu 20 (rendah), sedangkan pada pasien 2 didapatkan total skor yaitu 45 (risiko).

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien 1 dan Pasien 2

<b>Pemeriksaan penunjang</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
A. Pemeriksaan laboratorium	<p><b>Pada tanggal 7/06/2021</b>  Hemoglobin 11,8 g/dl (11,0-16,5)  Leukosit 9,45 (4,00-10,00)  Eritrosit 4,35 (4,20-5,40)  Hematokrit 36,3 (37,0-47,0)  Trombosit 346 (150-450)  MCV 83,4 (81,00-99,0)  MCH 27,1 (27,0-31,0)</p>	<p><b>Pada tanggal 24/06/2021</b>  Hemoglobin 11,2 g/dL (11,0-16,5)  Leukosit 16,81 (4,00-10,00)  Eritrosit 4,25 (4,20-5,40)  Hematokrit 32,7 (37,0-47,0)  Trombosit 360 (150-450)  MCV 76,9 (81,0-99,0)  MCH 26,4 (27,0-31,0)</p>

	MCHC 32,5 (33,0-37,0) RDW-CV 13, (11,5-14,5) Masa perdarahan 3,0 Masa pembekuan 7,0 Gula darah sewaktu 121 (<200 perkeni) Ureum darah 23 (16,6-48,5) Kreatinin darah 1,16 (0,67-1,50) eGFR 68 (>90)	MCHC 34,3 (33,0-37,0) RDW-CV 13,7 (11,5-14,5) Basofil 0,2 (0-1) Eosinophil 0,7 (0-4) Neutrophil 74,4 (50-70) Limfosit 19,0 (20-40) Monosit 5,7 (2-8) Glukosa sewaktu 346 (<200 perkeni) Kalsium 1,34 (1,12-1,32) Natrium 134 (136-146) Kalium 4,5 (3,5-5,1) Ureum darah 61 (16,6-48,5) Kreatinin darah 1,03 (0,67-1,50) eGFR 54 (>90) <b>Pada tanggal 25/06/2021</b> Glukosa puasa 153 (<126 perkeni) <b>Pada tanggal 26/06/2021</b> Glukosa puasa 148
--	--	---

Tabel 4.4 Obat Yang Diterima Pasien

<b>Pasien 1</b>			
<b>Golongan</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Pemberian</b>
Kristaloid	Ringer Laktat	500 ml (16 tetes/menit)	Intravena
Antibiotik	Metronidazole	3x500 mg	Intravena
Sefalosporin	Ceftriaxone	2x1 gr	Intravena
Antiinflamasi nonsteroid	Ketorolac	3x1 amp	Intravena
Opioid	Tramadol drip	100mg	Intravena

<b>Pasien 2</b>			
<b>Golongan</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Pemberian</b>
Kristaloid	NaCl 0,9%	500 ml (20 tetes/menit)	Intravena
Sefalosporin	Ceftriaxone	2x1 gr	Intravena
antibiotik	Metronidazole	3x500mg	Intravena
Proton pump inhibitors	Omeprazole	1x1 amp	Intravena
Opioid	Tramadol drip	100 mg	Intavena
Antiinflamasi nonsteroid	Meloxicam	2x7,5 mg	Oral
Antagnosi kalsium	Amlodipin	1x5 mg	Oral
Insulin	Novarapid	3x12 ui	Subcutan
Insulin	Sansulin	1x16 ui	Subcutan

Tabel 4.5 Data Fokus Pada Pasien 1 dan Pasien 2 Dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan

<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
<p><b>DS :</b></p> <p>a. Pasien mengatakan dengan bahasa isyarat nyeri di bagian kaki (luka kaki) P : luka pada kaki Q : seperti tertekan R : kaki kanan (area luka) S : skala 4 T : 1-3 menit/saat disentuh</p> <p>b. Anak pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan</p> <p>c. Anak pasien mengatakan pasien hanya makan setengah porsi</p> <p>d. Anak pasien mengatakan berat badan pasien berkurang dari 67kg</p>	<p><b>DS :</b></p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki (luka kaki) P : luka pada kaki Q : nyut'an/seperti berdenyut R : kaki kiri (luka dan arean sekitar luka) S : skala 4 T : terus menerus</p> <p>b. Pasien mengatakan luka sudah 3 minggu</p> <p>c. pasien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>d. Pasien mengatakan tidak bisa melihat dengan jelas, hanya mengetahui ada orang di sampingnya</p>

<p>menjadi 52 kg dalam 2 bulan</p> <p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien bersikap protektif saat luka disentuh perawat/saat di rawat luka</li> <li>b. Pasien tampak meringis saat luka disentuh</li> <li>c. Luka berbau tetapi tidak menyengat</li> <li>d. Warna sekitar luka tampak kemerahan</li> <li>e. Derajat luka 2 tidak sampai mengenai tulang</li> <li>f. Luas luka kurang lebih 4 cm dengan diameter 3-4 cm</li> <li>g. Akral teraba dingin dan warna kulit pasien pucat</li> <li>h. Turgor kulit menurun</li> <li>i. Pasien enggan melakukan pergerakan</li> <li>j. Status fungsional/aktivitas dan mobilisasi barthel indeks : skor 19 (kategori ketergantungan ringan)</li> <li>k. Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse : skor 20 (kategori rendah)</li> <li>l. Status nutrisi IMT = 17 kategori kurus</li> <li>m. CRT <math>\leq</math> 3 detik</li> <li>n. TD : 114/77 mmHg N : 105 X/menit RR : 20X/menit S : 36,8°C</li> </ul>	<p><b>DO :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak meringis saat luka di sentuh/saat di bersihkan</li> <li>b. Pasien bersikap protektif saat luka disentuh</li> <li>c. Luka berbau khas</li> <li>d. Luka terdapat darah dan pus (nanah)</li> <li>e. Luka tampak kemerahan</li> <li>f. Derajat luka 3 sudah sampai mengenai tulang</li> <li>g. Luas luka kurang lebih 10cm dengan diameter 3-4 cm</li> <li>h. Akral teraba dingin dan warna kulit pasien pucat</li> <li>i. turgor kulit menurun</li> <li>j. Status fungsional/aktivitas dan mobilisasi berthel indeks : skor 7 (kategori ketergantungan berat)</li> <li>k. Penilaian risiko decubitus : skor 15 (low risk)</li> <li>l. Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse : skor 45 (kategori risiko)</li> <li>m. CRT 3 detik</li> <li>n. Pergerakan sendi terbatas</li> <li>o. TD : 140/72 mmHg N : 89x/menit RR : 20x/menit S : 36,0°C</li> </ul>
---	--

Tabel 4.6 Analisa Data Keperawatan Pada Pasien 1 dan Pasien 2 Dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan

<b>Pasien 1</b>			
<b>No</b>	<b>Data</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masalah keperawatan</b>
<b>1.</b>	Data subjektif : (tidak tersedia) Data objektif : a. Akral teraba dingin b. Warna kulit pucat c. Turgor kulit menurun d. CRT $\leq$ 3 detik e. Terdapat luka di kaki kanan. f. Warna sekitar luka kemerahan	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
<b>2.</b>	Data subjektif : a. Pasien mengatakan dengan bahasa isyarat nyeri di bagian kaki (luka kaki) P : luka pada kaki Q : seperti tertekan R : kaki kanan S : skala 4 T : 1-3 menit/saat disentuh Data objektif : a. Pasien bersikap protektif saat luka disentuh perawat/saat di rawat luka b. Pasien tampak meringis saat luka disentuh c. Tanda tanda vital TD : 114/77 mmHg N : 105x/menit	Agen pencedera fisik (abses)	Nyeri akut (D.0077)
<b>3.</b>	Data subjektif : a. Anak pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan	Factor psikologis (keengganan untuk makan)	Deficit nutrisi (D.0019)



	<p>b. Anak pasien mengatakan pasien hanya makan setengah porsi</p> <p>c. Anak pasien mengatakan berat badan pasien berkurang dari 67kg menjadi 52 kg dalam 2 bulan</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. Pasien tampak lemas</p> <p>b. Skor status nutrisi IMT : 17 (kategori kurus)</p>		
4.	<p>Data subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. Terdapat luka di telapak kaki kanan</p> <p>b. Warna sekitar luka tampak kemerahan</p> <p>c. Pasien meringis saat luka disentuh</p> <p>d. Derajat luka 2 tidak sampai mengenai tulang</p> <p>e. Luas luka kurang lebih 4 cm dengan diameter 3-4 cm</p>	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit/jaringan(D.0129)

<b>Pasien 2</b>			
<b>No</b>	<b>Data</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masalah keperawatan</b>
1.	<p>Data subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. Akral teraba dingin</p> <p>b. warna kulit pasien pucat</p> <p>c. Turgor kulit menurun</p> <p>d. CRT 3 detik</p>	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)

	<p>e. Terdapat luka di telapak kaki kiri</p> <p>f. Warna sekitar luka kemerahan</p>						
2.	<p>Data subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki (luka kaki)</p> <p>P : luka pada kaki</p> <p>Q : nyut'an/seperti berdenyut</p> <p>R : kaki kiri (luka dan arean sekitar luka)</p> <p>S : skala 4</p> <p>T : terus menerus</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. Pasien tampak meringis saat luka di sentuh/saat di bersihkan</p> <p>b. Pasien bersikap protektif saat luka disentuh</p> <p>c. Tanda-tanda vital :</p> <p>TD : 140/72 mmHg</p> <p>N : 89x/menit</p>	<p>Agen pencedera fisiologis (inflamasi)</p>	<p>Nyeri akut (D.0077)</p>				
3.	<p>Data subjektif :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. Status fungsional / aktivitas dan mobilisasi berthel indeks : skor 7 (kategori ketergantungan berat)</p> <p>b. Pergerakan sendi terbatas</p> <p>c. Kekuatan otot menurun</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table>	4	4	4	3	<p>Nyeri</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>
4	4						
4	3						
4.	<p>Data subjektif : (tidak tersedia)</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. Terdapat luka di kaki kiri</p>	<p>Neuropati perifer</p>	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)</p>				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Luka tampak kemerahan</li> <li>c. Derajat luka 3 sudah sampai mengenai tulang</li> <li>d. Luas luka kurang lebih 10cm dengan diameter 3-4 cm</li> <li>e. Pasien meringis saat luka disentuh</li> </ul>		
<b>5.</b>	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan tidak bisa melihat dengan jelas, pasien hanya mengetahui ada orang di sampingnya</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse : skor 45 (kategori risiko)</li> </ul>	Gangguan penglihatan (glaucoma)	Risiko jatuh (D.0143)

## b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.7 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

No	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari / tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari / tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)
1	7 Juni 2021	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia	24 Juni 2021	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia
2	7 Juni 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses)	24 Juni 2021	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)
3	7 Juni 2021	(D.0019) Deficit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan)	24 Juni 2021	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
4	7 Juni 2021	(D.0129) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	24 Juni 2021	(D.0129) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer
5			24 Juni 2021	(D.0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan (glaucoma)

Berdasarkan tabel 4.7 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada pasien 1 ditemukan sebanyak 4 diagnosa keperawatan di tanggal 7 Juni 2021. Sedangkan pada pasien 2 ditemukan sebanyak 5 diagnosa keperawatan di tanggal 24 Juni 2021.

### c. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

<b>Pasien 1</b>			
<b>No</b>	<b>Diagnosa keperawatan</b>	<b>Tujuan dan kriteria hasil</b>	<b>Intervensi keperawatan</b>
<b>1.</b>	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia	(L.02011) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam, perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Warna kulit pucat cukup menurun 2. Nyeri ekstremitas cukup menurun 3. Akral membaik	(I.02079) Perawatan Kulit 1.1 Periksa sirkulasi perifer (nadi, edema, pengisian kapiler, suhu) 1.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 1.3 Lakukan pencegahan infeksi 1.4 Lakukan perawatan kaki dan kuku
<b>2.</b>	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses)	(08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun	(I.08238) Manajemen nyeri 2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Berikan Teknik nonfarmakologi (kompres dingin) 2.4 Jelaskan strategi meredakan nyeri 2.5 Kolaborasi pemberian analgetik
<b>3.</b>	(D.0019) Deficit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan)	(L.03030) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam, status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil :	(I.03119) Manajemen nutrisi 3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Monitor asupan makan

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Frekuensi makan membaik</li> <li>3. Nafsu makan membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.3 Berikan makanan tinggi serat</li> <li>3.4 Berikan makanan tinggi kalori</li> <li>3.5 Anjurkan posisi duduk</li> </ol>
4.	(D.0129) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	<p>(L.14125) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Kemerahan menurun</li> </ol>	<p>(I.14564) Perawatan luka</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Monitor karakteristik luka</li> <li>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>4.3 Pertahankan teknik steril saat perawatan luka</li> <li>4.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4.5 Kolaborasi pemberian antibiotic</li> </ol>

<b>Pasien 2</b>			
<b>No</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi Keperawatan</b>
1.	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia	<p>(L.02011) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2x24 jam, perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warna kulit pucat cukup menurun</li> <li>2. Nyeri ekstremitas cukup menurun</li> <li>3. Akral membaik</li> </ol>	<p>(I.02079) Perawatan Kulit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Periksa sirkulasi perifer (nadi, edema, pengisian kapiler, suhu)</li> <li>1.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>1.3 Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>1.4 Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>1.5 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus di laporkan</li> </ol>
2.	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen	<p>(08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, tingkat nyeri</p>	<p>(I.08238) Manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,</li> </ol>

	pencedera fisik (abses)	menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun	frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 Identifikasi skala nyeri 2.3 Berikan teknik nonfarmakologi (kompres dingin) 2.4 Kolaborasi pemberian analgetik
3.	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	(L.05042) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Gerakan terbatas cukup menurun 2. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat	(I.11348) Dukungan perawatan diri 3.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri 3.2 Monitor tingkat kemandirian 3.3 Sediakan lingkungan yang terapeutik 3.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri
4.	(D.0129) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	(L.14125) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x24 jam, integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun 2. Kemerahan cukup menurun 3. Suhu kulit membaik	(I.14564) Perawatan luka 4.1 Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) 4.2 Monitor tanda-tanda infeksi 4.3 Pertahankan teknik steril saat perawatan luka 4.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4.5 Kolaborasi pemberian antibiotic
5.	(D.0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan (glaucoma)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan 1x4 jam, risiko jatuh tidak menjadi aktual	5.1 Identifikasi factor risiko jatuh 5.2 Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 5.3 Pasang handrail tempat tidur 5.4 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

			5.5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan
--	--	--	---

Berdasarkan tabel 4.8 menjelaskan mengenai intervensi yang akan diberikan pada pasien 1 dan pasien 2 selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditegakkan. Perencanaan pada kedua pasien sudah sesuai dengan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

#### d. Implementasi Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

<b>Pasien 1</b>		
<b>Waktu Pelaksanaan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
<b>Hari 1</b>		
Senin, 7 Juni 2021	1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, warna, pengisian kapiler, suhu)	DS: - DO: a. Warna kulit pasien pucat b. CRT $\leq$ 3 detik c. Akral dingin d. Tanda-tanda vital : TD: 114/77 mmHg N: 105 x/menit RR: 20x/menit S: 36,8°C
14.10		
14.15	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2.2 mengidentifikasi skala nyeri	DS: a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri dibagian luka P: luka pada telapak kaki kanan Q: seperti tertekan R: kaki kanan (pada area luka) S: skala 4



14.20	3.1 Mengidentifikasi status nutrisi	<p>T: 1-3 menit saat luka disentuh</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak meringis saat luka disentuh</li> <li>Pasien bersikap protektif saat luka disentuh</li> </ol> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anak pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan</li> <li>Anak pasien mengatakan pasien hanya makan setengah porsi</li> <li>Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan cepat kenyang saat makan</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemas</li> <li>BB : 52 kg</li> <li>Status nutrisi IMT : skor 17 (kategori kurus)</li> </ol>
<b>Hari 2</b>		
<b>Waktu Pelaksanaan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
Selasa, 8 Juni 2021 09.35	<p>1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (nadi, edema, pengisian kapiler, suhu)</p> <p>1.2 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p>	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dengan bahasa isyarat pasien mengatkan tidak ada rasa panas pada area luka</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak ada edema ekstremitas</li> <li>Terdapat nyeri dibagian luka</li> <li>Warna sekitar luka tampak sedikit kemerahan</li> </ol>

09.40	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>d. <math>CRT \leq 3</math> detik</p> <p>e. Tanda-tanda vital :  TD: 110/72 mmHg  N: 93x/menit  RR: 20x/menit  S: 36,5°C</p> <p>DS:</p> <p>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri di bagian luka  P: luka pada kaki  Q: seperti tertekan  R: kaki kanan (pada area luka)  S: skala nyeri 4  T: 1-3 menit saat luka disentuh</p> <p>DO:</p> <p>a. Pasien tampak meringis saat luka disentuh dan saat dilakukan perawatan luka</p> <p>b. Pasien tampak bersikap protektif saat perawat melakukan perawatan luka</p> <p>c. Tanda-tanda vital:  TD: 110/72 mmHg  N: 95 x/menit  RR: 20x/menit  S: 36,5°C</p>
09.45	<p>1.3 Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>1.4 Melakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>4.1 Memonitor karakteristik luka</p> <p>4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi</p>	<p>DS:</p> <p>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan tidak ada rasa panas pada luka di kaki</p> <p>b. Anak pasien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi yang</p>

10.00	<p>4.3 Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka</p> <p>4.4 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p>	<p>sudah dijelaskan perawat</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Terdapat luka di telapak kaki kanan</li> <li>b. Luas luka kurang lebih 4 cm dengan diameter 3-4 cm</li> <li>c. Luka tidak berbau dan tidak ada pus</li> <li>d. Derajat luka 2 tidak sampai mengenai tulang</li> <li>e. S: 36,5 °C</li> <li>f. Pasien dan anaknya mendengarkan saat perawat menjelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ul>
12.00	<p>2.3 Memberikan teknik nonfarmakologi (kompres dingin)</p> <p>2.4 Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri berkurang saat diberikan kompres dingin</li> <li>b. Anak pasien mengatakan paham sama apa yang dijelaskan perawat</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Meringis berkurang</li> <li>b. Pasien tampak nyaman saat di kompres dingin</li> <li>c. Pasien dan anaknya mendengarkan saat perawat menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan bahasa isyarat pasien</li> </ul>

13.00	2.5 Kolaborasi pemberian analgetic 4.5 Kolaborasi pemberian antibiotic	mengatakan nyeri berkurang b. Skala nyeri 3 DO: a. Meringis berkurang b. Sikap protektif berkurang c. Tanda-tanda vital TD: 110/72 mmHg N: 95x/menit  DS: a. Anak pasien mengatakan pasien hanya makan setengah porsi b. Anak pasien mengatakan pasien memakan cemilan yang diberikan ahli gizi DO: -
13.05	3.2 Memonitor asupan makan 3.3 Memberikan makanan tinggi serat 3.4 Memberikan makanan tinggi kalori	DS: a. Anak pasien mengatakan pasien hanya makan setengah porsi b. Anak pasien mengatakan pasien memakan cemilan yang diberikan ahli gizi DO: -
	3.5 Menganjurkan posisi duduk	DS: a. Anak pasien mengatakan pasien saat makan selalu posisi duduk b. Anak pasien mengatakan saat makan pasien tidak mau dibantu karena bisa sendiri DO: a. Pasien tampak makan dengan posisi duduk
<b>Hari 3</b>		
<b>Waktu Pelaksanaan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
Rabu, 9 Juni 2021	1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (nadi, edema, pengisian kapiler, suhu)	DS: a. Dengan bahasa isyarat pasien

09.45	1.2 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas	<p>mengatakan tidak ada rasa panas pada luka</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak ada edema ekstremitas</li> <li>b. Terdapat nyeri dibagian luka</li> <li>c. Kemerahan sekitar luka berkurang</li> <li>d. CRT 2 detik</li> <li>e. Tanda-tanda vital : TD: 118/78 mmHg N: 91x/menit RR: 20x/menit S:36°C</li> </ul>
09.55	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri di bagian luka P: luka pada kaki Q: seperti tertekan R: di telapak kaki kanan (area luka) S: skala 3 T: saat disentuh</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak meringis saat luka disentuh</li> <li>b. Pasien bersikap protektif saat luka disentuh</li> <li>c. Tanda-tanda vital : TD: 118/78 mmHg N: 91x/menit</li> </ul>
10.00	1.4 Melakukan perawatan kaki dan kuku	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan tidak</li> </ul>

10.15	<p>4.1 Memonitor karakteristik luka</p> <p>4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.3 Mmepertahankan teknik steril saat perawatan luka</p>	<p>ada rasa panas pada luka di kaki</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Luas luka kurang lebih 4 cm dengan diameter 3-4 cm</li> <li>b. Luka tidak berbau dan tidak ada pus</li> <li>c. Kemerahan sekitar luka berkurang</li> <li>d. S: 36°C</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan kompres dingin</li> </ul>
12.00	<p>2.3 Memberikan teknik nonfarmakologi (kompres dingin)</p>	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Meringis berkurang</li> <li>b. Pasien tampak nyaman saat diberikan kompres dingin</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri berkurang</li> <li>b. Skala nyeri 3</li> </ul>
13.00	<p>2.5 Kolaborasi pemberian analgetic</p> <p>4.5 Kolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>4.2 Memonitor asupan makan</p>	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Meringis berkurang</li> <li>b. Sikap protektif berkurang</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anak pasien mengatakan pasien mengahabiskan sayur, tetapi nasi hanya setengah saja</li> </ul>

		<p>b. Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan cemilan yang diberikan ahli gizi</p> <p>DO:-</p>
--	--	---

<b>Pasien 2</b>		
<b>Waktu Pelaksanaan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
<b>Hari 1</b>		
<p>Kamis, 24 Juni 2021</p> <p style="text-align: center;">17.30</p> <p style="text-align: center;">17.35</p>	<p>1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, warna kulit, pengisian kapiler, suhu)</p> <p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, intensitas nyeri)</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <p>a. Warna kulit pasien pucat</p> <p>b. Akral teraba dingin</p> <p>c. CRT <math>\leq</math> 3 detik</p> <p>d. Tanda-tanda vital:            TD: 140/72 mmHg            N: 89x/menit            RR: 20x/menit            S: 36°C</p> <p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri di bagian luka            P: luka pada telapak kaki kiri            Q: nyut-nyutan/seperti berdenyut            R: di telapak kaki kiri (pada area luka)            S: skala 4            T: terus-menerus</p> <p>DO:</p> <p>a. Pasien tampak meringis</p> <p>b. Pasien bersikap protektif saat perawat menyentuh luka</p>

17.40	<p>2.4 Kolaborasi pemberian analgetic</p> <p>4.5 Kolaborasi pemberian antibiotic</p>	<p>c. Pasien tampak gelisah</p> <p>d. TD: 140/72 mmHg N: 89x/menit</p> <p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri di bagian luka</p> <p>b. Pasien mengatakan tidak ada rasa panas di area luka</p> <p>DO:</p> <p>a. Pasien tampak meringis</p> <p>b. Pasien tampak gelisah</p>
17.45	3.1 Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri	<p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh anaknya</p> <p>DO:</p> <p>a. Semua aktivitas pasien dilakukan di atas tempat tidur</p> <p>b. Pasien beraktivitas dibantu oleh anaknya</p>
17.50	5.1 Mengidentifikasi factor risiko jatuh	<p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak bisa melihat karena menderita glaucoma</p>
17.55	<p>5.2 Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</p> <p>5.3 Memasang handrail tempat tidur</p> <p>5.4 Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p>	<p>DO:-</p> <p>DS:</p> <p>a. Anak pasien mengatakan paham sama apa yang dianjurkan perawat</p> <p>DO:</p>



	5.5 Menganjurkan memanggul perawat jika membutuhkan bantuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Roda tempat tidur dalam keadaan terkunci</li> <li>b. Handrail sudah terpasang</li> <li>c. Bel pemanggil berada di samping pasien</li> <li>d. Terpasang klip risiko jatuh di gelang identitas pasien</li> </ul>
<b>Hari 2</b>		
<b>Waktu Pelaksanaan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
Jumat, 25 Juni 2021  10.00	<p>1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, warna kulit, pengisian kapiler, suhu)</p> <p>1.2 Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p>	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Warna kulit pasien pucat</li> <li>b. Tidak ada edema ekstremitas</li> <li>c. Warna sekitar luka tampak kemerahan</li> <li>d. CRT <math>\leq</math> 3 detik</li> <li>e. Tanda-tanda vital : TD: 137/75 mmHg N: 91x/menit RR: 20x/menit S: 36,2°C</li> </ul>
10.05	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, intensitas nyeri)</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki</li> </ul> <p>P: luka pada kaki</p> <p>Q: nyut-nyutan/seperti berdenyut</p> <p>R: di telapak kaki kiri (pada area luka)</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: terus-menerus</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak meringis</li> </ul>

10.10	<p>1.3 Melakukan pencegahan infeksi</p> <p>1.4 Melakukan perawatan luka</p> <p>4.1 Memonitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau)</p> <p>4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.3 Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka</p>	<p>b. Pasien bersikap protektif</p> <p>c. Pasien tampak gelisah</p> <p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki</p> <p>b. Tidak ada rasa panas pada luka</p> <p>DO:</p> <p>a. Luas luka kurang lebih 10 cm dengan diameter 3-4 cm</p> <p>b. Luka berbau khas dan terdapat pus</p> <p>c. Terdapat kemerahan di area sekitar luka</p> <p>d. S: 36,4°C</p>
10.25	<p>4.4 Menjelaskan tanda-gejala infeksi</p>	<p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi yang dijelaskan perawat</p> <p>DO:</p> <p>a. Pasien mendengarkan saat perawat menjelaskan tentang tanda dan gejala infeksi</p>
10.30	<p>2.3 Memberikan teknik nonfarmakologi (kompres dingin)</p>	<p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat di kompres dingin</p> <p>b. Pasien mengatakan lebih nyaman lebih nyaman jika di kompres dingin</p> <p>DO:</p>

10.35	<p>3.2 Memonitor tingkat kemandirian</p> <p>3.3 Menyediakan lingkungan yang terapeutik</p> <p>3.4 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri</p>	<p>a. Meirngis berkurang</p> <p>b. Gelisah berkurang</p> <p>c. Pasien tampak lebih nyaman</p> <p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu anaknya</p> <p>DO:</p> <p>a. Aktivitas pasien dilakukan di tempat tidur</p> <p>b. Aktivitas pasien tampak dibantu anaknya</p> <p>c. Pasien dapat memasang bajunya sendiri</p>
12.00	<p>2.4 Kolaborasi pemberian analgetic</p> <p>4.5 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri di bagian luka</p> <p>b. Pasien mengatakan tidak ada rasa panas pada luka</p> <p>DO:</p> <p>a. Pasien tampak meringis</p> <p>b. Pasien tampak gelisah</p> <p>c. S: 36,1°C</p>
<b>sHari 3</b>		
<b>Waktu Pelaksanaan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
Sabtu, 26 Juni 2021 10.00	1.1 Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, warna, pengisian kapiler, suhu)	DS: - DO:

10.05	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>a. Warna kulit pasien pucat</p> <p>b. Tidak ada edema</p> <p>c. CRT 2 detik</p> <p>d. Tanda-tanda vital:  TD: 128/80 mmHg  N: 87x/menit  RR: 20x/menit  S: 36,3°C</p> <p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri di bagian kaki  P: luka pada kaki  Q: nyut-nyutan/seperti berdenyut  R: di telapak kaki kiri (pada area luka)  S: skala 4  T: hilang timbul</p>
10.10	<p>1.4 Melakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>4.1 Memonitor karakteristik luka</p> <p>4.2 Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.3 Mempertahankan teknik steril saat perawatan luka</p>	<p>DO:</p> <p>a. Pasien tampak meringis</p> <p>b. Pasien tampak sedikit gelisah</p> <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <p>a. Luas luka kurang lebih 10 cm dengan diameter 3-4 cm</p> <p>b. Luka berbau dan terdapat pus</p> <p>c. Derajat luka 3 sudah sampai mengenai tulang</p> <p>d. Warna kemerahan disekitar luka berkurang</p> <p>e. S: 36,3°C</p>
10.25		<p>DS:</p>

12.00	<p>2.3 Memberikan teknik nonfarmakologi (kompres dingin)</p> <p>2.4 Kolaborasi pemberian analgetic</p> <p>4.5 Kolaborasi pemberian antibiotik</p>	<p>a. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat di kompres dingin</p> <p>b. Pasien mengatakan lebih nyaman saat di kompres dingin</p> <p>DO:</p> <p>a. Meringis berkurang</p> <p>b. Gelisah berkurang</p> <p>c. Pasien tampak lebih nyaman</p> <p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri dibagian luka berkurang</p> <p>P: luka pada kaki</p> <p>Q: nyut-nyutan/seperti berdenyut</p> <p>R: di telapak kaki kiri (pada area luka)</p> <p>S: skala 4</p> <p>T: hilang timbul</p>
<b>Hari 4</b>		
<b>Waktu Pelaksanaan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
Minggu 27 Juni 2021  11.45	<p>2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan masih terasa nyeri di bagian luka</p> <p>P: luka pada kaki</p> <p>Q: seperti berdenyut</p> <p>R: di telapak kaki kiri (pada area luka)</p> <p>S: skala 3</p> <p>T: hilang timbul</p> <p>DO:</p> <p>b. Sikap protektif berkurang</p> <p>c. Gelisah berkurang</p>

11.50	2.4 Kolaborasi pemberian analgetik	DS : a. Pasien mengatakan luka masih terasa nyeri P: luka pada kaki Q: seperti berdenyut R: di telapak kaki kiri (pada area luka) S: skala 3 T: hilang timbul DO : a. Pasien tampak meringis saat luka disentuh b. Sikap protektif berkurang
-------	------------------------------------	---

Berdasarkan tabel 4.9 implementasi yang dilakukan berdasarkan dari intervensi yang telah dibuat. Implementasi pada pasien dilakukan selama 3 hari pada tanggal 7 Juni 2021 - 9 Juni 2021, sedangkan pada pasien 2 dilakukan selama 4 hari pada tanggal 24 Juni 2021-27 Juni 2021.

#### e. Evaluasi

Tabel 4.10 Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Pasien 1 dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
<b>Hari 1</b>	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia	S: - O: a. Warna kulit pasien tampak pucat b. Akral teraba dingin c. CRT $\leq$ 3 detik d. Tidak ada edema e. Tanda-tanda vital: TD: 114/77 mmHg N: 105x/menit RR: 20x/menit S: 36,8°C

	<p>(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses)</p>	<p>A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Periksa sirkulasi perifer (nadi, edema, pengisian kapiler, suhu)</li> <li>1.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>1.3 Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>1.4 Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> </ol> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri di bagian luka P: luka pada kaki Q: seperti tertekan R: di telapak kaki kanan (pada area luka) S: skala 4 T: saat luka di sentuh</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak meringis saat luka di sentuh</li> <li>b. Pasien tampak protektif saat luka disentuh</li> </ol> <p>A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri</li> <li>2.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.3 Berikan Teknik nonfarmakologi</li> <li>2.4 Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2.5 Kolaborasi pemberian analgetic</li> </ol> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anak pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan</li> </ol>
	<p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan)</p>	<p>A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri</li> <li>2.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.3 Berikan Teknik nonfarmakologi</li> <li>2.4 Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2.5 Kolaborasi pemberian analgetic</li> </ol> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anak pasien mengatakan pasien kurang nafsu makan</li> </ol>

		<p>b. Anak pasien mengatakan pasien hanya makan setengah porsi</p> <p>c. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan cepat kenyang saat makan</p> <p>O:</p> <p>a. Pasien tampak lemas</p> <p>b. BB: 52 kg</p> <p>c. Status nutrisi IMT : skor 17 (kategori kurus)</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>3.2 Monitor asupan makan</p> <p>3.3 Berikan makanan tinggi serat</p> <p>3.4 Berikan makanan tinggi kalori</p> <p>3.5 Anjurkan posisi duduk</p>
<b>Hari 2</b>	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif	<p>S:</p> <p>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan tidak ada rasa panas di area luka</p> <p>O:</p> <p>a. Tidak ada edema ekstremitas</p> <p>b. Terdapat nyeri di bagian luka</p> <p>c. Warna sekitar luka tampak sedikit kemerahan</p> <p>d. Tanda-tanda vital :  TD: 110/72 mmHg  N: 93x/menit  RR: 20x/menit  S: 36,5°C</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Periksa sirkulasi perifer (nadi, edema, pengisian kapiler, suhu)</p> <p>1.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</p> <p>1.4 Lakukan perawatan kaki dan kuku</p>



	<p>(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses)</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri pada luka P: luka pada kaki Q: seperti tertekan R: di telapak kaki kanan (pada area luka) S: skala 3 T: saat luka di sentuh</li> <li>b. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri berkurang saat di kompres dingin</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak meringis saat luka di sentuh</li> <li>b. Pasien tampak bersikap protektif saat perawat melakukan perawatan luka</li> <li>c. Pasien tidak tampak gelisah</li> <li>d. Tanda-tanda vital : TD: 110/72 mmHg N: 95x/menit RR: 20x/menit S: 36,5°C</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>2.3 Berikan teknik nonfarmakologi (kompres dingin)</li> <li>2.5 Kolaborasi pemberian analgetic</li> </ul>
	<p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anak pasien mengatakan pasien hanya makan setengah porsi</li> </ul>

	<p>(keengganan untuk makan)</p> <p>(D0129) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer</p>	<p>b. Anak pasien mengatakan pasien memakan cemilan yang diberikan ahli gizi</p> <p>O:</p> <p>a. Pasien hanya menghabiskan setengah porsi makanan</p> <p>b. Pasien tampak makan dengan posisi duduk</p> <p>A: Masalah teratasi ebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>3.2 Monitor asupan makan</p> <p>S:</p> <p>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan tidak ada rasa panas pada luka</p> <p>b. Anak pasien mengatakan paham tentang tanda dan gejala infeksi yang sudah dijelaskan perawat</p> <p>O:</p> <p>a. Terdapat luka di telapak kaki kanan</p> <p>b. Luas luka kurang lebih 4 cm dengan diameter 3-4 cm</p> <p>c. Luka tidak berbau dan tidak ada pus</p> <p>d. Derajat luka 2 tidak sampai mengenai tulang</p> <p>e. S: 36,5°C</p> <p>f. Pasien dan anaknya mendengarkan saat perawat menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>A: Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>4.1 Monitor karakteristik luka</p> <p>4.3 Pertahankan Teknik steril saat perawatan luka</p> <p>4.5 Kolaborasi pemberian antibiotic</p>
<b>Hari 3</b>	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia	<p>S:</p> <p>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan tidak ada rasa panas pada luka</p>

	<p>(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses)</p>	<p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak ada edema ekstremitas</li> <li>Kemerahan sekitar luka berkurang</li> <li>CRT 2 detik</li> <li>Tanda-tanda vital: TD: 118/78 mmHg N: 91x/menit RR: 20x/menit S: 36°C</li> </ol> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi 1.4 dipertahankan</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri di bagian luka P: luka pada kaki Q: seperti tertekan R: di telapak kaki kanan (pada area luka) S: skala 2 T: saat disentuh</li> <li>Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan nyeri berkurang saat di kompres dingin</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meringis berkurang</li> <li>Sikap protektif berkurang</li> <li>Pasien tidak tampak gelisah</li> <li>Pasien tampak nyaman saat di kompres dingin</li> </ol> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p>
	<p>(D.0019) Defisit nutrisi berhubungan dengan factor psikologi (keengganan untuk makan)</p>	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan sayur, tetapi nasi hanya setengah saja</li> <li>Anak pasien mengatakan pasien menghabiskan</li> </ol>

	(D.0129) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	<p>cemilan yang diberikan ahli gizi</p> <p>O:</p> <p>a. BB: 52 kg</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <p>S:</p> <p>a. Dengan bahasa isyarat pasien mengatakan tidak ada rasa panas pada luka</p> <p>O:</p> <p>a. Luas luka kurang lebih 4 cm dengan diameter 3-4 cm</p> <p>b. Luka tidak berbau dan tidak ada pus</p> <p>c. Kemerahan sekitar luka berkurang</p> <p>d. Tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <p>e. S: 36°C</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
--	--	--

Berdasarkan tabel 4.10 menjelaskan bahwa pada pasien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, semua diagnosa keperawatan teratasi pada tanggal 9 Juni 2021.

Tabel 4.11 Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Pasien 2 dengan Ulkus Diabetikum di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021

<b>Hari Ke</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Evaluasi (SOAP)</b>
<b>Hari 1</b>	(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia	<p>S: -</p> <p>O:</p> <p>a. Tidak ada edema ekstremitas</p> <p>b. Warna sekitar luka tampak kemerahan</p> <p>c. Akral teraba dingin</p> <p>d. Warna kulit pasien tampak pucat</p>

	<p>(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)</p>	<p>e. CRT <math>\leq</math> 3 detik  f. Tanda-tanda vital :  TD: 140/72 mmHg  N: 89x/menit  RR: 20x/menit  S: 36°C  A: masalah belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan  1.1 Periksa sirkulasi perifer (nadi, edema, pengisian kapiler, suhu)  1.2 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas  1.3 Lakukan pencegahan infeksi  1.4 Lakukan perawatan kaki dan kuku  S:  a. Pasien mengatakan nyeri di bagian luka  P: luka pada kaki  Q: nut-nyutan/seperti berdenyut  R: di telapak kaki kiri (pada area luka)  S: skala 4  T: terus-menerus  O:  a. Pasien tampak meringis  b. Pasien bersikap protektif  c. Pasien tampak gelisah  d. Tanda-tanda vital :  TD: 140/72 mmHg  N: 89x/menit  RR: 20x/menit  S: 36°C  A: masalah belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan  2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri  2.2 Identifikasi skala nyeri</p>
--	---	--

	<p>(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>2.3 Berikan Teknik nonfarmakologi (kompres dingin)</p> <p>2.4 Kolaborasi pemberian analgetic</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu anaknya karena tidak bisa melihat</p> <p>O:</p> <p>a. Semua aktivitas dilakukan di tempat tidur</p> <p>b. Aktivitas pasien tampak dibantu anaknya</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>3.2 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>3.3 Sediakan lingkungan yang terapeutik</p> <p>3.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri</p> <p>S:-</p> <p>O:</p> <p>a. Terdapat luka di telapak kaki kiri</p> <p>b. Luka berbau khas</p> <p>c. S: 36°C</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>4.1 Monitor karakteristik luka</p> <p>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</p> <p>4.3 Pertahankan Teknik steril saat perawatan luka</p> <p>4.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.5 Kolaborasi pemberian antibiotic</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan tidak bisa melihat karena menderita glaucoma</p>
	<p>(D.0129) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer</p>	
	<p>(D. 0143) Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan (glaucoma)</p>	

		<p>b. Pasien mengatakan hanya melakukan aktivitas di tempat tidur</p> <p>O:</p> <p>a. Roda tempat tidur terkunci</p> <p>b. Handrail sudah terpasang</p> <p>c. Bel pemanggil berada di samping pasien</p> <p>d. Terpasang klip risiko jatuh di gelang identitas pasien</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dipertahankan</p> <p>5.2 Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</p> <p>5.3 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>5.4 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>5.5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan</p>
<b>Hari 2</b>	<p>(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia</p> <p>(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)</p>	<p>S: -</p> <p>O:</p> <p>a. Warna kulit pasien pucat</p> <p>b. Tidak ada edema ekstremitas</p> <p>c. Akral teraba dingin</p> <p>d. CRT ≤ 3 detik</p> <p>e. Tanda-tanda vital :  TD: 131/77 mmHg  N: 87x/menit  RR: 20x/menit  S: 36°C</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Periksa sirkulasi perifer (nadi, edema, pengisian kapiler, suhu)</p> <p>1.4 Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri dibagian luka</p> <p>P: luka di kaki kiri</p>

	<p>(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <p>(D.0129) Gangguan integritas kulit/jaringan</p>	<p>Q: nyut-nyutan/seperti berdenyut  R: di telapak kaki kiri (pada area luka)  S: skala 4  T: terus-menerus</p> <p>b. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat di kompres dingin</p> <p>O:</p> <p>a. Pasien tampak meringis  b. Pasien tampak gelisah  c. Pasien tampak nyaman saat di kompres dingin  d. Tanda-tanda vital :  TD: 131/77 mmHg  N: 87x/menit  RR: 20x/menit  S: 36°C</p> <p>A: masalah belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan</p> <p>2.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri  2.2 Identifikasi skala nyeri  2.3 Berikan Teknik nonfarmakologi  2.4 Kolaborasi pemberian analgetic</p> <p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan semua aktivitas dibantu anaknya karena tidak bisa melihat</p> <p>O:</p> <p>a. Aktivitas pasien dilakukan di tempat tidur  b. Pasien dapat memasang bajunya sendiri</p> <p>A: masalah teratasi  P: intervensi dipertahankan</p> <p>3.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri</p> <p>S: -  O:</p>
--	--	--



	berhubungan dengan neuropati perifer	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Luas luka kurang lebih 10 cm dengan diameter 3-4 cm</li> <li>b. Luka berbau khas dan terapat pus</li> <li>c. Derajat luka 3 sudah sampai mengenai tulang</li> <li>d. Terdapat kemerahan di area sekitar luka</li> <li>e. S: 36°C</li> </ul> <p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1 Monitor karakteristik luka</li> <li>4.2 Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li>4.3 Pertahankan Teknik steril saat perawatan luka</li> <li>4.5 Kolaborasi pemberian antibiotic</li> </ul>
<b>Hari 3</b>	<p>(D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemi</p> <p>(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)</p>	<p>S: - O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Warna kulit pasien pucat</li> <li>b. Tidak ada edema ekstremitas</li> <li>c. Kemerahan di sekitar luka berkurang</li> <li>d. CRT 2 detik</li> <li>e. Tanda-tanda vital : TD: 125/74 mmHg N: 84x/menit RR: 20x/menit S: 35,8°C</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan nyeri di bagian luka</li> </ul> <p>P: luka pada kaki Q: nyut-nyutan/seperti berdenyut R: di telapak kaki kiri (pada area luka) S: skala 4 T: hilang timbul</p>

	(D.0129) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer	<p>b. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat di kompres dingin</p> <p>O:</p> <p>a. Meringis berkurang</p> <p>b. Pasien tampak meringis saat luka disentuh</p> <p>c. Sikap protektif berkurang</p> <p>d. Gelisah berkurang</p> <p>e. Pasien tampak nyaman saat di kompres dingin</p> <p>f. Tanda-tanda vital :  TD: 125/74 mmHg  N: 84x/menit  RR: 20x/menit  S: 35,8°C</p> <p>A: masalah teratasi sebagian  P: intervensi dipertahankan</p> <p>2.1 Identifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2.2 Identifikasi skala nyeri</p> <p>2.4 Kolaborasi pemberian analgetic</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <p>a. Luas luka kurang lebih 10 cm dengan diameter 3-4 cm</p> <p>b. Luka berbau khas dan terdapat pus</p> <p>c. Derajat luka 3 sudah sampai mengenai tulang</p> <p>d. Kemerahan di sekitar luka berkurang</p> <p>e. S: 35,8°C</p> <p>A: masalah teratasi  P: Intervensi dihentikan</p>
<b>Hari 4</b>	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)	<p>S:</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri di bagian luka sedikit berkurang</p> <p>O:</p> <p>a. Pasien tampak meringis saat luka disentuh</p> <p>b. sikap protektif berkurang</p> <p>c. Gelisah berkurang</p>

		d. Tanda-tanda vital: TD: 128/71 mmHg N: 80x/menit RR : 20x/menit S: 35,4C A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan
--	--	---

Berdasarkan tabel 4.11 menjelaskan bahwa pada pasien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari, diagnosa risiko jatuh teratasi pada tanggal 24 Juni 2021. Diagnosa perfusi perifer tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit/jaringan teratasi pada tanggal 26 Juni 2021 dan diagnose nyeri akut teratasi pada tanggal 27 Juni 2021.

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas mengenai adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan kasus ulkus diabetikum yang telah dilakukan di lokasi yang sama yaitu di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa, membuat perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah,

kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, social dan lingkungan (Dermawan, 2012).

Berdasarkan teori yang ada menurut (Yunus, 2014) ulkus diabetik adalah salah satu bentuk komplikasi kronik diabetes melitus berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai kematian jaringan setempat. Ulkus diabetic merupakan suatu kondisi kerusakan jaringan kulit yang dimulai dari epidermis, dermis, jaringan subkutan dan dapat menyebar ke jaringan yang lebih dalam, seperti tulang dan otot.

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada tanggal 7 Juni 2021 dan pasien 2 pada tanggal 24 Juni 2021. Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua pasien memiliki keluhan utama yang sama yaitu nyeri pada daerah kaki yang terluka, hal ini sesuai dengan teori. Menurut (Michael Dansinger, 2019), yang terjadi pada penyakit ulkus diabetikum ditandai dengan nyeri pada kaki.

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien 1 dan pasien 2, saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, pasien 1 tekanan darah 114/77 mmHg, nadi 105x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu tubuh 36,8°C. Sedangkan pasien 2 tekanan darah 140/72 mmHg, nadi, 89x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu tubuh 36°C.

Pemeriksaan fisik pada pasien 1 didapatkan luka pada kaki kanan, luas luka kurang lebih 4 cm, diameter 3-4 cm, luka tidak berbau dan tidak ada pus. Sedangkan pada pasien 2 didapatkan luka pada kaki

kiri, luas luka kurang lebih 12 cm, diameter 3-4 cm, luka berbau dan terdapat pus.

Pada pemeriksaan gula darah sewaktu didapatkan hasil pada pasien 1 yaitu 121 mg/dL, sedangkan pada pasien 2 yaitu 346 mg/dL.

Berdasarkan teori yang ada menurut (Fitria, 2017) Salah satu penyebab dari ulkus diabetikum adalah penurunan sirkulasi perifer yang sangat dipengaruhi oleh tingginya kadar glukosa darah yang mengakibatkan penyembuhan luka menjadi sangat lambat.

Menurut peneliti terdapat kesenjangan antara teori dengan hasil pemeriksaan gula darah pada pasien 1. Dimana pada hasil pemeriksaan, didapatkan hasil gula darah sewaktu pada pasien 1 berada pada rentang normal yaitu 121 mg/dL.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Menurut WOC, diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada ulkus diabetikum yaitu nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, koping tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit/jaringan, gangguan pola tidur, risiko hipovolemi.

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

a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

Menurut (PPNI, 2017) perfusi perifer tidak efektif memiliki definisi penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Gejala dan tanda mayor pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, dan turgor kulit menurun. Sedangkan pada gejala dan tanda minor mengeluh parastesia (kesemutan), nyeri ekstremitas, edema, penyembuhan luka lambat, indeks *ankle-brachial* < 0,90, bruit femoral.

Pada pasien 1 dan pasien 2, diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditemukan tanda dan gejala akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, penyembuhan luka lambat.

Menurut peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif, tanda mayor yang di dapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI yaitu sekitar 80-100%.

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera

Menurut (PPNI, 2017) nyeri akut memiliki definisi pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak

atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Gejala dan tanda mayor mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Sedangkan pada gejala dan tanda minor tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

Pada pasien 1, diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada luka seperti tertekan dengan skala 4 dan durasi nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis saat luka disentuh, bersikap protektif dan frekuensi nadi meningkat.

Pada pasien 2, diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada luka seperti berdenyut dengan skala 4 dan durasi nyeri terus menerus, tampak meringis, bersikap protektif, dan tampak gelisah.

Menurut peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa keperawatan nyeri akut, tanda mayor yang di dapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI yaitu sekitar 80-100%.

- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

Menurut (PPNI, 0217) gangguan integritas kulit/jaringan memiliki definisi kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament). Gejala dan tanda mayor minor kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan dan hematoma.

Pada pasien 1, diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan adanya luka pada telapak kaki kanan sejak 1 minggu, luas luka kurang lebih 4 cm dengan diameter 3-4 cm.

Pada pasien 2, diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan adanya luka pada telapak kaki kiri sejak 3 minggu, luas luka kurang lebih 12 cm dengan diameter 3-4 cm.

Menurut peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan, tanda mayor yang di dapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI yaitu sekitar 80-100%.

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Menurut (PPNI, 2017) gangguan mobilitas fisik memiliki definisi keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gejala dan tanda mayor mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak



(ROM) menurun. Sedangkan pada gejala dan tanda minor mengeluh nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah.

Pada pasien 2, diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien mengeluh nyeri saat bergerak, gerakan terbatas, fisik lemah, kekuatan otot menurun.

Menurut peneliti pada pasien 2 dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik, tanda mayor yang di dapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI yaitu sekitar 80-100%.

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

- a. Deficit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan)

Menurut (PPNI,2017) deficit nutrisi memiliki definisi asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Gejala dan tanda mayor berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal. Sedangkan gejala dan tanda minor mengeluh cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, rambut rontok berlebihan.

Pada pasien 1, diagnosa deficit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan) ditandai dengan cepat kenyang setelah makan, nafsu makan menurun, berat badan pasien berkurang dari 67 kg menjadi 52 kg dalam waktu 2 bulan.

Menurut peneliti pada pasien 1 dengan diagnosa keperawatan deficit nutrisi, tanda mayor yang di dapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa pada SDKI yaitu sekitar 80-100%.

b. Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan (glaucoma)

Menurut (PPNI, 2017) risiko jatuh memiliki definisi berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Batasan karakteristiknya adalah usia  $\geq 65$  tahun (pada dewasa) atau  $\leq 2$  tahun (pada anak), riwayat jatuh, kondisi pasca operasi, lingkungan tidak aman, kekuatan otot menurun, gangguan penglihatan, neuropati.

Pada pasien 2, diagnosa risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan di dapatkan data pasien tidak dapat melihat dan penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse total skor 45 (risiko).

Menurut peneliti pada pasien 2 dengan diagnosa keperawatan risiko jatuh, penulis sudah memenuhi validasi penegakan diagnosa risiko pada SDKI.

### **3. Intervensi Keperawatan**

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

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan Tindakan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dibuat setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan tujuan dan kriteria hasil, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

Pada diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia pada pasien 1 dan pasien 2, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil menurut (PPNI, 2018) yaitu : warna kulit pucat cukup menurun, nyeri ekstremitas cukup menurun, akral membaik. Adapun intervensi tindakan perfusi perifer tidak efektif yang telah disusun oleh peneliti pada pasien 1 dan pasien 2 sudah menurut (PPNI, 2018) antara lain : 1. Periksa sirkulasi perifer ( nadi perifer, edema, pengisian kapiler, suhu) 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 3. Lakukan pencegahan infeksi 4. Lakukan perawatan kaki dan kuku.

Menurut peneliti penerapan intervensi perfusi perifer tidak efektif yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 belum sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kriteria hasil intervensi perfusi perifer tidak efektif yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada pasien 1, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil menurut (PPNI, 2018) yaitu : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun. Adapun intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun oleh penulis pada pasien 1 sudah menurut (PPNI, 2018) antara lain : 1. Identifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan teknik nonfarmakologi 4. Jelaskan strategi meredakan nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgetic.

Sedangkan pada pasien 2 penulis mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil

menurut (PPNI, 2018) : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun. Adapun intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun penulis pada pasien 2 sudah menurut (PPNI, 2018) yaitu : 1. Identifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan teknik nonfarmakologi 4. Kolaborasi pemberian analgetic

Menurut peneliti penerapan intervensi nyeri akut yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kriteria hasil intervensi nyeri akut yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

- c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer

Pada diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer pada pasien 1 dan pasien 2, penulis mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka integritas jaringan meningkat dengan kriteria hasil menurut (PPNI, 2018) yaitu : kerusakan lapisan kulit cukup menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, suhu kulit membaik. Adapun intervensi tindakan gangguan integritas kulit/jaringan yang telah

disusun oleh penulis pada pasien 1 dan pasien sudah menurut (PPNI, 2018) antara lain : 1. Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Kolaborasi pemberian antibiotic.

Menurut peneliti penerapan intervensi gangguan integritas kulit/jaringan yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kriteria hasil intervensi gangguan integritas kulit/jaringan yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

- d. Deficit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan)

Pada diagnosa keperawatan deficit nutrisi berhubungan dengan factor psikologis (keengganan untuk makan) pada pasien 1, penulis mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil menurut (PPNI, 2018) yaitu : porsi makanan yang dihabiskan meningkat, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik. Adapun intervensi tindakan deficit nutrisi yang telah disusun oleh penulis pada pasien 1 sudah sesuai menurut (PPNI, 2018) antara lain : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor

asupan makan 3. Berikan makanan tinggi serat 4. Berikan makanan tinggi kalori 5. Anjurkan posisi duduk

Menurut peneliti penerapan intervensi defisit nutrisi yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kriteria hasil intervensi defisit nutrisi yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada pasien 2, penulis mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan dalam waktu yang telah ditentukan maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil menurut (PPNI, 2018) yaitu : gerakan terbatas cukup menurun, pergerakan ekstremitas cukup meningkat. Adapun intervensi tindakan gangguan mobilitas fisik yang telah disusun oleh penulis pada pasien 2 sudah menurut (PPNI, 2018) antara lain : 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik 4. Damping dalam melakukan perawatan diri.

Menurut peneliti penerapan intervensi gangguan mobilitas fisik yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai

dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kriteria hasil intervensi gangguan mobilitas fisik yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

f. Risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan (glaucoma)

Pada diagnosa risiko jatuh dibuktikan dengan gangguan penglihatan (glaucoma) pada pasien 2, peneliti mencantumkan tujuan setelah melakukan tindakan keperawatan maka risiko jatuh tidak menjadi actual. Adapun intervensi tindakan risiko jatuh yang telah disusun oleh penulis pada pasien 2 sudah menurut (PPNI, 2018) antara lain : 1. Identifikasi factor risiko jatuh 2. Pastikan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien 5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.

Menurut peneliti penerapan intervensi risiko jatuh yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Adapun kriteria hasil intervensi risiko jatuh yang telah disusun pada pasien 1 dan pasien 2 belum sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).



#### **4. Implementasi**

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, factor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti, Yuli Mulyanti, 2017).

Implementasi pada pasien 1 dilakukan dari tanggal 7 Juni 2021 sampai 9 Juni 2021. Sedangkan pada pasien 2 dilakukan dari tanggal 24 Juni sampai 27 Juni 2021. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat oleh penulis, yang mengacu pada SLKI dan SIKI.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu memeriksa sirkulasi perifer, memonitor panas kemerahan atau bengkak pada ekstremitas, melakukan pencegahan infeksi, dan melakukan perawatan kaki dan kuku.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri akut pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu mengidentifikasi (lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, intensitas nyeri), mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologi, menjelaskan strategi meredakan nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan integritas kulit/jaringan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu memonitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau), memonitor tanda-tanda infeksi, mempertahankan teknik steril saat perawatan luka, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, kolaborasi pemberian analgetik.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah defisit nutrisi pada pasien 1 yaitu mengidentifikasi status nutrisi, memonitor asupan makan, memberikan makanan tinggi serat, memberikan makanan kalori, menganjurkan posisi duduk.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien 2 yaitu mengidentifikasi kebiasaan perawatan diri, memonitor tingkat kemandirian, menyediakan lingkungan yang terapeutik, mendampingi dalam melakukan perawatan diri.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah risiko jatuh pada pasien 2 yaitu mengidentifikasi faktor risiko jatuh, memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci, memasang handrail tempat tidur, mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan.

## **5. Evaluasi**

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 pasien (Dinarti, Yuli, 2017).

Pada pasien 1 semua diagnosa keperawatan telah teratasi pada tanggal 9 Juni 2021 sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan oleh peneliti. Pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif di dapatkan hasil warna kulit pucat cukup menurun, nyeri ekstremitas cukup menurun, akral membaik. Pada diagnosa nyeri akut di dapatkan hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun. Pada diagnosa defisit nutrisi di dapatkan hasil porsi makanan yang dihabiskan meningkat, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik. Pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan di dapatkan hasil kerusakan lapisan kulit cukup menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun.

Pada pasien 2 diagnosa keperawatan risiko jatuh telah teratasi pada tanggal 24 Juni 2021. Pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit/jaringan telah teratasi pada tanggal 26 Juni 2021 dan diagnosa nyeri akut teratasi pada tanggal 27 Juni 2021. Pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif di dapatkan hasil warna kulit pucat cukup menurun, nyeri ekstremitas cukup menurun, akral membaik. Pada diagnosa nyeri akut di dapatkan hasil keluhan nyeri menurun, meringis cukup menurun, sikap protektif menurun, gelisah cukup menurun. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik di dapatkan hasil gerakan terbatas cukup menurun, pergerakan

ekstremitas cukup meningkat. Pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan di dapatkan hasil kerusakan lapisan kulit cukup menurun, nyeri ekstremitas cukup menurun, kemerahan cukup menurun. Pada diagnosa risiko yaitu risiko jatuh tidak menjadi aktual.kulit/jaringan di dapatkan hasil kerusakan lapisan kulit cukup menurun, nyeri ekstremitas cukup menurun, kemerahan cukup menurun.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

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

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, pola aktivitas sehari-hari, data psikososial, data status mental pasien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan penatalaksanaan terapi. Pada pengkajian pasien ditemukan data berupa terdapat ulkus pada kedua pasien dengan derajat yang berbeda.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Pada penderita ulkus diabetikum terdapat 7 diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada pasien yaitu nyeri akut, koping tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit/jaringan, gangguan pola tidur, dan risiko hipovolemi. Pada pasien 1 terdapat diagnosa keperawatan yang tidak sesuai dengan teori yaitu deficit nutrisi. Sedangkan pada pasien 2 yaitu risiko jatuh.

### 3. Intervensi

Intervensi yang dilakukan dalam kasus pada pasien 1 dan pasien 2 disusun sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan dan disesuaikan dengan teori yang ada. Intervensi disusun sesuai dengan masalah yang ditemukan berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

### 4. Implementasi

Implementasi pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat.

### 5. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan peneliti pada kedua pasien dibuat dalam bentuk SOAP. Pada kedua pasien semua masalah telah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang telah dibuat oleh peneliti.

## **B. Saran**

### 1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman, serta wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum.

## 2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan perawat mampu melakukan kerjasama yang baik dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif.

## 3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum secara komprehensif.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association. (2014). *Diabetes Care. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*.
- Andrew J.M. Boulton, M. D. (2018). *Diagnosis and Manajement of Diabetic Foot Complications*. Arlington, Virginia: American Diabetes Association.
- Basri, B., utami, T., & Mulyadi, E. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.
- Darlina, D. (2011). Nursing Care Management Of Diabetes Melitus Patients. *Idea Nursing Journal*, 134-135.
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan : Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*.
- Dinarti, Yuli Mulyanti. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Badan PPSDM Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Doenges, M. E. (1999). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta : EGC.
- Ernawati, N. (2019). Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Dengan Pendekatan Kasus. *Modul 3 Metodologi Keperawatan*.
- Everett, E. (2018). Update on management of diabetic foot ulcers. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 2.
- Fatimah, R. N. (2015). Diabetes Melitus Tipe 2. *juke.kedokteran.unila.ac.id*, 94.
- Fitria, E. (2017). *Karakteristik Ulkus Diabetikum pada Penderita Diabetes Mellitus di RSUD*. Aceh: Loka Litbang Biomedis.
- IDF. (2017). *International Diabetes Federation Eight edition*.
- Kartika, R. W. (2017). *Pengelolaan Gangren Kaki Diabetik*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Krida Wacana.
- Langi, Y. A. (2011). Penatalaksanaan Ulkus Kaki Diabetes Secara Terpadu. *Jurnal FK Universitas Sam Ratulangi*.
- Maryunani, A. (2013). *Perawatan Luka Modern (Modern Woundcare)*. Jakarta: In Media.



- Michael Dansinger, M. (2019). *Diabetic Foot Problems*. Retrieved from [www.webmd.com: https://www.webmd.com/diabetes/foot-problems](https://www.webmd.com/diabetes/foot-problems)
- Muhartono. (2017). *Ulkus Kaki Diabetik Kanan dengan Diabetes Melitus Tipe 2. Fakultas Kedokteran : Universitas Lampung.*
- PERKENI. (2015). *Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia. pbperkeni.or.id*, 10.
- PERKENI. (2019). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Dewasa di Indonesia*. Jakarta: PB PERKENI.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta selatan: dewan pengurus pusat PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI.
- Rahman, H. F. (2020). Pengaruh Edukasi Perawatan Kaki Dengan Media Flip Chart Terhadap Perubahan Perilaku Klien Diabetes Melitus. *Jurnal Nasional Ilmu Kesehatan Volume 2. Edisi 3*.
- RISKESDAS. (2013). *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta: P2TPM Kementerian Kesehatan RI. Retrieved from <https://www.litbang.kemkes.go.id/laporan-riset-kesehatan-dasar-riskesdas/>
- Risnasari, N. (2014). *Hubungan Tingkat Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Dengan Munculnya Komplikasi*. Kediri: Universitas Nusantara PGRI.
- Riyadi, S. (2010). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Sari, W. (2017). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Komplikasi Ulkus Diabetikum*. Bukittinggi: EGC.
- Setiadi. (2012). *Konsep Dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan : Teori & Praktik*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setiyawan, A. (2016). Gambaran Kadar Glukosa Darah Sewaktu. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Veranita. (2016). Hubungan Antara Kadar Glukosa Darah Dengan Derajat Ulkus Kaki Diabetik. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*.
- WHO. (2020). *Diabetes*.

- Yuniarti. (2014). Peran Perawat Sebagai Care Giver. *Litbang Kemenkes RI*.
- Yunus, B. (2014). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Lama Penyembuhan Luka Pada Pasien Ulkus Diabetikum Di Rumah Perawatan*. Makassar: UIN Alauddin.
- Yustiana, O., & Abdul, G. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

## Lampiran



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALTIM

PRODI D-III KEPERAWATAN







## LEMBAR KONSULTASI

## BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Nur Apsari  
 NIM : P07220118097  
 PEMIMBING I : Ns. Nurhayati, S.ST., M.Pd  
 PEMIMBING II : Ns. Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	26/1/21	- Latar belakang masalah	- Latar belakang masalah berisi introduksi, fenomena atau data prevalensi, sebab terjadinya, dampak, solusi dan justifikasi - Menyetujui kasus yang akan diambil	Mu	
2.	29/1/21	- Latar belakang masalah	- Menyetujui judul dengan ulkur diabetikum - Menyarankan untuk melakukan arahan Keperawatan HCN		
3.	17/2/21	- BAB I	- Didalam judul harus ada unsur tindakan, subyek masalah, masalah, tempat dan waktu penelitian - Susunan latar belakang masalah piramida terbalik	Mu	

		- BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tambah kan penelitian terdahulu</li> <li>- Pelajari pathway</li> </ul>	Mun	
4.	19/1/21	- BAB I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Judul proposal tidak ada nama dosen dan tidak menggunakan RT</li> <li>- Masukkan wilayah kerja Puskesmas</li> <li>- Data prevalensi dirapikan</li> <li>- penyajian sesuaikan dengan pedoman</li> </ul>		
5.	28/1/21	BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pahami konsep teori</li> <li>- Pathway diberikan daftar bahan</li> <li>- Perbaiki daftar pustaka</li> </ul>		
6.	7/3/21	- Mengganti tempat Penelitian	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyetujui perpindahan tempat Penelitian dari keluarga ke Rumah sakit</li> <li>- Pahami konsep teori ulkus diabetikum</li> </ul>	Mun	
7.	8/3/21	BAB II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sumber penulisan harus jelas</li> <li>- Daftar pustaka dirapikan</li> </ul>		

8.	9/7/21	- Pengkajian format arahan keperawatan	- Menyetujui untuk melanjutkan Penelitian BAB IV	Mus	
9.	19/7/21	BAB IV	- Gambaran lokasi penelitian ditambahkan - Implementasi pasien ditambahkan - Pembahasan berisi kesesuaian dan kesenjangan	Mus	

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
PoltekkesKemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep

NIP : 196803291994022001