

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN KEPADA PASIEN Ny.Y M  
DENGAN DIABETES MELLITUS ULCUS PEDIS SINISTRA  
DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT POLRI TITUS ULLY”**



**MELIANA RAFU**

**NIM : PO5303201181217**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN  
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

### **“ASUHAN KEPERAWATAN KEPADA PASIEN Ny.Y M DENGAN DIABETES MELLITUS ULCUS PEDIS SINISTRA DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT POLRI TITUS ULLY”**

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program Studi  
D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**MELIANA RAFU**

**NIM : PO5303201181217**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN  
KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

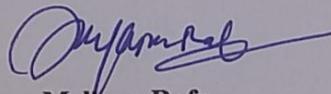
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Meliana Rafu  
NIM : PO.5303201181217  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 21 Juli 2019

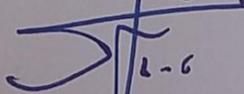
Pembuat Pernyataan



Meliana Rafu

NIM : PO5303201181217

Mengetahui  
Pembimbing

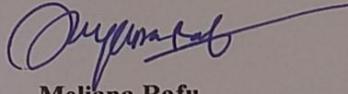


Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes  
NIP. 196911281993031005

**LEMBARAN PERSETUJUAN**

*Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh : Meliana Rafu , NIM : PO5303201181217  
dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN KEPADA Ny. Y M, DENGAN  
DIABETES MELLITUS ULCUS PEDIS SINISTRA DIRUANG CEMPAKA  
RUMAH SAKIT POLRI TITUS ULLY” yang telah diperiksa dan disetujui  
untuk diujikan*

**Disusun Oleh :**



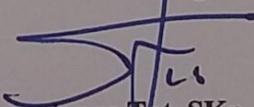
**Meliana Rafu**

**NIM : PO5303201181217**

**Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi D-III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**

**Pada Tanggal, 22 Juli 2019**

**Pembimbing**



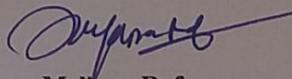
**Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes**

**NIP. 196911281993031005**

LEMBARAN PENGESAHAN

“ ASUHAN KEPERAWATAN KEPADA PASIEN Ny. Y M DENGAN  
DIABETES MELLITUS ULCUS PEDIS SINISTRA DIRUANG CEMPAKA  
RUMAH SAKIT POLRI TITUS ULLY”

Disusun Oleh :



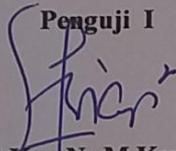
Meliana Rafu

NIM. PO5303201181217

Telah Diuji Pada Tanggal 23 Juli 2019

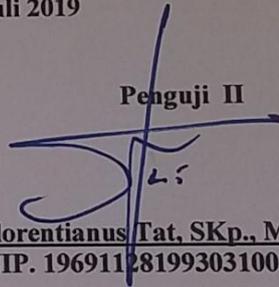
Dewan Penguji

Penguji I



Diana Suek, S.Kep.Ns.M.Kep.Sp.Kep.An  
NIP. 197812152000122002

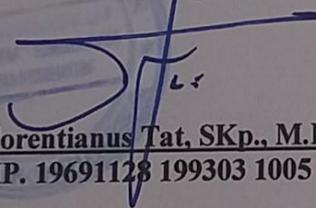
Penguji II



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengesahkan

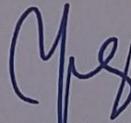
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes  
NIP. 19691128 199303 1005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Telli, S.Kep., Ns., MSc-PH  
NIP. 197707272000032002

## **BIODATA PENULIS**

Nama : Meliana Rafu  
Tempat Tanggal Lahir : Halibot, 22 Mei 1978  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Asal : Atambua  
Alamat : Puskesmas Haekesak  
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDI tanah Merah 1 Tahun 1991
2. Tamat SMP Negeri Sadi Tahun 1994
3. Tamat SPK St, Elisabeth Lela Tahun 1998
4. Tamat D3 Keperawatan POLTEKKES Kupang Tahun 2019

## **MOTTO**

**“Belajarlh dari sebuah kesalahan agar kamu mengerti arti sebuah perjuangan“**

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan bimbingannya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. YM dengan Diabetes Mellitus ulkus Pedis Sinistra Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Polri Titus Uly”.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, baik itu berupa bantuan melalui tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Dr. Florentianus Tat,SKp.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, dan juga selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian serta dengan segala totalitasnya dalam membimbing penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Orpa Diana Suek,S.Kep,Ns,M.Kep,Sp.Kep.An, selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Yasinta Disi,Amd.Kep selaku penguji ketiga serta CI Klinik di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan studi kasus.
4. Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang Ibu R.H Kristina, SKM.,M.,Kes pada periode 2018/2022 selaku pelindung dalam kegiatan ujian akhir program mahasiswa/mahasiswa Prodi Diploma III keperawatan Kupang.
5. Margaretha Teli,S.Kep,Ns,MSc.Ph selaku Ketua Program Studi Diploma III keperawatan Kupang

6. Bapak Ibu dosen keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang atas bimbingan selama perkuliahan serta semua karyawan/i yang telah banyak membantu selama kuliah.
7. Kepala dinas kesehatan kabupaten Belu yang telah memberikan kesempatan untuk penulis melanjutkan perkuliahan.
8. Untuk suami tercinta Ahas Feros Bouk dan kedua anak tersayang Reinata Bouk dan Guntur Bouk yang telah mendukung penulis selama masa perkuliahan,
9. Untuk sahabat dan teman-teman RPL angkatan IIdalam membantu penulis selama 1 tahun bersama di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kupang.
10. Untuk Kakak dan Adik tercinta, Kakak Astin Mako, Adik Iyan Luan, Adik Virgina Mu, Adik Hendro Mu, Adik Efi Mu, dan anak Andre Pandie yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan karya tulis.

Akhir kata, penulis menyadari bahwalaporanstudi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan laporan studi kasus ini.

Kupang, 23 Juli 2019

Penulis

## ABSTRAK

### Asuhan Keperawatan Pada Ny. Y. M Dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra Diruangan Cempaka RSPolri Titus Uly

Oleh: Meliana Rafu

**Latar belakang:** Diabetes mellitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (Kowalak, dkk. 2016).

**Tujuan:** Untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada Ny. Y. M dengan Ulkus Diabetikum di Ruang Cempaka RS Bhayangkara Kupang. **Metode:** Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), observasi dan pemeriksaan fisik. **Hasil:** Hasil Pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri sejak 10 hari yang lalu, nyeri dirasakan bila pasien berjalan, nyeri seperti tertusuk jarum, skala nyeri 6 (nyeri sedang), nyeri hanya di area kaki kiri, dan nyeri dirasakan terus menerus. Diagnosa keperawatan yang diangkat Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis dan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ulkus DM. Intervensi yang diimplementasikan dengan mengajarkan teknik non farmakologi (kompres hangat didaerah sekitar area luka), memodifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien (mengalihkan fokus pasien dengan bercerita), kolaborasi pemberian terapi analgesik, perawatan luka dan posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka. Evaluasi didapatkan pasien masih mengeluh nyeri pada kaki kiri dan luka pada kaki masih ada dan masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan. **Kesimpulan :** Asuhan keperawatan pada Ny. Y.M dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan. Semua masalah keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan diatas dapat dilaksanakan secara optimal. Saran bagi pelayanan keperawatan yaitu perlu meningkatkan pengetahuan pasien melalui edukasi kesehatan tentang perawatan luka DM.

**Kata Kunci:** Asuhan Keperawatan, Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra, Ulkus Diabetikum

## DAFTAR ISI

	Hal.
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>BIODATA PENULIS</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	x
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan .....	3
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	3
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORI</b> .....	5
2.1 Konsep Teori DM Dan Ulkus Diabetikum.....	5
2.1.1 Konsep Teori Diabetes Mellitus.....	5
2.1.2 Konsep Teori Ulkus Diabetikum.....	13
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	21
<b>BAB 3 STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN</b> .....	31
3.1 Hasil Studi Kasus.....	31
3.2 Pembahasan.....	41
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	46
<b>BAB 4 PENUTUP</b> .....	47
4.1 Kesimpulan.....	47
4.2 Saran.....	48
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	49

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- 1. Jadwal Kegiatan**
- 2. Format Pengkajian**
- 3. Asuhan Keperawatan**
- 4. Lembar Konsultasi**

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (Kowalak, dkk. 2016). Diabetes Melitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu diwaspadai oleh seluruh dunia . Hal ini dikarenakan adanya peningkatan jumlah penderita diabetes dari tahun ke tahun. Pada tahun 2015 menyebutkan sekitar 415 juta orang dewasa menderita diabetes, kenaikan 4 kali lipat dari 108 juta di tahun 1980an. Apabila tidak ada tindakan pencegahan maka jumlah ini akan terus meningkat tanpa ada penurunan. Diperkirakan pada tahun 2040 meningkat menjadi 642 juta penderita (IDF Atlas, 2015).

Diabetes Melitus disebut dengan *the silent killer* karena penyakit ini dapat menimbulkan berbagai komplikasi antara lain gangguan penglihatan mata, katarak, penyakit jantung, sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk/gangren, infeksi paru-paru, gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya. Tingginya prevalensi diabetes melitus Tipe 2 disebabkan oleh faktor risiko yang tidak dapat berubah misalnya jenis kelamin , umur, dan faktor genetik, selain itu dapat juga disebabkan oleh faktor genetik yang dapat diubah misalnya kebiasaan merokok, tingkat pendidikan , konsumsi alkohol, dan indeks masa tubuh, aktivitas fisik, lingkar pinggang. Dampak yang paling serius dari penyakit diabetes ini yaitu komplikasi kaki ulkus diabetik. Ulkus kaki diabetik adalah penyakit kaki pada penyandang diabetes melitus disebabkan oleh penyakit vaskuler perifer atau neuropati keduanya. Selain berdampak terhadap kesehatan penyakit ini juga bisa berdampak pada masalah ekonomi masyarakat, dimana biaya perawatan dan pengobatan dari penyakit ini masih sangat terlalu mahal. Mengingat taraf ekonomi Indonesia masih sangat rendah.

International Diabetes Federation mengatakan prevalensi DM di dunia mengalami peningkatan yang sangat besar. International Diabetes Federation

(IDF) mencatat sekitar 366 juta orang di seluruh dunia, atau 8,3% dari orang dewasa, diperkirakan memiliki DM pada tahun 2011. Jika tren ini berlanjut, pada tahun 2030 diperkirakan dapat mencapai 552 juta orang, atau 1 dari 10 orang dewasa akan terkena diabetes melitus. Pada tahun 2015 Indonesia menempati peringkat ketujuh prevalensi penderita diabetes tertinggi didunia bersama dengan Negara China, India,

Amerika Serikat, Brazil, Rusia dan Mexico, dengan jumlah estimasi orang dengan diabetes sebesar 10 juta jiwa. Di Indonesia, prevalensi DM yang terdiagnosis dokter atau gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%), dan Nusa Tenggara Timur (3,3 %) (Kemenkes, 2013). Di provinsi NTT Prevelensi penyakit Diabetes Melitus sebanyak 1,2 % yang terdiagnosa oleh dokter dan diperkirakan gejala akan meningkat seiring bertambahnya usia (Risksedas 2013). Berdasarkan data yang di diperoleh dari buku registrasi diruangan Cempaka pada tahun 2018 ( bulan Januari – Desember) sebanyak 15 % kasus DM. Dan pada tahun 2019 ( bulan Januari - Juli ) terdapat 5 kasus.

Penderita DM penting untuk mematuhi serangkaian pemeriksaan seperti pengontrolan gula darah. Bila kepatuhan dalam pengontrolan gula darah pada penderita DM rendah, maka bisa menyebabkan tidak terkontrolnya kadar gula darah yang akan menyebabkan komplikasi. Mematuhi pengontrolan gula darah pada DM merupakan tantangan yang besar supaya tidak terjadi keluhan subyektif yang mengarah pada kejadian komplikasi. Diabetes melitus apabila tidak tertangani secara benar, maka dapat mengakibatkan berbagai macam komplikasi.

Peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah ulkus Diabetikum. Asuhan keperawatan yang professional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implemmentasi keperawatan, dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

## **1.2 Tujuan Studi Kasus**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Mampu menggambarkan Asuhan Keperawatan pada Ny. Y. M dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly.

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

1. Mampu mengidentifikasi pengkajian pada pada Ny. Y. M dengan dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly.
2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. Y. M dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly.
3. Mampu menetapkan intervensi keperawatan pada Ny. Y. M dengan dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly.
4. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny. Y. M dengan dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. Y. M dengan dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly.

## **1.3 Manfaat Studi Kasus**

### **1.3.1 Bagi Penulis**

Untuk menambah wawasan dan pengalaman bagi penulis khususnya dibidang keperawatan pada Ny. Y. M dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra.

### **1.3.2 Bagi Institusi**

Sebagai acuan dalam kegiatan proses belajar dan bahan pustaka tentang asuhan keperawatan pada Ny. Y. M dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra.

### 1.3.3 Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya keperawatan pada Ny. Y. M dengan Diabetes Mellitus Ulkus Pedis Sinistra.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori Diabetes Mellitus dan Ulkus Diabetikum**

##### **2.1.1 Diabetes Mellitus**

###### **2.1.1.1 Pengertian**

Diabetes mellitus merupakan sekelompok kelaianan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Pada diabetes mellitus kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin (Brunner and Suddarth, 2010).

Diabetes mellitus tipe 2 atau *Non Insulin Dependendt Diabetes Mellitus*) merupakan intoleransi glukosa pada lansia berkaitan dengan obesitas, aktifitas fisik yang berkurang, kurangnya masa otot, penyakit penyerta, penggunaan obat-obatan, disamping karena pada lansia terjadi penurunan sekresi insulin dan insulin resisten (Hasdianah, 2012)

Diabetes Melitus (DM) atau disebut diabetes saja merupakan penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif. Insulin adalah hormon yang mengatur keseimbangan kadar gula darah (InfoDATIN, 2014)

###### **2.1.1.2 Etologi Diabetes Mellitus**

Menurut (Suddarth, 2014) penyebab diabetes mellitus terbagi menjadi:

###### **1. Diabetes Tipe 1**

Diabetes tipe I ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pancreas. Kombinasi faktor genetic, imunologi dan mungkin pula lingkungan (misalnya, infeksi virus) diperkirakan turut menimbulkan destruksi sel beta.

*Faktor-faktor genetik.* Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri; tetapi, mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan

genetik ke arah terjadinya diabetes tipe I. kecenderungan ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*human leucocyte antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

**Faktor-faktor imunologi.** Pada diabetes tipe I terdapat bukti adanya suatu respons autoimun. Respons ini merupakan respons abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing. Otoantibodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen (internal) terdeteksi pada saat diagnosis dibuat dan bahkan beberapa tahun sebelum timbulnya tanda-tanda klinis diabetes tipe I.

**Faktor-faktor Lingkungan.** Penyelidikan juga sedang dilakukan terhadap kemungkinan faktor-faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel beta. Sebagai contoh hasil penyelidikan yang menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta.

## 2. Diabetes Tipe II

Faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Selain itu terdapat pula faktor-faktor resiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II. Faktor-faktor ini adalah:

**Obesitas.** Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh sehingga insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik.

**Usia.** Resistensi insulin cenderung meningkat pada usia diatas 65 tahun.

**Gestasional.** Diabetes melitus dengan kehamilan (diabetes mellitus gestasional) adalah kehamilan normal yang disertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal mempertahankan euglycemia).

### **2.1.1.3 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus**

Manifestasi klinis diabetes melitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolic defisiensi insulin. Pasien-pasien dengan defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal, atau toleransi glukosa setelah makan karbohidrat. Jika hiperglikemianya berat dan melebihi ambang ginjal untuk zat ini, maka timbul glikosuria. Glikosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urine (*poliuria*) dan timbul rasa haus (*polidipsia*). Karena glukosa hilang bersama urine, maka pasien mengalami keseimbangan kalori negative dan berat badan berkurang. Rasa lapar yang semakin besar (*polifagia*) akan timbul sebagai akibat kehilangan kalori. Pasien akan mengeluh lelah dan mengantuk (Price & Wilson, 2015)

Pasien dengan diabetes tipe I sering memperlihatkan awitan gejala yang eksplosif dengan polidipsia, poliuria, polifagia, turunnya berat badan, lemah, somnolen yang terjadi selama beberapa hari atau beberapa minggu. Pasien dapat menjadi sakit berat dan timbul *ketoasidosis*, serta dapat meninggal kalau tidak mendapatkan pertolongan segera. Terapi insulin biasanya diperlukan untuk mengontrol metabolisme dan umumnya pasien peka terhadap insulin. Sebaliknya, pasien dengan diabetes tipe II mungkin sama sekali tidak memperlihatkan gejala apapun, dan diagnosis hanya dibuat berdasarkan pemeriksaan darah dilaboratorium dan melakukan tes toleransi glukosa. Pada hiperglikemia yang lebih berat, pasien tersebut mungkin menderita polidipsia, poliuria, lemah dan somnolen. Biasanya mereka tidak mengalami ketoasidosis karena pasien ini tidak defisiensi insulin secara absolute namun hanya relative (Price & Wilson, 2015).

### **2.1.1.4 Klasifikasi Diabetes Melitus**

#### **1. Tipe I : Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)**

Diabetes ini dikenal sebagai tipe juvenile onset dan tipe dependen insulin, namun kedua tipe ini dapat muncul pada sembarang usia.

Insidens tipe I sebanyak 30.000 kasus baru setiap tahunnya dan dapat dibagi dalam dua subtype yaitu autoimun akibat disfungsi autoimun dengan kekurangan sel-sel beta dan idiopatik tanpa bukti adanya autoimun dan tidak diketahui sumbernya. Sub tipe ini lebih sering timbul pada etnik keturunan Afrika-Amerika dan Asia. Diabetes tipe I banyak ditemukan pada balita, anak-anak dan remaja. Sampai saat ini, Diabetes Mellitus tipe I hanya dapat diobati dengan pemberian terapi insulin yang dilakukan secara terus menerus berkesinambungan. Riwayat keluarga, diet dan faktor lingkungan sangat mempengaruhi perawatan penderita diabetes tipe I. Pada penderita diabetes tipe I haruslah diperhatikan pengontrolan dan memonitor kadar gula darahnya, sebaiknya menggunakan alat test gula darah. Terutama pada anak-anak atau balita yang mana mereka sangat mudah mengalami dehidrasi, sering muntah dan mudah terserang berbagai penyakit.

## 2. Tipe II : Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)

90% sampai 95% penderita diabetik adalah tipe II. Kondisi ini diakibatkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin (resisten insulin) atau akibat penurunan jumlah pembentukan insulin. Pengobatan pertama adalah dengan diet dan olahraga; jika kenaikan kadar glukosa darah menetap, suplemen dengan preparat hipoglikemia (suntikan insulin dibutuhkan jika preparat oral tidak dapat mengontrol hiperglikemia). Terjadi paling sering pada mereka yang berusia lebih dari 30 tahun dan pada mereka yang obesitas.

## 3. Diabetes gestasional (GDM)

GDM dikenal pertama kali selama kehamilan dan mempengaruhi 4% dari semua kehamilan. Faktor resiko terjadinya GDM adalah usia tua, etnik, obesitas, multiparitas, riwayat keluarga, dan riwayat diabetes gestasional terdahulu. Karena terjadi peningkatan sekresi berbagai hormone yang mempunyai efek metabolic terhadap toleransi glukosa, maka kehamilan adalah suatu keadaan diabetogenik. Pasien-pasien yang mempunyai predisposisi diabetes secara genetic mungkin

akan memperlihatkan intoleransi glukosa atau manifestasi klinis diabetes pada kehamilan.

4. Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya.

Dalam skala yang lebih kecil, ada beberapa kasus diabetes oleh syndrome genetic tertentu (perubahan fungsi sel beta dan perubahan fungsi insulin secara genetis), gangguan pada pancreas yang didapati pada pecandu alcohol, dan penggunaan obat ataupun zat kimia. Beberapa kasus tersebut dapat memicu gejala yang sama dengan diabetes.

#### **2.1.1.5 Patofisiologi Diabetes Mellitus**

Diabetes melitus adalah kumpulan penyakit metabolic yang ditandai dengan hiperglikemia akibat kerusakan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Ada empat tipe utama diabetes melitus yaitu, diabetes melitus tipe I (5%-10% kasus terdiagnosis), diabetes melitus tipe II (90%-95% kasus terdiagnosis), diabetes gestasional (2%-5% dari semua kehamilan), dan diabetes melitus tipe spesifik lain (1%-2% kasus terdiagnosis) (LeMone, Burke, & Bauldoff, 2015)

Ibarat suatu mesin, tubuh memerlukan bahan untuk membentuk sel baru dan mengganti sel yang rusak. Disamping itu tubuh juga memerlukan energy supaya sel tubuh dapat berfungsi dengan baik. Energy yang dibutuhkan oleh tubuh berasal dari bahan makanan yang kita makan setiap hari. Bahan makanan tersebut terdiri dari unsur karbohidrat, lemak dan protein (Rendy & TH, 2012)

Pada keadaan normal kurang lebih 50% glukosa yang dimakan mengalami metabolisme sempurna menjadi CO<sub>2</sub> dan air, 10% menjadi glikogen dan 20%-40% diubah menjadi lemak. Pada diabetes melitus semua proses tersebut terganggu karena terdapat defisiensi insulin. Penyerapan glukosa kedalam sel macet dan metabolismenya terganggu. Keadaan ini menyebabkan sebagian besar glukosa tetap berada dalam sirkulasi darah sehingga terjadi hiperglikemia (Rendy & TH, 2012)

Penyakit diabetes melitus disebabkan oleh karena gagalnya hormon insulin. Akibat kekurangan insulin maka glukosa tidak dapat diubah menjadi glikogen sehingga kadar gula darah meningkat dan terjadi hiperglikemia. Ginjal tidak dapat menahan hiperglikemi ini, karena ambang batas untuk gula darah adalah 180 mg% sehingga apabila terjadi hiperglikemi maka ginjal tidak bisa menyaring dan mengabsorpsi sejumlah glukosa dalam darah. Sehubungan dengan sifat gula yang menyerap air maka semua kelebihan dikeluarkan bersama urine yang disebut glukosuria. Bersamaan keadaan glukosuria maka sejumlah air hilang dalam urin yang disebut poliuria. Poliuria mengakibatkan dehidrasi intraseluler, hal ini akan merangsang pusat haus sehingga pasien akan merasakan haus terus menerus sehingga pasien akan minum terus yang disebut polidipsia (Rendy & TH, 2012)

Produksi insulin yang kurang akan menyebabkan menurunnya transport glukosa ke sel-sel sehingga sel-sel kekurangan makanan dan simpanan karbohidrat, lemak dan protein menjadi menipis. Karena digunakan untuk melakukan pembakaran dalam tubuh, maka klien akan merasa lapar sehingga menyebabkan banyak makan yang disebut poliphagia. terlalu banyak lemak yang dibakar maka akan terjadi penumpukan asetat dalam darah yang menyebabkan keasaman darah meningkat atau asidosis. Zat ini akan meracuni tubuh bila terlalu banyak hingga tubuh berusaha mengeluarkan melalui urine dan pernapasan, akibatnya bau urine dan napas penderita berbau aseton atau bau buah-buahan. Keadaan asidosis ini apabila tidak segera diobati akan terjadi koma yang disebut koma diabetik (Rendy & TH, 2012)

#### **2.1.1.6 Komplikasi Diabetes Melitus**

Menurut (Suddarth, 2014) komplikasi diabetes melitus dibedakan menjadi 2, antara lain:

##### **1. Komplikasi Akut**

Komplikasi akut terjadi sebagai akibat dari ketidakseimbangan jangka pendek dalam glukosa darah. Ada tiga komplikasi akut pada

diabetes yang penting dan berhubungan dengan gangguan keseimbangan kadar glukosa darah jangka pendek. Ketiga komplikasi tersebut adalah: Hipoglikemia, ketoasidosis diabetik, dan sindrom HHNK (juga disebut koma hiperglikemik hiperosmolar nonketotik). Komplikasi Akut meliputi : hiperglikemia, diabetik ketoacidosis (DKA), kondisi hiperosmolar hiperglikemik (HH) dan hipoglikemia.

## 2. Komplikasi Kronik

Komplikasi jangka panjang diabetes dapat menyerang semua system organ dalam tubuh. Komplikasi Kronis meliputi: Perubahan pada sistem kardiovaskular (PJK, hipertensi, stroke, penyakit pembuluh darah perifer, diabetik retinopati, diabetik nefropati, visceral neuropati dan komplikasi pada kaki).

### **2.1.1.7 Penatalaksanaan Diabetes Melitus**

Menurut (Suddarth, 2014) tujuan utama terapi diabetes adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi terjadinya komplikasi vascular dan neuropatik. Tujuan terapeutik pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia) tanpa terjadinya hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas pasien. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes:

#### 1. Diet

Diet dan pengendalian berat badan merupakan dasar dari penatalaksanaan diabetes. Penatalaksanaan nutrisi pada penderita diabetes diarahkan untuk mencapai tujuan memberikan semua unsur makanan esensial (misalnya vitamin, mineral), mencapai dan mempertahankan berat badan yang sesuai, memenuhi kebutuhan energi, mencegah fluktuasi kadar glukosa darah setiap harinya dengan mengupayakan kadar glukosa darah mendekati normal melalui cara-cara yang aman dan praktis,

menurunkan kadar lemak darah jika kadar ini meningkat (Suddarth, 2014)

## 2. Latihan

Latihan sangat penting dalam penatalaksanaan diabetes karena efeknya dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskuler. Latihan akan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengembalian glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Sirkulasi darah dan tonus otot juga diperbaiki dengan berolahraga. Latihan dengan cara melawan tahanan (*resistance training*) dapat meningkatkan *lean body mass* dan dengan demikian menambah laju metabolisme istirahat (*resting metabolic rate*). Semua efek ini sangat bermanfaat pada diabetes karena dapat menurunkan berat badan, mengurangi rasa stress dan mempertahankan kadar lemak darah (Suddarth, 2014)

## 3. Pemantauan

Dengan melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri, penderita diabetes kini dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal. (Suddarth, 2014)

## 4. Pendidikan kesehatan

Penyuluhan kesehatan merupakan salah satu bentuk penyuluhan kesehatan pada penderita diabetes melitus melalui berbagai macam-macam cara atau media misalnya leaflet, poster, televisi, kaset, video, diskusi kelompok, dan sebagainya (Suddarth, 2014)

### **2.1.1.8 Pemeriksaan Penunjang Diabetes Melitus**

Kriteria diagnostic WHO dalam (Padila, 2012) untuk diabetes mellitus sedikitnya 2 kali pemeriksaan :

1. Glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dl (11,1 mmol/L)
2. Glukosa plasma puasa > 140 mg/dL (7,8 mmol/L)
3. Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial) > 200 mg/dL
4. Asetan plasma : hasil (+) mencolok
5. Asam lemak bebas : peningkatan lipid dan kolestrol
6. Osmolaritas serum (> 300 osm/l)
7. Urinalisis : proteinuria, ketonuria, glukosuria

### **2.1.2 Ulkus Diabetikum**

#### **2.1.2.1 Pengertian**

Luka diabetik adalah luka yang terjadi pada pasien diabetik yang melibatkan gangguan pada saraf perifer dan autonomic (Suryadi.2004 dalam Wijaya & Putri, 2013). Luka diabetik adalah luka yang terjadi karena adanya kelainan pada saraf, kelainan pembuluh darah dan kemudian adanya infeksi. Bila infeksi tidak diatasi dengan baik, hal ini akan berlanjut menjadi pembusukan bahkan dapat diamputasi.

Ulkus adalah luka terbuka pada permukaan kulit atau selaput lendir dan ulkus adalah kematian jaringan yang luas dan disertai dengan invasif kuman saprofit. Adanya kuman saprofit tersebut menyebabkan ulkus menjadi berbau, ulkus diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dari perjalanan DM dengan neuropati perifer (Andygreeni,2010). Ulkus diabetikum dikenal dengan istilah gangren didefinisikan sebagai jaringan nekrosis atau jaringan mati yang disebabkan oleh adanya emboli pembuluh darah besar arteri pada bagian tubuh sehingga suplai darah berhenti. Dapat terjadi sebagai akibat proses inflamasi yang memanjang, perlukaan ( digigit serangga, kecelakaan kerja atau terbakar ), proses degeneratif ( arterioskrosis) atau gangguan metabolik diabetes melitus (

Gitarja 1999). Ganggrendiabetik adalah nekrosis jaringan pada bagian tubuh perifer akibat diabetes melitus. Biasanya gangren tersebut terjadi pada daerah tungkai, keadaan ini ditandai dengan pertukaran selulitis dan timbulnya vesikula atau bula yang hemoragik kuman yang biasa menginfeksi pada gangren diabetik adalah steptococcus (Soeatmaji, 1999)

#### **2.1.2.2 Kalsifikasi**

Wagner (1983) dikutip oleh Waspadji. S membagi kerusakan integritas ( gangren ) menjadi 5 tingkatan , yaitu :

- Derajat 0 : tidak ada lesi terbuka, kulit masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “ claw ,callus”
- Derajat 1 : ulkus superfisial terbatas pada kulit
- Derajat 2 : ulkus dalam menembus tendon dan tulang
- Derajat 3 : abses dalam, dengan atau tanpa osteomeilitis
- Derajat 4 : gangren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis
- Derajat 5 : gangren seluruh kaki atau sebagian tungkai

Sedangkan Brand (1986) dan Ward (1987) membagi gangren kaki menjadi 2 golongan yaitu :

##### ❖ Kaki Diabetik Akibat Iskemik ( KDI )

Disebabkan penurunan aliran darah ke tungkai akibat adanya makroangiopati (arterosklerosis) dari pembuluh darah kurang besar ditungkai, terutama didaerah betis.

##### ❖ Kaki Diabetik Akibat Neuropatikm( KDN )

Terjadi kerusakan saraf somatik dan otonomik, tidak ada gangguan dari sirkulasi. Klinis dijumpai kaki yang berkeringat, hangat, kesemutan, mati rasa, oedema kaki, dengan pulsasi pembuluh darah kaki teraba baik.

### **2.1.2.3 Etiologi**

Menurut (Suddarth, 2014), faktor – faktor yang berpengaruh atas terjadinya kerusakan integritas jaringan dibagi menjadi faktor eksogen dan endogen.

1. Faktor Endogen : genetik metabolik, angiopati diabetik, neuropati diabetik.
2. Faktor Eksogen : trauma, infeksi, obat.

Faktor yang berperan dalam timbulnya ulkus diabetikum angiopati, neuropati, dan infeksi. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya atrofi pada kaki sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan ulserasi pada kaki klien. Apabila subatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit pada tungkai sesudah ia berjalan pada jarak tertentu. Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan penurunan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotika sehingga menyebabkan terjadinya luka yang sukar sembuh ( Levin, 2001 )

Infeksi sering merupakan komplikasi yang menyertai ulkus diabetikum akibat berkurangnya aliran darah atau neuropati, sehingga faktor angiopati dan infeksi berpengaruh terhadap penyembuhan ulkus diabetikum (Askandar , 2001 ).

### **2.1.2.4 Patofisiologi**

Terjadinya masalah kaki diawali dengan adanya hiperglikemia pada penyandang DM yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pembuluh darah. Neuropati, baik neuropati sensorik maupun motorik dan autonomik akan mengakibatkan berbagai perubahan pada kulit dan otot yang kemudian menyebabkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya ulkus. Adanya kerentanan terhadap infeksi yang luas. Faktor aliran darah yang berkurang

akan lebih lanjut menambah rumitnya pengelolaan kaki diabetik ( Askandar, 2001 dalam Wijaya, 2013 )

Ulkus diabetikum terdiri dari kavitas sentral biasanya lebih besar dibanding pintu masuknya dikelilingi kalus keras dan tebal. Awalnya proses pembentukan ulkus berhubungan dengan hyperglikemia yang bersifat terhadap saraf perifer, kolagen, keratin dan suplai vaskuler. Dengan adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras pada daerah kaki yang mengalami beban terbesar . neuropati sensoris perifer memungkinkan terjadinya trauma berulang mengakibatkan terjadinya kerusakan area kalus. Selanjutnya terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya ruptur sampai pada permukaan kulit menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka yang abnormal menghalangi resolusi mikroorganisme yang masuk mengadakan kolonisasi di daerah ini. Drainase yang tidak adekuat menimbulkan closed space infection. Akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya.

Penyakit neuropati dan vaskuler adalah faktor utama yang berkontribusi terjadinya luka. Masalah luka yang terjadi pada pasien dengan diabetik terkait dengan adanya pengaruh pada saraf yang terdapat di kaki yang biasanya disebut neuropati perifer. Pada pasien dengan diabetik seringkali mengalami gangguan pada sirkulasi. Gangguan sirkulasi inilah yang menyebabkan kerusakan pada saraf. Hal ini terkait dengan diabetik neuropatik yang berdampak pada sistem saraf autonom yang mengontrol fungsi otot – otot halus, kelenjar dan organ visceral.

Dengan adanya gangguan pada saraf perifer autonom pengaruhnya adalah terjadinya perubahan tonus otot yang menyebabkan abnormalnya aliran darah dengan demikian kebutuhan nutrisi dan oksigen maupun pemberian antibiotik tidak mencukupi atau tidak dapat mencapai jaringan perifer, juga tidak memenuhi kebutuhan metabolisme pada lokasi tersebut. Efek pada autonom pengaruhnya adalah terjadinya perubahan tonus otot yang menyebabkan abnormalnya aliran darah. Dengan demikian kebutuhan

akan nutrisi dan oksigen mauoun pemberian antibiotic tidak mencukupi atau tidak dapat mencapai jaringan perifer, juga tidak memenuhi kebutuhan metabolisme pada lokasi tersebut. Efek autonom neuropati ini akan menyebabkan kulit menjadi kering ( antihidrotis ) yang memudahkan kulit menjadi rusak yang akan berkontribusi terjadinya gangren. Dampak lain adalah adanya neuropati yang mempengaruhi pada saraf sensori dan sistem motor yang menyebabkan hilangnya sensasi nyeri, tekanan dan perubahan temperatur ( Suryadi, 2004 dalam Wijaya 2013 )

#### **2.1.2.5 Manifestasi Klinik**

Menurut (Suddarth, 2014)gangren diabetik akibat mikroangiopatik disebut juga gangren panas karena walaupun nekrosis daerah akral itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan dan biasanya terabapulsasi arteri dibagian distal. Biasanya terdapat ulkus diabetik pada telapak kaki. Proses mikro angiopatik menyebabkan sumbatan pembuluh darah sedangkan secara akut emboli akan memberikan gejala klinis 4P yaitu :

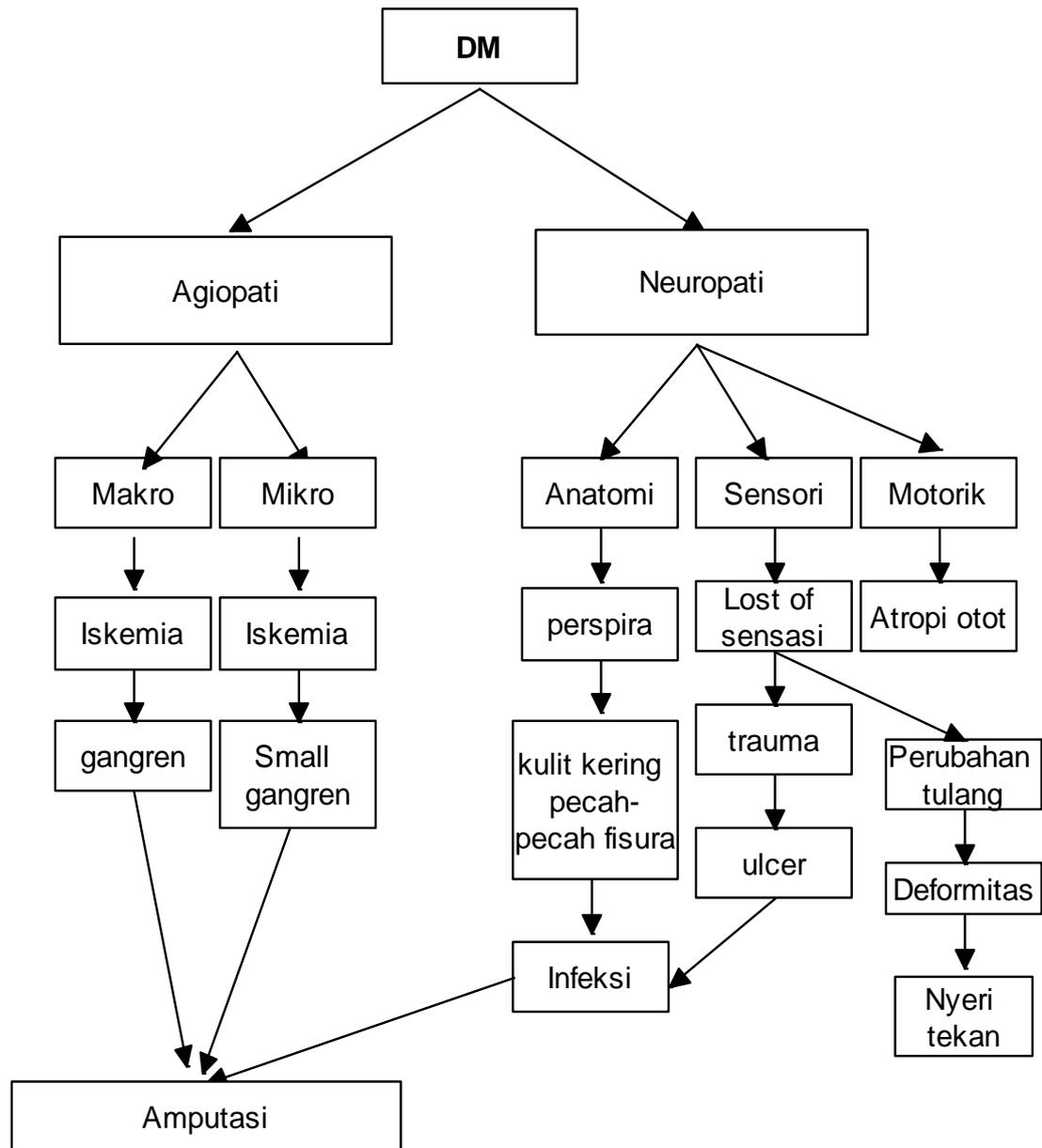
1. Pain (nyeri)
2. Paleness (kepuatan)
3. Paresthesia (parestesia dan kesemutan)
4. Paralysis ( lumpuh)

Bila terjadi sumbatan kronik akan timbul gambaran klinis :

1. Stadium I : asimtomatis atau gejala tidak khas (kesemutan)
2. Stadium II : terjadi klaudikasio intermiten
3. Stadium III : timbul nyeri saat istirahat
4. Stadium IV : terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus)

(Bunner & Suddarth, 2005).

### 2.1.2.6 PATHWAY



Sumber : (Erfandi, Evolusi Manajemen Luka, 2013)

### 2.1.2.7 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Suddarth, 2014), pemeriksaan diagnostik pada ulkus diabetikum adalah:

1. Pemeriksaan fisik
  - 1) Inspeksi

Denervasi kulit menyebabkan produktifitas keringat menurun, sehingga kulit kaki kering, pecah, rabut kaki, atau jari kaki (-), kalus, *claw toe*.

Ulkus tergantung saat ditemukan (0-5).

2) Palpasi

- a. Kulit kering, pecah-pecah, tidak normal
- b. Klusi arteri dingin, pulsasi (-)
- c. Ulkus : kalus keras dan tebal

2. Pemeriksaan radiologis : ga s subcutan, benda asing, osteomyelitis

3. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah :

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

b. Urine

Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara benedict ( reduksi ). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna urine ( hijau , kuning, merah , dan merah bata )

c. Kultur pus

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

### 2.1.2.8 Penatalaksanaan

Menurut (Suddarth, 2014), ada beberapa penatalaksanaan pada pasien ulkus diabetikum, antara lain :

1. Pengobatan

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

- a. Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab
- b. Optimalisasi suasana lingkungan luka dalam kondisi lembab
- c. Dukungan kondisi klien atau host ( nutrisi, control diabetes melitus dan control faktor penyerta )
- d. Meningkatkan edukasi klien dan keluarga

## 2. Perawatan luka diabetik

### a. Mencuci luka

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

### b. Debridement

Debridement adalah pembuangan jaringan nekrosis atau slough pada luka. Debridement dilakukan untuk menghindari terjadinya infeksi atau selulitis, karena jaringan nekrosis selalu berhubungan dengan adanya peningkatan jumlah bakteri.

### c. Terapi antibiotik

Pemberian antibiotic biasanya diberi peroral yang bersifat menghambat kuman gram positif dan gram negatif.

### d. Nutrisi

Faktor nutrisi merupakan salah satu faktor penting yang berperan dalam penyembuhan luka. Penderita ganggren diabetik biasanya diberikan diet B1 dengan gizi : yaitu 60 % kalori karbohidrat, 20 % kalori lemak, 20 % kalori protein.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum**

### **2.2.1 Pengkajian**

Menurut (Suddarth, 2014) pengkajian mengenai nama, umur dan jenis kelamin, perlu dikaji pada penyakit status diabetes melitus, umumnya diabetes mellitus karena faktor genetik dan bisa menyerang pada usia kurang lebih 45 tahun. Alamat menggambarkan kondisi lingkungan tempat klien berada, dapat mengetahui faktor pencetus diabeto mellitus. Status perkawinan gangguan emosional yang timbul dalam keluarga atau lingkungan merupakan faktor pencetus diabetes mellitus, pekerjaan serta bangsa perlu dikaji untuk mengetahui adanya pemaparan bahan elergen hal ini yang perlu dikaji tentang : tanggal MRS, No RM, dan diagnosis Medis.

#### **1) Keluhan utama**

Menurut (Suddarth, 2014) , keluhan utama meliputi, antara lain :

1. Nutrisi : peningkatan nafsu makan , mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, banyak minum dan perasaan haus.
2. Eliminasi : perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, kesulitan berkemih, diare.
3. Neurosensori : nyeri kepala, parathesia, kesemutan pada ekstremitas, penglihatan kabur, gangguan penglihatan.
4. Integumen : gatal pada kulit, gatal pada sekitar penis dan vagina, dan luka ganggren.
5. Musculoskeletal : kelemahan dan keletihan.
6. Fungsi seksual : ketidakmampuan ereksi (impoten), regiditas, penurunan libido, kesulitan orgasme pada wanita.

#### **2) Riwayat penyakit sekarang**

Adanya gatal pada kulit disertai luka tidak sembuh-sembuh, terjadinya kesemutan pada ekstremitas, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, dan menurunnya ketajaman penglihatan.

#### **3) Riwayat penyakit dahulu**

Sebelumnya pernah mengalami penyakit diabetes mellitus dan pernah mengalami luka pada kaki.

4) Riwayat penyakit keluarga

Riwayat keluarga diabetes mellitus atau penyakit keturunan yang menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misal, hipertensi, jantung.

5) Riwayat psikososial

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

6) Pola fungsi kesehatan

Pola-pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi

Pola persepsi menggambarkan persepsi klien terhadap penyakitnya tentang pengetahuan dan penatalaksanaan penderita diabetes mellitus dengan ganggren kaki.

b. Pola nutrisi

Penderita diabetes melitus mengeluh ingin selalu makan tetapi berat badanya justru turun karena glukosa tidak dapat ditarik ke dalam sel dan terjadi penurunan massa sel.

c. Pola emiliasi

Data eliminasi untuk buang air besar (BAB) pada klien diabetes mellitus tidak ada perubahan yang mencolok. Sedangkan pada eliminasi buang air kecil (BAK) akan dijumpai jumlah urin yang banyak baik secara frekuensi maupun volumenya.

d. Pola tidur dan istirahat

Sering muncul perasaan tidak enak efek dari gangguan yang berdampak pada gangguan tidur (insomnia).

e. Pola aktivitas

f. Pola pasien dengan diabetes mellitus gejala yang ditimbulkan antara lain keletihan kelelahan, malaise, dan seringnya mengantuk pada pagi hari.

g. Nilai dan keyakinan

Gambaran pasien diabetes melitus tentang penyakit yang dideritanya menurut agama dan kepercayaannya, kecemasan akan kesembuhan, tujuan dan harapan akan sakitnya.

7) Pemeriksaan fisik

a. Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital.

b. Pemeriksaan head to toe

Menurut (Suddarth, 2014), pemeriksaan fisik pada pasien dengan ulkus, antara lain :

- Kepala : wajah dan kulit kepala bentuk muka, ekspresi wajah gelisah dan pucat, rambut, bersih/tidak dan rontok/tidak, ada/tidak nyeri tekan.
- Mata : mata kanan dan kiri simetris/tidak, mata cekung/tidak, konjungtiva anemis/tidak, selera ikterit/tidak, ada/tidak sekret, gerakan bola mata normal/tidak, ada benjolan/tidak, ada/tidak nyeri tekan/ fungsi pengelihatian menurun/tidak.
- Hidung : ada/tidak polip, ada/tidak sekret, ada/ tidak radang, ada/ tidak benjolan, fungsi penghidu baik/buruk,
- Telinga : canalis bersih/kotor, pendengaran baik/menurun, ada/tidak benjolan pada daun telinga, ada/tidak memakai alat bantu pendengaran,
- Mulut : gigi bersih/kotor, ada/tidak karies gigi, ada /tidak memakai gigi palsu, gusi ada/ tidak peradangan, lidah bersih/kotor, bibir kering/lembab.
- Leher : ada/tidak pembesaran thyroid, ada/tidak nyeri tekan , ada/tidak bendungan vena jugularis dan ada/tidak pembesaran kelenjar limfe.
- Paru : bentuk dada normal chesr simetris/tidak, kanan dan kiri. Inspeksi : pada paru-paru didapatkan data tulang iga simetris

/tidak kanan, payudara normal/tidak, RR normal atau tidak, pola nafas regular/tidak, bunyi vesikuler/tidak, ada/tidak sesak napas. Palpasi : vocal fremitus arteria kanan dan kiri simetris/tidak, ada/tidak nyeri tekan. Auskultasi : suara napas vesikuler/tidak, ada/ tidak ronchi maupun wheezing, ada/tidak. Perkusi : suara paru-paru sonor/tidak pada paru kanan dan kiri.

- Abdomen : abdomen simetris/tidak, datar dan ada/tidak luka auskultasi: peristaltik 25x/menit. Palpasi ada/tidak nyeri, dan kuadran kiri atas. Perkusi : suar hypertimpani.
- Genitalia data tidak terkaji, terpasang kateter/tidak.
- Musculoskeletal : ekstremitas atas : simetris /tidak, ada/tidak odema atau lesi, ada/tidak nyeri tekan, ekstremitas bawah : kaki kanan dan kaki kiri simetris ada/ tidak kelainan. Ada atau tidak luka
- Integumentum : warna kulit, turgor kulit baik/jelek/kering ada lesi/tidak, ada/tidak pengurasan kulit, ada/tidak nyeri tekanan.

8) Pemeriksaan fisik pada ulkus diabetikum antara lain :

- Inspeksi  
Denervasi kulit menyebabkan produktivitas keringat menurun, sehingga kulit kaki kering, pecah, raut kaki/jari (-), kalus, claw toe. Ulkus tergantung saat ditemukan (0-5)
- Palpasi
  - a) Kulit kering, pecah-pecah, tidak normal
  - b) Klusi arteri dingin, pulsasi
  - c) Ulkus : kalus tebal dan keras
- Pemeriksaan vaskuler  
Tes vaskuler noninvasif : pengukuran oksigen transkutaneus, ankle brachial index (ABI), absolute toe systolic betis dengan tekanan sistolik lengan.
- Pemeriksaan radiologis : gas subkutan, benda asing, osteomyelitis

- Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah:
  - a. Pemeriksaan darah
 

Pemeriksaan darah meliputi : GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa > 120 mg/dl dan 2 jam post prandial >200 mg/dl.
  - b. Urine
 

Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara benedict(reduksi). Hasilnya dapat dilihat melalui perubahan warna pada urine hijau (+), kuning (++), merah (+++) dan merah bata (++++)
  - c. Kultur pus
 

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai jenis kuman.

9) Pemeriksaan penunjang

- a. Kadar glukosa
  - Gula darah sewaktu atau random >200 mg/dl
  - Gula darah puasa atau nuchter >140 mg/dl
  - Gula darah 2 jam PP (post prandial) >200 mg/dl
  - Aseton plasma jika hasil (+) mencolok
  - Asam lemak bebas adanya peningkatan lipid dan kolesterol
  - Osmolaritas

**2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut diagnosa keperawatan Nanda (2015), diagnosa keperawatan yang dapat diambil pada pasien dengan Ulkus Diabetikum adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, agens cedera kimiawi, agens cedera fisik.
2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agens cedera kimiawi, gangguan metabolisme.

3. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik,kehilangangastrik berlebihan masukan yang terbatas.
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intake oral :anoreksia, abnominal pain, gangguankesadaran/hipermetabolikakibat pelepasan hormone stress, epinefrin, cortisol, GH ataukarena proses luka.
5. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leukosit/gangguan sirkulasi
6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka
7. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, kurang sumber pengetahuan.

### **2.2.3 Intervensi Keperawatan**

Menurut (Buku NIC & NOC, 2016), berikut ini adalah intervensi yang dirumuskan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien dengan ulkus diabetikum :

Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Nursing Outcomes Classification (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan bebas dari nyeri. **1605:** tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri jarang menunjukkan (2) menjadi sering menunjukkan (4) dengan indikator : menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik, menggunakan analgesik yang direkomendasikan, menggunakan sumber daya yang tersedia. Nursing Interventions Classification (NIC) : Manajemen Nyeri : 1) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (kompres hangat), 2) Ajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri (pemberian analgesik), 3) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, beratnya nyeri, dan faktor pencetus, 4) Modifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien (mengalihkan fokus pasien dengan bercerita).

Kerusakan Integritas Jaringan berhubungan dengan Ulkus DM. Nursing Outcomes Classification (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan meningkatkan integritas jaringan yang baik. **1101:**

keutuhan struktur dan fungsi fisiologis kulit dan selaput lendir secara normal cukup berat (2) menjadi ringan (4) dengan indikator : lesi pada kulit, nekrosis. Nursing Interventions Classification (NIC) : Perawatan Luka : 1) posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka, 2) berikan perawatan ulkus pada kulit, 3) bersihkan dengan normal saline atau pembersih yang tidak beracun, 4) anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi.

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik,kehilangangastrik berlebihan masukan yang terbatas. Nursing Outcomes Classification (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan mempertahankan volume cairan yang adekuat. **0601:** keseimbangan cairan di dalam ruang intraselular dan ekstraselular tubuh cukup berat (2) menjadi ringan (4) dengan indikator : kehausan, asites, pusing. Nursing Interventions Classification (NIC) : 1) monitor adanya mual, muntah dan diare, 2) ajarkan pasien cara mencegah atau meminimalisasi ketidakseimbangan elektrolit, 3) identifikasi tindakan yang berakibat pada status elektrolit, 4) kenali dan laporkan adanya ketidakseimbangan elektrolit.

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intake oral :anoreksia, abdominal pain, gangguankesadaran/hipermetabolikakibat pelepasan hormone stress, epinefrin, cortisol, GH ataukarena proses luka. Nursing Outcomes Classification (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan meningkatkan nutrisi yang adekuat. **1004:** sejauh mana nutrisi dicerna dan diserap untuk memenuhi kebutuhan metabolik banyak mneyimpang dari rentang normal (2) menjadi sedikit menyimpang dari rentang normal (4) dengan indikator : asupan nutrisi, asupan makanan. Nursing Interventions Classification (NIC) : Manajemen nutrisi : 1) bantu pasien dalam menentukan pedoman atau piramida makanan, 2) tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi, 3) atur diet yang diperlukan, 4) beri obat-obat sebelum makan, jika diperlukan.

Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leukosit/gangguan sirkulasi. Nursing Outcomes Classification (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan terhindar dari resiko infeksi. **1902:** tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi, atau mengurangi, ancaman kesehatan yang telah dimodifikasi jarang menunjukkan (2) menjadi sering menunjukkan (4) dengan indikator : mengidentifikasi faktor resiko, mengenali faktor resiko individu, memonitor faktor resiko lingkungan. Nursing Interventions Classification (NIC) : 1) batasi pengunjung, 2) pakai sarung tangan steril dengan tepat, 3) anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan, 4) ganti peralatan per pasien.

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka. Nursing Outcomes Classification (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan mempertahankan kulit yang bersih. **1101:** keutuhan struktur dan fungsi fisiologis kulit dan selaput lendir secara normal cukup berat (2) menjadi ringan (4) dengan indikator : lesi pada kulit, nekrosis. Nursing Interventions Classification (NIC) : integritas jaringan : kulit & membran mukosa : 1) berikan balutan sesuai dengan jenis luka, 2) periksa luka setiap kali perubahan balutan, 3) berikan rawatan insisi pada luka, oleskan salep yang sesuai dengan lesi.

Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, kurang sumber pengetahuan. Nursing Outcomes Classification (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien dan keluarga akan meningkatkan pengetahuan tentang proses penyakit. **0704** : tindakan seseorang untuk mengelola asma, pengobatannya dan untuk mencegah komplikasi, jarang menunjukkan (2) menjadi sering menunjukkan dengan kriteria indikator :Mengenali pemicu asma, Menginisiasi tindakan untuk mencegah pemicu, Melakukan modifikasi lingkungan. Nursing Interventions Classification (NIC): Pengajaran : Proses Penyakit : 1) Kenali pengetahuan pasien dan keluarga, 2) Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit, 3) Identifikasi kemungkinan penyebab, 4) Berikan penyuluhan kesehatan pada pasien dan keluarga

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Menurut (Suddarth, 2014), ada beberapa implementasi pada pasien ulkus diabetikum, antara lain :

1. Pengobatan  
perawatan luka diabeti ada beberapa tujuan yang ingin dicapai antara lain:
  - a. Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab
  - b. Optimalisasi suasana lingkungan luka dalam kondisi lembab
  - c. Dukungan kondisi klien atau host ( nutrisi, control diabetes melitus dan control faktor penyerta )
  - d. Meningkatkan edukasi klien dan keluarga
2. Perawatan luka diabetik
  - a. Melakukan perawatan mencuci luka
  - b. Melakukan Debridement pada luka
  - c. Kolabora pemberian terapi antibiotikka

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Menurut (Mansyoer 2000), proses penyembuhan luka dibagi menjadi beberapa fase yaitu :

1. Fase inflamasi  
Fase ini berlangsung pada hari kelima , masih terjadi perdarahan dan peradangan dan belum ada kekuatan pertautan luka.
2. Fase proliferasi  
Pada fase ini luka di isi oleh sel-sel radang, fibrolas, serat kolagen, kapiller baru sehingga mebentuk jaringan kemerahan dengan permukaan tidak rata atau disebut dengan jaringan granulasi atau proses pendeasaan jaringan.
3. Fase reabsorbsi  
Pada fase ini tanda radang sudah hilang parut di sekitarnya pucat, tak ada rasa sakit dan gatal. Proses penyembuhan luka baikdn berhasil

apabila penatalaksanaan secara medis dilakukan pada kondisi lukan infeksi harus di perhatikan

## **BAB 3**

### **STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Hasil Studi Kasus**

##### **3.1.1 Pengkajian**

Pengkajian pada Ny.Y. M dengan diagnosa medis : Ulkus Diabetikum, di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019, jam 09.00 WITA.

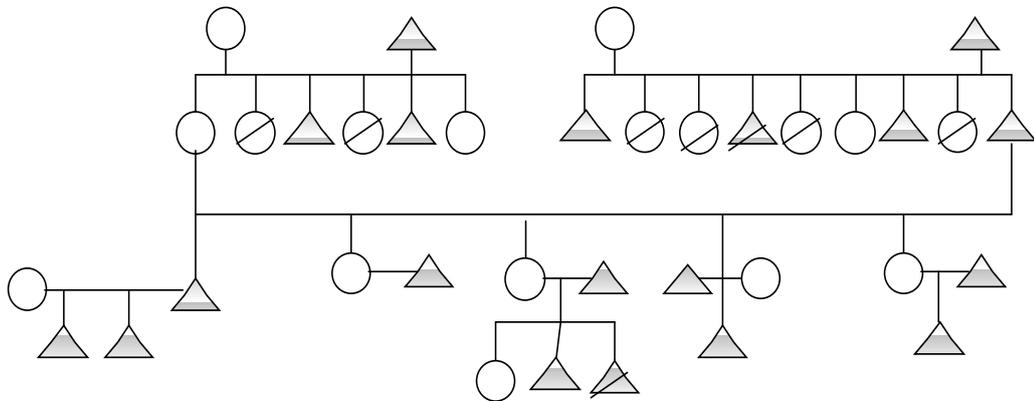
Data pengkajian yang didapatkan adalah : Identitas : Ny. Y. M, jenis kelamin perempuan, lahir pada tanggal 07 Juli 1950 (6 ), agama Kristen Protestan, pendidikan terakhir pasien, alamat jalan nagka, status perkawinan : kawin, suku bangsa : , pekerjaan : pensiunan guru. Ny. Y. M masuk rumah sakit pada tanggal 14 Juli 2019 jam 13.00 WITA. Diagnosa medik : Ulkus Diabetikum.

Pengkajian pada Ny. Y. M, saat di kaji keluhan utama Ny. Y. M mengatakan nyeri pada kaki kiri sejak 10 hari yang lalu. Nyeri dirasakan bila pasien berjalan, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk jarum, nyeri hanya di area kaki kiri, skala nyeri 6 dan nyeri dirasakan terus menerus.

Ny. Y. M juga mengatakan ia dibawa ke IGD RS Polri Titus Uly dengan keluhan nyeri yang dirasakan pada hari minggu sudah tidak tertahankan sehingga anak pasien mengantarkan pasien ke RS Polri Titus Uly.

Saat ditanya tentang riwayat penyakit dahulu, Ny. Y. M mengatakan bahwa ia sudah menderita DM sejak tahun 2010, pasien biasa berkonsultasi dan berobat di dokter. Pasien tidak memiliki riwayat alergi, pasien pernah dioperasi pada tahun 2015. Ny. Y. M tidak memiliki kebiasaan merokok, pasien tidak minum alkohol, pasien mengkonsumsi kopi sejak tahun 1990 dengan jumlah 5-10 gelas/hari, namun sejak 2015 pasien hanya mengkonsumsi 1 gelas/hari, dan pasien mengkonsumsi obat Metformin 3x1 perhari.

### Genogram !



### Keterangan :

○ : perempuan

△ : laki-laki

◐ : perempuan meninggal

◑ : laki-laki meninggal

Pemeriksaan fisik didapatkan hasil, hasil TTV : TD : 130/90 mmHg, nadi 74 x/menit, pernapasan 20 x/menit, suhu: 36,8 °C. Kepala pasien tampak normal, sakit kepala tidak ada, pusing tidak ada, tidak ada lesi, tidak ada massa, wajah simetris. Penglihatan pasien normal, konjungtiva merah muda, sklera putih, pasien tidak menggunakan kaca mata, penglihatan tidak kabur, tidak adanya nyeri, peradangan, dan operasi tidak ada. Tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada nyeri dan peradangan. Pada hidung pasien tidak ada alergi rhinitus, tidak ada riwayat polip, tidak ada sinusitis, tidak ada epistaksis. Pada tenggorakan dan mulut, keadaan gigi pasien tidak lengkap lagi, tidak ada caries, tidak ada memakai gigi palsu, tidak ada gangguan bicara, tidak ada gangguan menelan, dan tidak ada pembesaran kelenjar leher.

Pada sistem kardiovaskuler tidak ada nyeri dada, saat di inspeksi kesadaran/GCS : composmentis/15, bentuk dada normal, bibir normal, kuku normal, capillary refill normal, tangan normal, kaki normal, sendi

normal, ictus cordis/apical pulse teraba, vena jugularis teraba. Saat di perkusi tidak ada pembesaran jantung dan diauskultasi S1 normal dan S2 normal, tidak ada suara napas tambahan.

Pada sistem respirasi, tidak ada keluhan. Saat diinspeksi tidak ada jejas, bentuk dada normal, jenis pernapasan normal, irama napas normal, retraksi otot pernapasan tidak ada, tidak ada alat bantu pernapasan. Saat di perkusi tidak ada cairan, tidak ada udara, tidak ada masa. Dan saat diauskultasi saat pasien inspirasi dan ekspirasi normal tidak ad bunyi ronchi, tidak ada wheezing dan suara napas abnormal lainnya tidak ada. Clubbing finger normal.

Pada sistem pencernaan tidak ada keluhan. Saat di inspeksi turgor kulit normal, keadaan bibir lembab, keadaan rongga mulut : warna mukosa merah muda, tidak ada luka atau perdarahan, tidak adanya tanda-tanda radang, keadaam gusi normal. Keadaan abdomen pasien, warna kulit sawo matang, tidak ada luka, tidak ada pembesaran. Keadaan rektal pasien tidak ada luka, tidak ada perdarahan, tidak ada hemoroid, tidak ada lecet/tumor / bengkak. Saat diauskultasi bising usus pasien 16 x/menit, saat diperkusi cairan normal, udara normal, massa normal. Dan saat dipalpasi tonus otot normal, nyeri normal, massa normal.

Pada sistem persyarafan tidak ada keluhan. Tingkat kesadaran composmentis GCS (E/M/V) : 4/6/5. Pupil isokor, tidak ada kejang, tidak lumpuh, tidak ada parasthesia, koordinasi gerak normal, cranial nerves normal, reflexes normal.

Pada sistem musculoskeletal pasien mengeluh pada punggung kaki kiri, kelainan kestremitas adanya nyeri tekan, pada ekstremitas kiri adanya luka ulkus dengan diameter :  $\pm 5$  cm kedalam  $\pm 1$  cm adanya nyeri otot pada kaki kiri, tidak ada nyeri sendi, refleksi sendi normal, kekuatan otot

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$$

Pada sistem integumentari, tidak ada rash, adanya lesi pada pada punggung kaki kiri, turgor kulit normal, warna kulit kehitaman pada punggung kaki kiri, kelembaban normal, tidak ada petechie.

Pada sistem perkemihan tidak ada gangguan , tidak ada menggunakan alat bantu, tidak pembesaran kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, produksi urine dalam sehari 5-6 x/hari, intake cairan oral 7-8 gelas perhari, parenteral 500 cc/ hari, bantuk alat kelamin normal, uretra normal.

Pada sistem endokrin keluhan tidak ada, tidak ada pembesaran kelenjar. Pada sistem reproduksi tidak ada keluhan utama, siklus menstruasi pasien sudah menopause, keadaan payudara normal.

Kegiatan sehari-hari pasien , pola makan pasien teratur, frekuensi makan pasien 3 x sehari, nafsu makan pasien baik, pasien pantangan pada makanan yang mengandung gula, makanan yang disukai pasien umbi-umbian, pasien mengkonsumsi air 7- 8 gelas perhari dan kopi 1 gelas perhari, pasien tidak ada minuman yang tidak di sukai, BB pasien : , TB pasien : , penurunan BB : Tidak ada perubahan selama pada kebiasaan makan pasien selama sakit.

Pola eliminasi pasien BAK (buang air kecil), frekuensi dalam sehari 5-6 x/hari warna kuning jernih, baunya khas. Perubahan selama sakit sering buang air kecil bila pasien minum yang banyak. BAB (buang air besar), kebiasaan pasien 1-2 x/hari, frekuensi dalam sehari 1 x, warna khas, bau khas, konsistensi lembek. Perubahan BAB pasien selama sakit tidak ada.

Olahraga dan aktivitas : pasien tidak berolahraga lagi setelah sakit, olahraga yang disukai bola voli.

Pola tidur pasien, tidur malam jam 19.00, bangun jam 04-00, tidur siang jam 13.00, bangun jam 14.00. pasien mudah terbangun apabila nyeri datang tiba-tiba, yang dilakukann pasien untuk tidur nyaman hanya mengelus pada kaki yang terasa nyeri.

Pola interaksi sosial pasien, orang terpenting bagi pasien adalah suami, pasien tidak ada mengikuti kegiatan organisasi apapun, keadaan

rumah bersih, status rumah pasien: rumah pribadi, sedikit bising, tidak banjir. Jika pasien ada masalah, pasien biasa membicarakannya dengan suami, pasien biasa membicarakan bersama suami dan anggota keluarga lainnya. Interaksi pasien dengan keluarga cukup baik, karena anak cucunya sering bergantian menjaganya di rumah sakit.

Pasien rajin mengikuti ibadah , namun setelah sakit pasien hanya di rumah saja.pasien tidak mengikuti organisasi keagamaan apapun.

Persepsi pasien terhadap penyakit yang dideritanya selama 10 tahun terakhir pasien biasa saja terhadap penyakit yang diderita. Interaksi pasien dengan perawat baik, pasien koperatif dengan perawat selama perawatan.

Hasil pemeriksaan laboratorium Ny. Y. M tanggal 14 Juli 2019 jam 14.39, didapatkan SGOT 21U/L (nilai normalnya 10-31 U/L), SGPT 25 I/L (nilai normalnya 9-36 U/L), UREUM 40 mg/dl (nilai normalnya 10-50 mg/dl), KREATININ 1,1 mg/dl (nilai normalnya 0,5-0,9 mg/dl), GDS 166 mg/dl (nilai normalnya 120 mg/dl), Natrium 138 (nilai normalnya 136-145 ), Kalium 4,23 (nilai normalnya 3,50- 5,30), CL 106,4 (nilai normalnya 97,0- 111,0), Ca 1,090 (nilai normalnya 1,120- 1,320).

Saat dikaji pasien sedang terpasang infus NaCl 0,9% 500 cc , obat yang didapatkan pasien saat ini IVFD NaCl 500 cc, Keterolac 3x 30 mg, Ranitidin 2x1, Cefotaxime 2 x 1 gr, Antrain 3x 1, dan perawatan luka.

### **3.1.2 Diagnosa Keperawatan**

#### **a. Analisa Data**

##### **1. Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis**

DS : pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri jika berjalan, nyeri seperti tertusuk jarum.

DO : nyeri hanya dirasakan pada kaki kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh yang lain, skala nyeri 6, pasien mengeluh nyeri dirasakan terus menerus, pasien tampak meringis dan sesekali mengelus kaki kiri yang terasa nyeri.

##### **2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ulkus DM**

DS : pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri

DO : adanya luka pada punggung kaki kiri , luka dengan diameter :  $\pm 5$  cm kedalam  $\pm 1$  cm, terdapat jaringan nekrotik warnah kehitaman

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data yang telah dikaji dengan menetapkan, masalah, penyebab, dan data penunjang.

1. Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri adanya luka pada punggung kaki kiri yang menyebabkan nyeri, nyeri bertambah saat beraktifitas ( pulang dari toilet ), nyeri seperti ditusuk jarum dengan skala nyeri 6, pasien meringis kesakitan ditunjukkan dengan memegangi dan mengelus – elus daerah sekitar luka .
2. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan ulkus DM ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri, adanya luka pada punggung kaki kiri , luka dengan diameter :  $\pm 5$  cm kedalam  $\pm 1$  cm, terdapat jaringan nekrotik warnah kehitaman

### 3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi untuk diagnosa keperawatan : 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Nursing Outcomes Classification (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan bebas dari nyeri. **1605:** tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri jarang menunjukkan (2) menjadi sering menunjukkan (4) dengan indikator : menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik, menggunakan analgesik yang direkomendasikan, menggunakan sumber daya yang tersedia. Nursing Interventions Classification (NIC) : Manajemen Nyeri : 1) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (kompres hangat), 2) kolaborasi untuk pemberian analgesik menurunkan nyeri (pemberian analgesik), 3) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, beratnya nyeri, dan faktor pencetus,

4) Modifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien (mengalihkan fokus pasien dengan bercerita).

Intervensi untuk diagnosa keperawatan : 2) Kerusakan Integritas Jaringan berhubungan dengan Ulkus DM. Nursing Outcomes Classification (NOC) : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan meningkatkan integritas jaringan yang baik. **1101:** keutuhan struktur dan fungsi fisiologis kulit dan selaput lendir secara normal cukup berat (2) menjadi ringan (4) dengan indikator : lesi pada kulit, nekrosis. Nursing Interventions Classification (NIC) : Perawatan Luka : 1) posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka, 2) berikan perawatan ulkus pada kulit, 3) bersihkan dengan normal saline atau pembersih yang tidak beracun, 4) anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi.

### **3.1.4 Implementasi Keperawatan**

Hari pertama, Senin 15 Juli 2019 Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan : pukul 09.00 melakukan pengkajian pada pasien. Hasilnya : pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri jika berjalan, nyeri seperti tertusuk jarum, nyeri hanya dirasakan pada kaki kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh yang lain, skala nyeri 6, pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus, pasien tampak meringis dan sesekali memegang dan mengelus kaki kiri yang terasa nyeri. Pukul 10.30 mengajarkan teknik non farmakologi ( kompres hangat). Hasilnya : pasien mengatakan merasakan nyeri pada kaki kirinya sedikit berkurang. Pukul 12.00 memodifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien ( mengalihkan fokus pasien dengan bercerita). Hasilnya : pasien sangat antusias dan merespon dengan baik saat perawat menanyakan tentang hobi pasien (masak). Pukul 13.00 pemberian terapi analgesik IV ( Keterolac dan Antrain).

Diagnosa Keperawatan 2 : Kerusakan Integritas Jaringan berhubungan dengan Ulkus DM. Tindakan keperawatan yang telah

dilakukan : pukul 10.05 mengkaji keadaan luka pada kaki kiri pasien. Hasilnya : pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri, terdapat luka pada punggung kaki kiri, luka dengan diameter :  $\pm 5$  cm kedalam  $\pm 1$  cm, terdapat jaringan nekrotik warna kehitaman, pukul 10.25 posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka.

Hari kedua, Selasa 16 Juli 2019. Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan : pukul 07.30 mengobservasi keadaan pasien. Hasilnya : pasien mengatakan masih nyeri pada kaki kirinya dan tambah nyeri saat pasien pulang dari toilet, nyeri seperti tertusuk jarum, nyeri tidak menjalar ke bagian tubuh yang lain, skala nyeri 4, pasien mengatakan nyeri dirasakan terus menerus, pasien tampak meringis dan mengelus kaki kiri yang terasa nyeri. Pukul 09.00 mengajarkan teknik non farmakologi ( kompres hangat). Hasilnya : pasien mengatakan nyeri pada kaki kirinya berkurang. Pukul 10.30 memodifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien ( mengalihkan fokus pasien dengan bercerita). Hasilnya : pasien merespon dengan baik saat perawat mengajaknya bercerita pasien. Pukul 13.00 pemberian terapi analgesik IV

( Keterolac dan Antrain).

Diagnosa keperawatan 2 : kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan ulkus DM. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan : pukul :09.55 merawat luka ulkus pasien. Hasilnya: luka pasien tampak bersih. Pukul 11.00 mengajarkan pasien dan keluarga tanda-tanda infeksi. Hasilnya : keluarga dan pasien mengganggu kepala saat di arahkan.

Hari ketiga, Rabu 17 Juli 2019. Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan : pukul 07.30 mengobservasi keadaan pasien. Hasilnya : pasien mengatakan masih nyeri pada kaki kirinya dan tambah nyeri saat pasien pulang dari toilet, nyeri terasa tertusuk jarum, nyeri tidak menjalar ke bagian tubuh yang lain, skala nyeri 3, pasien mengatakan nyeri dirasakan

terus menerus, pasien tampak meringis dan mengelus kaki kiri yang terasa nyeri. Pukul 09.00 mengajarkan teknik non farmakologi (kompres hangat). Hasilnya : pasien mengatakan nyeri pada kaki kirinya sedikit berkurang. Pukul 10.30 memodifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien (mengalihkan fokus pasien dengan bercerita). Hasilnya : pasien merespon dengan baik saat perawat mengajaknya bercerita pasien. Pukul 13.00 pemberian terapi analgesik IV

(Keterolac dan Antrain).

Diagnosa keperawatan 2 : kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan ulkus DM. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan : pukul :09.55 mengobservasi luka ulkus pasien. Hasilnya: luka pasien tampak bersih.

### 3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Setelah melaksanakan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana/intervensi dan implementasi, tahapan terakhir adalah melakukan evaluasi atas rencana yang sudah dilaksanakan. Evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang terdiri dari : subyektif yaitu keluhan yang dirasakan oleh pasien, objektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung, assesment dan planning adalah tindak lanjut yang akan dilakukan bila masalah belum teratasi.

Hari pertama, Senin 15 Juli 2019. Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, evaluasi dilakukan pukul 13.20 WITA. **S** : pasien mengatakan nyeri berkurang sedikit, nyeri masih terasa tertusuk-tusuk, nyeri tidak menjalar, dan nyeri mulai hilang timbul. **O**: skala . nyeri 5, pasien tidak tampak meringis, pasien sesekali mengelus kaki kirinya. **A**: masalah belum teratasi. **P**: lanjutkan intervensi 1 sampai 4.

Diagnosa keperawatan 2 : kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan Ulkus DM, evaluasi yang dilakukan pukul 13.40 WITA. **S**: pasien mengatakan nyeri pada kaki kirinya. **O**: tidak

tampak keluar pus, terdapat jaringan nekrotik warna putih. **A** : masalah belum teratasi. **P** : intervensi dilanjutkan 1 sampai 4.

Hari kedua, 16 Juli 2019. Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis evaluasi yang dilakukan pukul 13.15 WITA. **S** : pasien mengatakan nyeri berkurang, nyeri masih terasa tertusuk-tusuk, nyeri tidak menjalar, dan nyeri mulai hilang timbul. **O** : skala . nyeri 4, pasien tidak tampak meringis, pasien sesekali mengelus kaki kirinya. **A** : masalah belum teratasi. **P** : lanjutkan intervensi 1 sampai 4.

Diagnosa keperawatan 2 : kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan Ulkus DM, evaluasi yang dilakukan pukul 13.38 WITA. **S** : pasien mengatakan nyeri pada kaki kirinya. **O** : luka pasien tampak bersih **A** : masalah belum teratasi. **P** : intervensi dilanjutkan 2 sampai 4.

Hari ketiga 17 Juli 2019. Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis evaluasi yang dilakukan pukul 13.30 WITA. **S** : pasien mengatakan nyeri berkurang, nyeri masih terasa tertusuk-tusuk jarum, nyeri tidak menjalar, dan nyeri mulai hilang timbul. **O** : skala . nyeri 3, pasien tidak tampak meringis, pasien sesekali mengelus kaki kirinya. **A** : masalah belum teratasi. **P** : intervensi dilanjutkan perawatan ruangan, intervensi 1 sampai 4.

Diagnosa keperawatan 2 : kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan Ulkus DM, evaluasi yang dilakukan pukul 13.38 WITA. **S** : pasien mengatakan nyeri pada kaki kirinya. **O** : luka pasien tampak bersih. **A** : masalah teratasi. **P** : intervensi dilanjutkan perawatan ruangan.

## **3.2 Pembahasan**

### **3.2.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2001).

Dalam pengumpulan data penulis menggunakan metode wawancara dengan Ny. Y. M dengan observasi langsung terhadap kemampuan dan perilaku Ny. Y. M serta dari status Ny. Y. M. Selain itu keluarga juga berperan sebagai sumber data yang mendukung dalam memberikan asuhan keperawatan pada Ny. Y. M.

Menurut (Suddarth, 2014), pasien dengan ulkus ada empat gejala klinis 4P yaitu : 1) Pain (nyeri), 2) Paleness (kepucatan), 3) Paresthesia (parestesia dan kesemutan), 4) Paralysis ( lumpuh). Menurut (Bunner & Suddarth, 2005) ulkus diabetikum juga ada empat stadium dalam manifestasi ulkus antara lain : Stadium I : asimtomatis atau gejala tidak khas (kesemutan), Stadium II : terjadi klaudikasio intermiten, Stadium III : timbul nyeri saat istirahat, Stadium IV : terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus). Berdasarkan kasus nyata tidak semua tanda dan gejala ditemukan pada Ny. Y. M pada 4P adalah pain (nyeri), dan ujung jari kaki pasien tampak pucat dibanding ujung jari pada kaki kanan, adanya rasa kesemutan pada kaki pasien bila pasien berada pada satu posisi dalam waktu yang lama dan pada gambaran klinis untuk sumbatan kronis pada Ny. Y. M adalah stadium III timbul nyeri saat istirahat. Sedangkan tanda dan gejala menurut (Bunner & Suddarth, 2005) temukan pada Ny. Y. M diantaranya nyeri, adanya lesi pada ekstremitas, sering terbangun saat tidur akibat nyeri yang muncul tiba-tiba, badan terasa meriang. Menurut (Bunner & Suddarth, 2005) dapat terjadi kelumpuhan sedangkan pada kasus nyata tidak ditemukannya kelumpuhan di tandai dengan pasien masih bisa menggunakan kakinya untuk berjalan ke kamar mandi walupun dipapah, dan

pasien juga saat pengkajian masih bisa menggerakkan kaki kirinya sesuai instruksi yang diberikan perawat.

Menurut (Bunner & Suddarth, 2005) keluhan utama pada pasien ulkus diabetikum sangat bervariasi. Keluhan bisa berupa gangguan pada sistem pernapasan, perkemihan. Keluhan bisa berupa mual muntah, diare, poliuria,, nokturia, kesulitan berkemih, regiditas, penurunan libido, dan keletihan. Sedangkan pada kasus Ny. Y. M tidak ditemukan adanya keluhan muntah, diare, poliuria, nokturia, kesulitan berkemih, regiditas, dan keletihan karena pasien sudah menderita DM sudah 10 tahun dan tekun dalam pengobatan dan diet yang dianjurkan. Saat dilakukan pengkajian pada Ny. Y. M yang di temukan di pasien mengeluhkan nyeri pada kaki kirinya yang semakin memberat serta ada luka pada kaki kiri pasien.

Menurut (Bunner & Suddarth, 2005) ulkus diabetikum bukan penyakit menular tapi penyakit turunan, sehingga silsilah keluarga berdampak pada pencetus para penderita penyakit DM , namu ada juga pencetus skunder seperti pernah menderita penyakit DM sebelumnya. Dari hasil pengkajian pada Ny. Y. M didapatkan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit sama seperti Ny. Y. M tetapi ada riwayat DM yang diderita Ny. Y.M sebelumnya sejak 10 tahun yang lalu..

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut diagnosa keperawatan Nanda (2015), diagnosa keperawatan yang dapat diambil pada pasien dengan Ulkus Diabetikum yaitu :1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, agens cedera kimiawi, agens cedera fisik, 2) Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agens cedera kimiawi, gangguan metabolisme, 3) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik,kehilangangastrik berlebihan masukan yang terbatas, 4) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intake oral :anoreksia, abnominal pain, gangguankesadaran/hipermetabolikakibat pelepasan hormone stress,

epinefrin, cortisol, GH atau karena proses luka, 5) Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leukosit/gangguan sirkulasi, 6) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka, 7) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, kurang sumber pengetahuan.

Pada Ny. Y. M. karena tidak semua diagnosa teori di temukan pada kasus Ny. Y. M. Pada kasus Ny. Y. M. dengan ulkus diabetikum hanya di temukan diagnosa keperawatan, Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, agens cedera kimiawi, agens cedera fisik dan Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan agens cedera kimiawi, gangguan metabolisme. Sedangkan untuk diagnosa Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik,kehilangan gastrik berlebihan masukan yang terbatas tidak diangkat karena pada kasus Ny. Y. M. tidak ditemukan tanda dan gejala untuk mendukung diagnosa kekurangan volume cairan diantaranya perasaan haus, kulit kering, bibir kering, dan adanya penurunan berat badan.

Untuk diagnosa Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan defisiensi insulin/penurunan intake oral :anoreksia, abdominal pain, gangguan kesadaran/hipermetabolik akibat pelepasan hormone stress, epinefrin, cortisol, GH atau karena proses luka, tidak diangkat karena pada kasus Ny. Y. M. tidak ditemukan tanda dan gejala ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh diantaranya penurunan berat badan, diare, mual, dan muntah.

Pada diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan fungsi leukosit/gangguan sirkulasi tidak diangkat karena pada kasus Ny. Y. M. tidak ditemukan tanda dan gejala untuk mendukung diagnosa resiko infeksi diantaranya penyakit kronis seperti diabetes mellitus, dan gangguan integritas kulit seperti gatal-gatal.

Diagnosa keperawatan Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka tidak diangkat karena pada kasus Ny. Y. M. tidak ditemukan tanda dan gejala untuk mendukung diagnosa kerusakan integritas

kulit diantaranya adanya benda asing yang menusuk kulit, gatal pada kulit, dan kerusakan pada kulit.

Dan pada diagnosa Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi, kurang sumber pengetahuan tidak diangkat karena pada kasus Ny. Y. M tidak ditemukan tanda dan gejala yang mendukung diagnosa defisiensi pengetahuan diantaranya kurang pengetahuan, ketidakakuratan mengikuti perintah, ketidakakuratan melakukan tes dan perilaku tidak tepat seperti apatis.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut Nursing Outcome Classification (NOC) dan Nursing Intervention Classification (NIC), kriteria hasilnya ditetapkan secara umum tanpa membedakan tujuan umum dan tujuan khusus untuk setiap diagnosa keperawatan.

Pada kasus Ny. Y. M intervensi keperawatan pada diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Intervensi yang ditetapkan yaitu : 1) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (kompres hangat), 2) Ajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri (pemberian analgesik), 3) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, beratnya nyeri, dan faktor pencetus, 4) Modifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien (mengalihkan fokus pasien dengan bercerita), semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini dipakai sebagai intervensi untuk menyelesaikan masalah keperawatan nyeri pada Ny. Y. M sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Pada diagnosa keperawatan kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan ulkus DM. Intervensi yang ditetapkan yaitu : 1) posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka, 2) berikan perawatan ulkus pada kulit, 3) bersihkan dengan normal saline atau

pembersih yang tidak beracun, 4) anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi. Semua intervensi pada diagnosa keperawatan ini dipakai sebagai intervensi untuk menyelesaikan masalah keperawatan nyeri pada Ny. Y. M sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan dilakukan mulai tanggal 15 Juli sampai 18 Juli 2019. Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Ny. Y. M semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan.

Untuk diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena tindakan yang diberikan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan seperti ajarkan penggunaan teknik non farmakologi, ajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri, lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, beratnya nyeri, dan faktor pencetus, modifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien.

Implementasi keperawatan pada diagnosa kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan ulkus DM. Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata karena tindakan yang diberikan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan seperti: merawat luka ulkus pasien, mengajarkan pasien dan keluarga tanda-tanda infeksi, mengobservasi luka ulkus pasien.

### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Sebagai tahap akhir dari proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menetapkan perencanaan dan implementasi. Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung dengan menggunakan metode

SOAP. Evaluasi yang dilakukan pada Ny. Y. M sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan.

Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu pasien masih merasakan nyeri, dengan skala nyeri 3, masih terasa seperti tertusuk jarum, nyeri masih hilang timbul. Kesimpulannya pada diagnosa nyeri akut masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan,

Evaluasi pada diagnosa kerusakan integritas jaringan didapatkan yaitu luka tampak bersih. Kesimpulannya pada diagnosa kerusakan integritas jaringan masalah teratasi dan intervensi di hentikan.

### **3.3 Keterbatasan Studi Kasus**

Dalam penulisan studi kasus ini, banyak kendala yang penulis temui sehingga permasalahan ini mempengaruhi studi kasus ini. Kendala yang ditemukan adalah kurangnya ketersediaan fasilitas buku. Kendala lain yang ditemukan penulis yaitu : keterbatasan waktu dalam penyusunan studi kasus, dan waktu yang disediakan.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

##### 4.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. Y. M ditemukan adanya keluhan nyeri pada kaki kiri, lesi pada kaki kiri. Pemeriksaan fisik yang ditemukan pada Ny. Y. M didapatkan kesadaran composmentis, GCS : E4V5M6 jumlah 15. Saat observasi tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg, S : 36,8 °C, N : 74 x /menit, RR : 20 x/menit.

##### 4.1.2 Diagnosa keperawatan

Ditemukan 2 diagnosa keperawatan yaitu : 1) nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis 2). kerusakan integritas jaringan.

##### 4.1.3 Intervensi keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, intervensi yang dibuat adalah ajarkan penggunaan teknik non farmakologi seperti kompres hangat, ajarkan metode farmakologi untuk menurunkan nyeri dengan pemberian analgesik, lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, beratnya nyeri, dan faktor pencetus, modifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien dengan mengalihkan fokus pasien dengan bercerita. Diagnosa kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan ulkus DM, intervensi yang dibuat adalah posisikan untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka, berikan perawatan ulkus pada kulit, bersihkan dengan normal saline atau pembersih yang tidak beracun dan anjurkan pasien dan keluarga untuk mengenal tanda dan gejala infeksi.

##### 4.1.4 Implementasi keperawatan

Implementasi yang dibuat pada Ny. Y. M setiap hari sesuai dengan intervensi keperawatan yaitu mengajarkan pasien melakukan penggunaan teknik non farmakologi dengan kompres hangat untuk mengurangi nyeri, melayani injeksi Keterolac 30 mg/IV, melayani injeksi Antrain 500 mg/IV, memodifikasi tindakan pengontrol nyeri dengan mengalihkan fokus pasien dengan bercerita, memposisikan pasien untuk menghindari menempatkan ketegangan pada luka, dan melakukan perawatan luka ulkus pasien.

#### 4.1.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi yang ditemukan untuk diagnosa 1 nyeri akut, pasien mengatakan nyeri pada luka sudah sedikit berkurang, skala nyeri 3 (nyeri ringan), nyeri masih seperti tertusuk jarum, pasien tidak tampak meringis, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan. Diagnosa 2 kerusakan integritas jaringan, luka pasien tampak bersih, masalah teratasi, intervensi dilanjutkan.

## 4.2 Saran

### 4.2.1 Bagi Penulis

Menambah wawasan dan sebagai saran untuk menerapkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang asuhan keperawatan medikal bedah dengan Ulkus Diabetikum.

### 4.2.2 Bagi Institusi

Hasil laporan diharapkan dapat menambah literatur perpustakaan dalam bidang keperawatan medikal bedah.

### 4.2.3 Bagi Institusi RS Polri Titus Uly

Diharapkan dengan adanya penelitian ini memberikan gambaran untuk setiap permasalahan yang terjadi pada pasien. Tenaga kesehatan khususnya perawat perlu menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan tepat dan fokus, dan memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan bagi pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dialami.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andra, S. W., & Yessie, M. P. ( 2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2 (Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Baradero, Mary. (2009). *Seri Asuhan Keperawatan Klien GANGGUAN ENDOKRIN*. Jakarta: EGC
- Corwin, E. J. (2001). *Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Diagnosa Keperawatan : Definisi Keperawatan 2015-2017. Jakarta: EGC
- InfoDATIN. (2014). *Situasi dan Analisis Diabetes*. Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan RI.
- Mansjoer, A. (2000). *Kapita Selekta Kedokteran Edisi II*. Jakarta: Media Aesculapius FKUI.
- NIC (2016)Nursing Interventions Classification. Edisi keenam.
- NOC, 2016. Nursing Outcomes Classification. Edisi kelima.
- Nursalam. (2001). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep & Praktik*. Jakarta : Salemba Medika
- Padila. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- .....2018. *Buku Register Ruang Cempaka RS Polri Titus Ully*

# LAMPIRAN

**Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan**

Kegiatan	Bulan																			
	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6	1 7	18	1 9	2 0	2 1	2 2	2 3	2 4	25	26	2 7	29	30	31	
Pembekalan																				
Lapor diri di rumah sakit																				
Pengambilan kasus																				
Ujian praktek																				
Perawatan kasus																				
Penyusunan studi kasus dan konsultasi dengan pembimbing																				
Ujian sidang																				
Revisi hasil ujian sidang																				
Pengumpulan studi kasus																				

**KESEHATAN KUPANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG**

**Jl.Piet.A.Tallo Liliba-Kupang Telp. (0380 881880)**

**Nama Mahasiswa : Meliana Rafu**

**NIM :PO5303201181217**

**I. PENGKAJIAN**

Nama Pasien : Ny.YM

Ruang/Kamar : RSB ruang cempaka

Diagnosa Medis : Ulkus pedis sinistra

No.Medical Record :

Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 pkl : 09.<sup>00</sup>

Masuk Rumah Sakit : 14 Juli 2019 pkl : 13.<sup>00</sup>

**Identitas Pasien**

Nama Pasien : Ny. YM Jenis kelamin :  
perempuan

Umur/Tanggal Lahir : 7 – 7 – 1950 status perkawinan :  
kawin

Agama : kristen protestan suku bangsa : sabu

Pendidikan terakhir : Sarjana pekerjaan :  
pensiunan guru

Alamat : Jln Nangka

**Idedntitas Penanggung**

Nama : Tn.AP Pekerjaan : pensiunan  
Polri

Jenis Kelamin : laki – laki Hubungan dgn klien : suami

Alamat : jln Nangka

## Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Nyeri pada luka kaki kiri
  - Kapan : Pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri sejak 10 hari yang lalu.
  - Lokasi : nyeri hebat pada punggung kaki kiri
2. Riwayat Keluhan Utama
  - Mulai timbulnya keluhan : sejak 10 hari yang lalu dengan skala nyeri 6
  - Sifat keluhan : nyeri seperti tertusuk – tusuk jarum
  - Lokasi : nyeri pada pergelangan kaki kiri
  - Keluhan lain yang menyertai : nyeri bertambah bila kaki digunakan untuk beraktifitas dengan kaki dan merubah posisi kaki
  - Faktor pencetus yang menimbulkan Serangan : ada luka pada punggung kaki kiri
  - Apakah keluhan bertambah/berkurang Pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : nyeri berkurang saat istirahat namun bertambah bila pulang dari kamar mandi
  - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi Masalah kesehatan : Saat timbul nyeri pasien mengoles minyak pada daerah sekitar luka di pergelangan kaki kiri
3. Riwayat Penyakit sebelumnya
  - Riwayat penyakit yang pernah diderita
    - Ya Sebutkan : pasien menderita DM sejak 10 tahun yg lalu

Cara mengatasi : pasien selalu berkonsultasi dengan dengan dokter dan minum obat yang diberikan dokter

- Riwayat Alergi : tidak ada
- Riwayat Operasi
  - Tidak ada

4. Kebiasaan

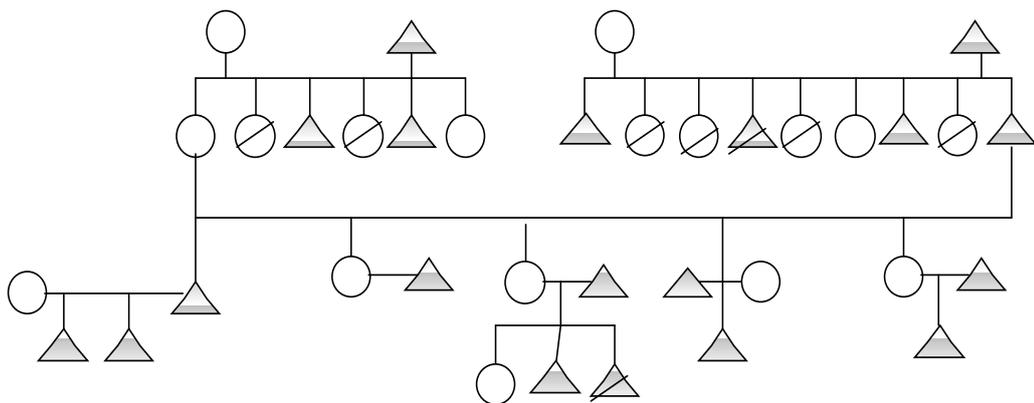
- Merokok : tidak ada kebiasaan merokok
- Minum Alkohol : tidak ada kebiasaan minum alkohol
- Minum Kopi : Pasien banyak mengkonsumsi kopi sejak dulu dalam sehari 7- 8 gelas

Lamanya : sejak masih muda sudah mengkonsumsi kopi namun setelah sakit dalam sehari pasien hanya minum 1-2 gelas dalam sehari.

Jumlah : 1-2 gelas dalam sehari.

- Minum Obat-obatan
  - Ya pasien mengkonsumsi obat diabetes .Jenis : metformin tablet.  
Jumlah satu tablet , Waktu : setiap kali sesudah makan
  - Tidak

Riwayat Keluarga/Genogram (diagram tiga generasi) :



Keterangan :

○ : perempuan





- Nyeri : tidak ada
- Peradangan : tidak ada
- Hidung : bentuk normal
- Tenggorokan dan mulut :
  - Keadaan Gigi : jumlah gigi tidak elngkap lagi
  - Caries : ada

### 3) Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : tidak ada
- Inspeksi :
  - Kesadaran/GCS : composmentis GCS : 15
  - Bentuk dada : normal
  - Lesi : tidak ada
  - Massa : tidak teraba
  - Observasi wajah : simetris nampak menyeringai ketika nyeri
  - Penglihatan : normal membaca tanpa kacamata
  - Konjungtiva : merah muda
  - Sklera : putih
  - Nyeri dan peradangan : tidak ada
  - Operasi : tidak ada
  - Pendengaran : tidak ada gangguan pendengaran maupun peradangan
  - Hidung : tidak peradangan maupun kelainan
- Ictus cordis/Apical pulse : tidak teraba
- Vena jugularis : tidak teraba
- Perkusi : tidak terdengar b

### 4) Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada sesak RR : 20<sup>x</sup>/menit

### 5. Sistem pencernaan :

A. Keluhan : tidak ada keluhan dalam makan  
minum pasien dapat mengatur diet makan untuk penyakit yang  
dideritanya dengan mengatakan harus banyak mengkonsumsi sayuran.

B. Inspeksi

- Tugor kulit : elastis
- Keadaan bibir : lembab
- Keadaan Rongga Mulut : normal
- Keadaan Integumen
  - o Warna Kulit : sawo matang
  - o Keadaan Rectal
  - o Luka : tidak ada
  - o Pendarahan : tidak ada
  - o Hemmoroid : tidak ada
  - o Lecet/Membengkak

6. Sistem persyarafan

a) Keluhan : tidak ada keluhan

b) Tingkat

- o Kesadaran : kompos mentis
- o GCS (E/M/V) : E : 4 : pasien dapat membuka  
mata dg spontan

M : 6 : Pasien dpt melakukan  
gerakan sesuai in

Instruksi

V : Pasien mampu menjawab dg  
benar ( 5 )

c) Kejang : tidak ada kejang

d) Jenis Kelumpuhan : tidak ada kelumpuhan

7. Sistem Musculoskeletal

- Keluhan : pasien mengeluh nyeri pada luka dan sekitar luka di punggung kaki kiri
- Kelainan Ekstremitas : tidak ada kelainan pada ekstremitas namun teraba oedema pada kaki kiri nampak kehitaman pada luka.
- Nyeri otot : nyeri pada kaki kiri bila dipakai untuk berjalan
- Nyeri Sendi : tidak ada
- Refleksi sendi : normal
- Kekuatan otot : berkurang setelah sakit terutama pada kaki kiri

#### 8. Sistem Integumen

- Ras :
- Lesi : ada luka pada punggung kaki kiri luka nampak kehitaman
- Turgor : elastis      Warna : sawo matang
- Kelembaban : normal
- Petechie : tidak ada
- Lain-lain :

#### 9. Sistem perkemihan

- Gangguan : tidak ada gangguan dalam perkemihan BAK dalam sehari 3- 4<sup>x</sup>/hari namun bila minum banyak sampai 5-6<sup>x</sup>/hari
- Alat Bantu (Kateter Dll) : pasien tdk memakai kateter
- Kandung Kencing : tidak membesar dan tidak ada nyeri tekan
- Produksi Urine : ± 350 cc/ hari
- Intake Cairan
  - Oral : 1500 - 1800 cc/hr
- Bentuk Alat kelamin : normal
- Uretra : normal

- Lain -lain

#### 10. Sistem Endokrin

- Keluhan : tidak ada
- Pembesaran kelenjar : tidak ada
- Lain-lain :

#### 11. Sistem Reproduksi

- Keluhan : tidak ada
- Pria

#### 12. Pola kegiatan sehari hari (ADL)

##### ❖ Nutrisi

- Kebiasaan : pasien lebih banyak mengkonsumsi sayuran dibandingkan dengan nasi. Pasien juga makan lebih banyak makan umbi – umbian yg dibeli dipasar.

- Pola Makan :
- Frekuensi Makan : 3 x/ hari
- Menu Makanan : nasi kadang diganti ubi , sayur, dan lauk
- Makanan Pantangan : tidak ada makanan pantangan namun pasien menghindari makan nasi yang byk.
- Makanan yang disukai : sambal
- Banyaknya minuman dalam sehari : 1500 - 1800 cc/hari
- Berat badan: kg TB : cm
- penurunan BB : kg, dalam waktu : bulan terakhir

##### ❖ Perubahan selama sakit

##### • Eliminasi

- Buang air kecil (BAK)

##### ✓ Kebiasaan

- Frekuensi dalam sehari : 4-5 x/ hari
- Warna : kuning jernih
- Bau : amoniak

- Jumlah/hari : 900 - 1200 cc/hr
- ✓ Perubahan
  - Selama sakit : tidak ada perubahan selama sakit.
- Buang air besar (BAB)
  - ✓ Kebiasaan
    - Frekuensi dalam sehari : dalam sehari 1<sup>x</sup>/hari konsistensi lembek warna kuning kehijauan
  - ✓ Perubahan
    - Selama sakit : hanya 1x/hari saja konsistensi lembek
- Olahraga dan aktivitas
  - Kegiatan olahraga yang disukai : pasien jarang melakukan olahraga
  - Apakah olahraga dilaksanakan secara teratur : tidak
- Istirahat dan tidur
  - Tidur malam : Mulai pkl 20.30-04.30 pasien tidak  
Biasa tidur siang. Bila malam sering terjaga karena nyeri.
  - Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Menggosok – gosok daerah sekitar sakit.

### **Pola Interaksi Sosial**

- Siapa orang yang terpenting/terdekat : suami dan anak - anak
- Organisasi sosial yang diikuti : sejak masih aktif maupun sesudah pensiun pasien jarang mengikuti kegiatan sosial hanya fokus pada pekerjaan mengajar.
- Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan  
Dengan orang lain yang dipercayai/terdekat : dgn suami dan anak -anak
- Bagaimana anda mengatasi suatu masalah

Dalam keluarga : berkompromi bersama

- Bagaimana interaksi dalam keluarga : saling menghargai satu sama lain

### **Kegiatan Keagamaan/Spiritual**

- Ketaatan menjalankan ibadah : setelah sakit pasien tidak lagi mengikuti kebaktian digereja
- Kerteliban dalam organisasi keagamaan : tidak ada

### **Keadaan Psikologis selama sakit**

- Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : px pasrah pada kehendak Tuhan
- Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : px berharap diberikan umur pjg
- Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik karena ada tetangga yang datang menjenguk

### **Data Laboratorium dan Diagnostik**

- Pemeriksaan Darah

NO	Jenis pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil pemeriksaan				
			Tanggal				
			14/07/19				
1.	SGOT	10-31 U/L	21				
2.	SGPT	9-36 U/L	25				
3.	UREUM	10-50 mg/dl	40				
4.	KREATININ	0,5-0,9 mg/dl	1,1				
5.	GDS	s/d 120 mg/dl	166				

6.	Na	136-145	138				
7.	K	3,50-5,30	4,23				
8.	CL	97,0-111,0	106,4				
9.	Ca	1,120-1,320	1,090				

### Diagnostik Test

❖ Foto Rontgen

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat obat dan lain-lain)

▪ Pembedahan :

▪ Obat : IUFD Nacl 0.9% 20 Tpm

Keterolac 3x30 Mg ( 05<sup>00</sup>,13<sup>00</sup>,

21<sup>00</sup> )

Ranitidin 2x 1 ( 06<sup>00</sup> , 18<sup>00</sup> )

Cefotaxime 2x 1 gr ( 06<sup>00</sup> , 18<sup>00</sup> )

Antrain 3x ( 05<sup>00</sup> , 13<sup>00</sup> , 21<sup>00</sup> )

▪ Lain Lain : Rawat luka dengan Nacl dan sufratule

## II. ANALISA DATA

<b>Data</b>	<b>Penyebab</b>	<b>Masalah</b>
<p><b>Data subyektif</b></p> <p>Pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri sejak 10 hari yang lalu, pasien mengatakan nyeri bertambah bila pulang dari kamar kecil</p> <p><b>Data obyektif</b></p> <p>Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak mengelus area kaki yang nyeri.</p> <p>Mengkaji PQRST</p> <p>P : saat beraktivitas(berjalan)</p> <p>Q : seperti tertusuk jarum, dan bertambah bila pulang dari kamar kecil.</p> <p>R : nyeri hanya pada area kaki kiri</p> <p>S : skala nyeri 6</p> <p>T : nyeri dirasakan terus menerus</p>	<p><b>Agens</b></p> <p><b>cedera</b></p> <p><b>biologis</b></p>	<p><b>Nyeri akut</b></p>
<p><b>Ds :</b></p> <p>Pasien mengatakan adanya luka pada punggung kaki kiri,</p> <p><b>Do :</b></p> <p>Adanya luka pada punggung kaki kiri, luka dengan diameter 5cm, kedalaman <math>\pm</math> 1 cm, terdapat jaringan nekrosis berwarna kehitaman</p>	<p><b>Ulkus</b></p> <p><b>DM</b></p>	<p><b>Kerusakan integritas jaringan</b></p>

### Diagnosa Keperawatan

3. Nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri jika berjalan, nyeri seperti tertusuk jarum dan nyeri hanya dirasakan pada kaki kiri dan tidak menjalar ke bagian tubuh

yang lain, skala nyeri 6, pasien mengeluh nyeri dirasakan terus menerus, pasien tampak meringis dan sesekali mengelus kaki kiri yang terasa nyeri.

4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan ulkus DM ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri dan adanya luka pada punggung kaki kiri, luka dengan diameter :  $\pm 5$  cm kedalam  $\pm 1$  cm, terdapat jaringan nekrotik warnah kehitaman

DIAGNOSA KEPERAWATAN	( NOC )	INTERVENSI KEPERAWATAN ( NIC )
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis	<p>Goal :</p> <p>Pasien akan bebas dari rasa nyeri selama dalam masa perawatan</p> <p>Obyektif :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pasien akan bebas dari rasa nyeri dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wajah pasien tampak rileks</li> <li>2. Skala nyeri berkurang</li> <li>3. Pasien tidak lagi menggosok kaki sekitar luka</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajia nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, beratnya nyeri dan faktor pencetus nyeri</li> <li>2. Ajarkan pada pasien penggunaan teknik nonfarmakologi</li> <li>3. Modifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien</li> <li>4. Kolaborasi pemberian terapi untuk menurunkan nyeri</li> </ol>

<p>Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan adanya ulkus DM</p>	<p>Goal :  Pasien akan terbebas jari kerusakan jaringan</p> <p>Obyektif :  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kerusakan jaringan dari berat menjadi ringan ditandai dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. selaput lendir normal menjadi warna merah muda</li> <li>2. luka pada kulit berkurang</li> <li>3. tidak ada jaringan nekrosis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. posisikan yang benar untuk menghindari ketegangan pada luka</li> <li>2. berikan perawatan pada luka</li> <li>3. bersihkan luka dengan saline normal atau pembersih yang tidak beracun</li> <li>4. anjurkan pasien dan keluarga mengenal tanda dan gejala infeksi infeksi</li> </ol>
---	--	---

NO	Hari tg	jam	Implementasi kearawatn	Evaluasi keperawatan
1	Senin 15 Juli 2019	09 <sup>00</sup>   10. <sup>30</sup>  12 <sup>00</sup>	<p>Melakukan pengkajian pada pasien hasilnya : pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri, nyeri seperti tertusuk jarum, pasien mengatakan nyerinya terus menerus, wajah nampak meringis, skala nyeri 6</p> <p>Mengajarkan teknik non farmakologi dengan mengompres daerah sekitar area luka</p> <p>Memodifikasi tindakan</p>	<p>SOAP :</p> <p>S : pasien mengatakan nyeri berkurang sedikit</p> <p>O : skala nyeri 5  Pasien hanya sesekali mengelus kakinya</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1-4</p>

		13 <sup>00</sup>	<p>pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien yaitu mengalihkan fokus pasien dengan bercerita tentang hobi pasien</p> <p>memberikan suntikan terapi analgesik dengan memberikan suntikan ketorolac 30 mg dan antrain</p>	
2	16 Juli 2019	07 <sup>30</sup>  09 <sup>00</sup>  10 <sup>30</sup>  13 <sup>00</sup>	<p>Mengobservasi keadaan pasien hasilnya pasien mengatakan masih nyeri, nyeri bertambah bila pulang dari toilet, nyeri seperti tertusuk jarum,</p> <p>Mengajarkan teknik non farmakologi dengan memberikan kompres hangat pada area sekitar luka</p> <p>Memodifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien dengan bercerita tentang pengalamannya memasak</p> <p>Memberikan suntikan analgesik yang di instruksikan dokter</p>	<p>S : pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O : skala nyeri 4 Pasien tidak tampak meringis</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1- 4</p>

			ketorolac 30 mg dan antarin	
3	17 Juli 2019	07 <sup>30</sup>	Mengobservasi keadaan pasien hasilnya Pasien masih mengeluh nyeri pada kakinya, nyeri seperti tertusuk jarum, nyeri bertambah bila pulang dari toilet pasien masih sesekali mengeluh – elus kakinya	
		09 <sup>00</sup>	Membantu keluarga memberikan kompres hangat pada pasien	
		10 <sup>30</sup>	Memodifikasi tindakan pengontrol nyeri berdasarkan respon pasien dengan bercerita tentang cara membuat puding	
		13 <sup>00</sup>	Memberikan suntikan analgesik yang diinstruksikan oleh dokter yaitu injeksi ketorolac 30mg dan antrain	
1	15 Juli 2019	10 <sup>05</sup>	Mengkaji keadaan luka pasien hasilnya	SOAP S : pasien masih mengeluh nyeri pada kaki kirinya

			<p>Luka dengan diameter <math>\pm</math> 5 cm kedalaman luka <math>\pm</math> 1 cm terdapat jaringan nekrosis warna kehitaman luka dalam keadaan dibalut</p> <p>11<sup>00</sup> Memposisikan kaki untuk menghindari ketegangan pada luka</p>	<p>O : terdapat jaringan nekrosis</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi 2, 3, 4 dilanjutkan</p>
2	16 Juli 2019	09 <sup>55</sup>	<p>Merawat luka pada pasien dengan menggunakan saline ( Nacl 0,9 ) hasilnya luka nampak bersih</p> <p>11<sup>00</sup> Mengajarkan pada pasien dan keluarga tanda – tanda infeksi</p> <p>12<sup>00</sup> Memposisikan kaki untuk menghindari ketegangan pada luka</p>	<p>S : pasien mengeluh nyeri pada kaki tapi sudah berkurang</p> <p>O : luka tampak bersih</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1 dan 4</p>
3	17 Juli 2019	09 <sup>55</sup>	<p>Mengobservasi keadaan luka pasien hasilnya luka nampak bersih</p> <p>11<sup>00</sup> Memberikan arahan pada keluarga untuk terus mengenal</p>	<p>S : pasien mengeluh nyeri pada kaki berkurang</p> <p>O : Luka tampak bersih</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1,2,3 oleh perawat ruangan</p>

			tanda – tanda infeksi pada luka	
--	--	--	---------------------------------	--



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

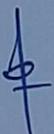
Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp: (0380)8800256  
Fax (0380) 8800256, Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : MELIANA RAFU  
NIM : PO. 5303201181217  
NAMA PEMBIMBING : Dr. FLORENTIANUS TAT SKp., M.Kes

NO	TANGGAL	KONSULTASI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat 12/07/2019	Konsultasi bimbingan sebelum ujian akhir program	Persiapkan diri dengan baik, Lakukan tindakan di pasien sesuai tindakan yang sudah di pelajari, siap diri untuk mengikuti ujian akhir program hari senin.	
2	Kamis 18/ 07/2019	Konsultasi judul karya tulis ilmiah, Bab 1 sampai Bab 4.	Revisi Bab 1, tambahkan buku sumber, tambah angka kejadian Dispepsia Indonesia, NTT, RSUD, revisi tujuan umum dan khusus, tambah sumber setiap paragraf, revisi patofisiologi, tambahkan pathway, tambah penjelasan di setiap tanda dan gejala, tambah penjelasan pada setiap pemeriksaan penunjang, revisi	

			konsep teori asuhan keperawatan, tambahkan implementasi dan evaluasi menurut teori.	
3.	Jumat 19/07/2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, dan Bab 3 dan Bab 4	Tambah buku referensi, tambahkan teori penyakit Dispepsia, tambahkan halaman buku sumber di setiap paragraf, perbaiki patofisiologi dan buat pathway sesuai patofisiologi, perbaiki Bab 2, intervensi keperawatan sesuaikan dengan buku sumber dan dinarasikan, revisi Bab 3, buat Bab 4.	
4.	Sabtu, 20 Juli 2019	Konsultasi Bab 1, Bab 2, Bab 3 dan Bab 4.	Perbaiki pathway, buat dalam satu lembar saja. Revisi Bab 3, perbaiki penulisan riwayat kehamilan, perbaiki intervensi keperawatan. Revisi Bab 4, kesimpulan harus menjawab tujuan.	
6.	Minggu, 21 Juli 2019	Konsultasi Abstrak dan power point.	Revisi abstrak. Buat PPT hanya 5 slide. Tambahkan data yang penting ke power point.	
7.	Senin, 22 Juli 2019	Penyerahan makalah pada dosen penguji I dan penguji II	Siap diri untuk sidang selasa, 23 Juli 2019.	
8.	Selasa, 23 Juli 2019	Ujian Karya Tulis Ilmiah	Memaparkan hasil kajian kasus melalui power point dihadapan dosen penguji.	

8.	Kamis, 25 Juli 2019	Revisi KTI pada pembimbing dan penguji	Perbaiki cover depan, rubah nama rumah sakit, tambahkan daftar pustaka dalam makalah, dan perbaiki tanggal konsultasi.	Ⓟ
9.	Kamis, 25 Juli 2019	Revisi KTI fix	Karya tulis ilmiah ACC. Siap jilid.	Ⓟ