

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. A DENGAN DIAGNOSA
MEDIS ULKUS DIABETIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DAN
RUANGAN PERAWATAN BEDAH RSUD ENDE**



OLEH :

MARIA YELMIANA PANDA

NIM : PO. 5303202200526

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLTEKKES KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

TAHUN 2023

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. A DENGAN DIAGNOSA
MEDIS ULKUS DIABETIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DAN
RUANGAN PERAWATAN BEDAH RSUD ENDE**

Studi Kasus Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Mendapat
Gelar Ahli Madya Keperawatan



OLEH :

MARIA YELMIANA PANDA

NIM : PO. 5303202200526

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

POLTEKKES KEMENKES KUPANG

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE

TAHUN 2023

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Yelmiana Panda
NIM : PO. 5303202200526
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS ULKUS DIABETIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DAN RUANGAN PERAWATAN BEDAH RSUD ENDE.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan maka, saya bersedia menerima sanksi atau perbuatan tersebut.

Ende, 18 Juli 2023

Yang Membuat Pernyataan,

Maria Yelmiana Panda
NIM. PO. 5303202200526

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. A DENGAN DIAGNOSA
MEDIS ULKUS DIABETIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DAN
RUANGAN PERAWATAN BEDAH RSUD ENDE**

OLEH :

Maria Yelmiana Panda
NIM : PO 5303202200526

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Dujikan

Ende, 18 Juli 2023

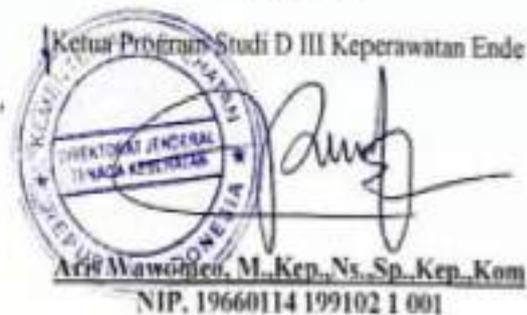
Pembimbing



Maria Salestina Sekunda, SST., M.Kes
NIP. 198101242009122001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Ari Waworijen, M.Kep.Ns., Sp.Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. A DENGAN DIAGNOSA
MEDIS ULKUS DIABETIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DAN
RUANGAN PERAWATAN BEDAH RSUD ENDE

Maria Yelmiana Panda
NIM : PO 5303202200526

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Dujikan Dan Dipertanggungjawabkan
Pada Tanggal, 18 Juli 2023

Penguji Ketua

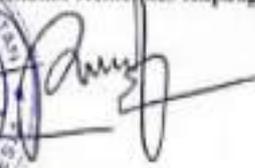
Penguji Anggota


Syaputra Artama, Satriyudin, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 198801102020121002


Maria Salestina Sekanda, SST, M.Kes
NIP. 198101242009122001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang


Ari Wawan, M. Kep., Ns., Sp. Kep., Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. A dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetik Di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk melaksanakan penelitian guna mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan. Sebagai manusia yang lemah, penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan. Namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, puji syukur kesulitan dan hambatan tersebut dapat lalui. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terima kasih terutama kepada kedua orang tua yang telah memberikan dukungan serta doa bagi kesuksesan penulisan karya tulis ilmiah ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Irfan, SKM, Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M. Kep., Ns., Sp.Kep. Kom, selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi D-III Keperawatan Ende.

3. Ibu Maria Salestina Sekunda, SST, M. Kes, dosen pembimbing sekaligus Penguji Anggota yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah ini, serta memberikan masukan yang berguna bagi penulis.
4. Bapak Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep sebagai ketua dosen penguji yang telah mengorbankan waktu, dan pikiran untuk memberikan masukan yang berguna bagi penulis demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah.
5. Kepada EXO penulis ucapkan terima kasih atas mahakarya lantunan musik kalian dan dengan wajah tampan Chanyeol, Baekhyun, D.O, Kai, Xiumin, Suho, Chen, Sehun dan Lay, yang telah menemani dan sekaligus menginspirasi penulis selama mengerjakan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Ende, 18 Juli 2023

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. A DENGAN DIAGNOSA MEDIS ULKUS DIABETIK DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III DAN RUANGAN PERAWATAN BEDAH RSUD ENDE

Maria Yelmiana Panda ⁽¹⁾ Maria Salestina Sekunda ⁽²⁾

¹ Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Ende

² Dosen Program Studi D-III Keperawatan Ende
yennypanda00@gmail.com

Latar Belakang Diabetes Melitus (DM) merupakan kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. **Tujuan** studi kasus ini untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada Ny. A, dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata. **Metode** yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil pengkajian pada Ny. A, ditemukan data bahwa pasien mengatakan nyeri pada area luka yang menjalar dari telapak kaki sampai ke betis, klien mengeluh nafsu makan menurun, lemah, pusing, tidak percaya diri dengan kondisinya saat ini, turgor kulit menurun, CRT 5 detik. Tekanan darah 130/90 mmHg, suhu 36,0°C, SPO2 98%, nadi 91 x/menit. Hasil GDS 296 mg/dl, GDP 183 mg/dl. Diagnosa keperawatan pada Ny. A, yaitu nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa, defisit nutrisi, gangguan integritas kulit, gangguan citra tubuh serta defisit pengetahuan. Intervensi yang dilakukan pada Ny. A, adalah manajemen nyeri, perawatan sirkulasi manajemen hiperglikemia, manajemen nutrisi, perawatan luka, promosi citra tubuh dan edukasi kesehatan. Tindakan dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 13-15 juli 2023. Setelah dilakukan perawatan dan pengobatan 3x24 jam terhadap pasien Ny. A, diperoleh hasil bahwa ada 2 masalah teratasi, 3 masalah belum teratasi dan 2 masalah teratasi sebagian. **Kesimpulan** Setiap penderita DM maupun Ulkus DM berbeda-beda tanda dan gejalanya tergantung dari lamanya seseorang menderita dan lamanya pengobatan yang dialami pasien. Oleh sebab itu diharapkan untuk tetap menjaga kesehatan, dan selalu patuh dalam minum obat.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Ulkus Diabetik

ABSTRACT

NURSING CARE IN PATIENT NY. A WITH MEDICAL DIAGNOSIS DIABETIC ULCER IN INTERNAL MEDICINE ROOM III AND SURGICAL TREATMENT ROOM RSUD ENDE

Maria Yelmiana Panda ⁽¹⁾ Maria Salestina Sekunda ⁽²⁾

¹ Student of D III Nursing Study Program Ende

² Supervisor of D III Nursing Study Program Ende
yennypanda00@gmail.com

Background Diabetes Mellitus (DM) is a group of metabolic diseases with characteristics of hyperglycemia that occurs due to abnormalities in insulin secretion, insulin action, or both. The purpose of this case study is to describe nursing care for Mrs. A, and analyze the gap between theory and real cases. The method used in this scientific paper is a case study method with a nursing approach that includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation, and nursing evaluation.

The results of the assessment on Mrs. A, found data that the patient said pain in the wound area radiating from the sole of the foot to the calf, the client complained of decreased appetite, weakness, dizziness, lack of confidence in his current condition, decreased skin turgor, CRT 5 seconds. Blood pressure 130/90 mmHg, temperature 36.0°C, SPO2 98%, pulse 91 x/min. GDS results 296 mg/dl, GDP 183 mg/dl. Nursing diagnoses in Mrs. A, namely acute pain, ineffective peripheral perfusion, instability of glucose levels, nutritional deficits, impaired skin integrity, body image disturbances and knowledge deficits. Interventions performed on Mrs. A, are pain management, hyperglycemia management circulation care, nutrition management, wound care, body image promotion and health education. Actions were carried out for 3 days starting from July 13-15, 2023. After 3x24 hours of care and treatment of patient Mrs. A, the results showed that there were 2 problems resolved, 3 problems had not been resolved and 2 problems were partially resolved. **Conclusion** Every patient with DM and DM ulcers has different signs and symptoms depending on the length of time a person suffers and the length of treatment experienced by the patient. Therefore, it is expected to maintain health, and always be obedient in taking medication.

Keywords : Nursing Care, Diabetic Ulcer

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULIS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Teori.....	7
B. Konsep Masalah Keperawatan	22
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	30
BAB III METODE STUDI KASUS	44
A. Desain Studi Kasus	44
B. Subjek Studi Kasus	44
C. Batasan Istilah	44
D. Lokasi dan Waktu	45
E. Teknik Pengumpulan Data	45
F. Instrumen Pengumpulan Data	46
G. Keabsahan Data.....	46

H. Analisa Data	46
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	48
A. Hasil	48
B. Pembahasan.....	93
BAB V PENUTUP.....	111
A. Kesimpulan	111
B. Saran.....	113
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Glukosa Darah Sewaktu Dan Puasa.....	18
Tabel 2.2 Analisa Data.....	46
Tabel 4.2 Pemeriksaan Diagnostik.....	76
Table 4.3 Terapi Pengobatan.....	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Pathway Ulkus DM	30
-----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Ijin Studi Kasus

Lampiran 2 : Informed Consent

Lampiran 3 : Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 4 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) merupakan kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Klasifikasi DM secara umum terdiri atas DM tipe 1 atau Insulin Dependent Diabetes Melitus (IDDM) dan DM tipe 2 atau Non-Insulin Dependent Diabetes Melitus (NIDDM). DM dapat menimbulkan berbagai komplikasi yaitu akut (hipoglikemia, hiperglikemia, hiperglikemi non ketotik) dan kronis (mikrovaskuler, makrovaskuler dan neuropati) (Setyawati, 2020).

Diabetes menjadi salah satu dari empat penyakit tidak menular dengan penyebab kematian tertinggi di dunia (*World Health Organization (WHO)*, 2018). Prevalensi penderita DM tipe 1 sebanyak 5-10% dan DM tipe 2 sebanyak 90-95% dari penderita DM diseluruh dunia (*American Diabetes Association (ADA)*, 2020). *World Health Organization (WHO)* menyebutkan bahwa sekitar 150 juta orang di dunia telah menderita diabetes mellitus (Saputri, 2018). Penderita yang semakin meningkat jumlahnya setiap tahun sebagian besar berasal dari negara berkembang (Andreas Pradipta, 2020).

Diabetes melitus selalu mengalami peningkatan setiap tahun dan menjadi ancaman kesehatan dunia. Prevalensi diabetes diperkirakan meningkat seiring penambahan umur penduduk menjadi 19,9% atau 111,2 juta orang pada umur 65-79 tahun. Angka ini diprediksi akan terus meningkat hingga mencapai 578

juta di tahun 2030 dan 700 juta di tahun 2045. Prevalensi diabetes penduduk diumur 20-79 tahun berdasarkan regional tahun 2019 secara global mencapai 8,3% dan Asia Tenggara berada di urutan ke-3 (11,3%). Prevalensi diabetes di Indonesia menempati urutan ke-7 tertinggi di dunia setelah China, India, USA, Brazil, Rusia dan Mexico (Megawati, 2020).

Indonesia menduduki peringkat ke-4 dengan kasus diabetes melitus tipe 2 dengan prevalensi 8,6% dari total populasi, diperkirakan meningkat dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2020 menjadi sekitar 21,3 juta jiwa per riset kesehatan di tahun 2030. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus adalah 2,0%. Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) memiliki prevalensi diabetes melitus sebesar 0,9%, sedangkan prevalensi diabetes melitus yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan tertinggi di Kabupaten Ende sebesar 3,0% (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Ende kejadian diabetes melitus mengalami peningkatan pada tahun 2022 yaitu sebanyak 2.595 orang dan dari data selama 4 bulan terakhir di tahun 2023, yaitu sebanyak 2.031 yang terdiri 1.111 orang berjenis kelamin perempuan dan sebanyak 920 orang berjenis kelamin laki-laki (Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Ende, 2022). Berdasarkan data di RSUD Ende juga mengalami peningkatan, yakni pada tahun 2019 sebanyak 127 kasus, 7 diantaranya meninggal dunia dengan jumlah prevalensi (6,6%). Pada tahun 2020 sebanyak 90 kasus, 6 diantaranya meninggal dengan jumlah prevalensi (5, 7%). Sedangkan pada Januari 2021-

Januari 2022 sebanyak 32 orang dengan jumlah kematiannya sebanyak 4 orang dengan jumlah prevalensi (13,3%). (Profil RSUD Ende, 2022).

Gaya hidup yang tidak sehat merupakan faktor yang menentukan munculnya penyakit DM. Penyakit DM yang berlangsung lama beresiko menimbulkan komplikasi terhadap penderita. Salah satu komplikasi yaitu penderita mengalami ulkus diabetikum. Ulkus diabetik merupakan keadaan ditemukannya infeksi, tukak dan destruksi ke jaringan kulit yang paling dalam di kaki pada pasien Diabetes Melitus. Oleh karena itu, pentingnya peran perawat dalam merawat dan mengedukasi pasien Diabetes Melitus melalui pendekatan proses keperawatan. Dukungan dan motivasi kepada pasien dilakukan untuk tetap menjaga kesehatan, mencegah komplikasi DM yang lebih meluas dan memeriksakan status kesehatan organ tubuh serta kepada keluarga diharapkan dapat merawat pasien dirumah dengan mengikuti semua anjuran dokter dan perawat (Febrinasari, 2020).

Beberapa upaya dapat dilakukan, seperti melakukan pendidikan kesehatan namun perawatan dan edukasi terhadap pasien Diabetes Melitus belum terlaksana secara maksimal yang dilakukan oleh keluarga, sehingga banyak dari kasus DM menimbulkan komplikasi yang menyebabkan kematian. (Profil RSUD Ende, 2022).

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas dan sehubungan dengan prevalensi kejadian Diabetes Melitus (DM) masih tinggi serta masih adanya resiko seperti dampak kematian yang ditimbulkan akibat Diabetes Melitus (DM) maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang “Asuhan

Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetik di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam studi kasus ini adalah “Bagaimana Gambaran Pelaksanaan Proses Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetik Di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende”

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Dilakukannya asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Ulkus Diabetik Di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

- a. Dilakukannya pengkajian pada pasien dengan dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetik Di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.
- b. Dirumuskannya diagnosa keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetik Di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.
- c. Ditentukannya intervensi keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetik Di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.

- d. Dilaksanakannya implementasi keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetik Di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.
- e. Dilakukannya evaluasi keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetik Di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.
- f. Dilakukannya analisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pasien dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetik Di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.

D. Manfaat

1. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman penulis sehingga dapat meningkatkan kemampuan dalam penatalaksanaan keperawatan penderita diabetes melitus.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah pengetahuan tentang perawatan dan pencegahan penyakit diabetes melitus.

3. Bagi RSUD Ende

Sebagai bahan tambahan informasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya kasus diabetes melitus.

4. Bagi Institusi

Untuk menambah pembendaharaan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan juga diharapkan dapat digunakan sebagai acuan penelitian selanjutnya terkait kasus diabetes melitus.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Diabetes Melitus

1. Pengertian

Diabetes Melitus merupakan gangguan metabolisme tubuh yang bersifat menahun akibat hormon insulin dalam tubuh yang tidak dapat digunakan secara efektif dalam mengatur keseimbangan gula darah sehingga meningkatkan konsentrasi kadar gula di dalam darah / hiperglikemia (Febrinasari, 2020).

Ulkus adalah luka terbuka pada permukaan kulit atau selaput lender dan ulkus adalah kematian jaringan yang luas dan disertai invasive kuman saprofit adanya kuman saprofit tersebut menyebabkan ulkus berbau, ulkus diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit diabetes mellitus dengan neuropati perifer (Hendra et al, 2019).

Ulkus diabetikum adalah luka terbuka yang terjadi pada kaki penderita DM yang disebabkan oleh tekanan berulang pada kaki dan disertai dengan adanya neuropati perifer, kelainan bentuk kaki serta perkembangan infeksi yang sering mempersulit penyembuhan akibat berkurangnya sirkulasi arteri (Jia *et al*, 2017).

2. Klasifikasi

Klasifikasi diabetes mellitus menurut *International Diabetes Federation* (IDF) (2017), dibagi dalam 4 jenis yaitu :

a. Diabetes Melitus Tipe 1

DM tipe 1 disebabkan oleh reaksi autoimun dimana sistem kekebalan tubuh menyerang sel beta penghasil insulin di pankreas. Akibatnya, tubuh menghasilkan insulin yang sangat sedikit dengan defisiensi insulin relatif atau absolut. Kombinasi kerentanan genetik dan pemicu lingkungan seperti infeksi virus, racun atau beberapa faktor diet telah dikaitkan dengan DM tipe 1. Penyakit ini bisa berkembang pada semua umur tapi DM tipe 1 paling sering terjadi pada anak-anak dan remaja. Orang dengan DM tipe 1 memerlukan suntikan insulin setiap hari untuk mempertahankan tingkat glukosa dalam kisaran yang tepat dan tanpa insulin tidak akan mampu bertahan.

b. DM Tipe 2

DM tipe 2 adalah jenis DM yang paling umum, terhitung sekitar 90% dari semua kasus DM. Pada DM tipe 2, hiperglikemia adalah hasil dari produksi insulin yang tidak adekuat dan ketidakmampuan

tubuh untuk merespon insulin secara sepenuhnya, didefinisikan sebagai resistensi insulin. Selama keadaan resistensi insulin, insulin tidak bekerja secara efektif dan oleh karena itu, pada awalnya mendorong peningkatan produksi insulin untuk mengurangi kadar glukosa yang meningkat namun seiring waktu, suatu keadaan produksi insulin yang relatif tidak memadai dapat berkembang.

DM tipe 2 paling sering terlihat pada orang dewasa yang lebih tua, namun semakin terlihat pada anak-anak, remaja dan orang dewasa muda. Penyebab DM tipe 2 ada kaitan kuat dengan kelebihan berat badan, bertambahnya usia serta riwayat keluarga. Di antara faktor makanan, bukti terbaru juga menyatakan bahwa adanya hubungan antara konsumsi tinggi minuman manis dengan resiko DM tipe 2.

c. DM Gestasional

DM Gestasional adalah jenis DM yang mempengaruhi ibu hamil biasanya selama trimester kedua dan ketiga kehamilan meski bisa terjadi kapan saja selama kehamilan. Pada beberapa wanita DM dapat didiagnosa pada trimester pertama kehamilan namun pada kebanyakan kasus, DM mungkin ada sebelum kehamilan, namun tidak terdiagnosis. DM Gestasional timbul karena aksi insulin berkurang (resistensi insulin) akibat produksi hormon oleh plasenta (IDF, 2017).

d. DM Tipe Lain

DM tipe ini terjadi akibat penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa darah akibat faktor genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pancreas, penyakit metabolik endokrin lain, iatrogenik, infeksi virus, penyakit autoimun dan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan penyakit DM. DM tipe ini dapat dipicu oleh obat atau bahan kimia (seperti dalam pengobatan HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ).

3. Etiologi

a. DM Tipe 1 (*Insulin Dependent Diabetes Melitus /IDDM*)

DM tipe 1 merupakan DM yang disebabkan karena pankreas tidak dapat atau kurang mampu memproduksi insulin. Selain itu, terjadinya kerusakan sel-sel beta pankreas yang memproduksi insulin, hal ini dapat terjadi karena faktor kombinasi antara genetik, imunologi dan lingkungan misalnya infeksi virus (Rara Warih Gayatri, 2019)

1) Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe 1 sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya diabetes tipe 1. Kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (*Human Leucocyte Antigen*) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggungjawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

2) Faktor imunologi

Pada diabetes tipe 1 ditemukan bukti bahwa adanya respon autoimun. Ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

3) Faktor lingkungan

Faktor eksternal yang dapat memicu destruksi sel β pancreas sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destruksi sel β pancreas.

b. DM Tipe 2 (*Non Insulin Dependent Diabetes Melitus / NIDDM*)

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II belum diketahui. Diabetes tipe ini adalah gangguan heterogen yang disebabkan oleh kombinasi faktor genetik yang terkait dengan gangguan sekresi insulin, resistensi insulin dan faktor lingkungan seperti obesitas, makan berlebihan, kurang olahraga, dan stres serta penuaan. Selain itu terdapat faktor-faktor risiko tertentu yang berhubungan yaitu:

1) Usia

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40

tahun. Penurunan ini yang akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

2) Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

3) Diabetes dengan Ulkus

a) Faktor endogen :

(1) Neuropati

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

(2) Angiopati

Dapat disebabkan oleh faktor genetic, metabolic dan faktor resiko lain.

(3) Iskemia

Adalah arterosklerosis (pengapuran dan penyempitan pembuluh darah) pada pembuluh darah besar tungkai

(makroangiopati) menyebabkan penurunan aliran darah ke tungkai, bila terdapat thrombus akan memperberat timbulnya gangrene yang luas. Aterosklerosis dapat disebabkan oleh faktor adanya hormone aterogenik, merokok, hiperlipidemia Manifestasi kaki diabetes iskemia yaitu kaki dingin, nyeri nocturnal, tidak terabanya denyut nadi, adanya pemucatan ekstremitas inferior, kulit mengkilap, hilangnya rambut dari jari kaki, penebalan kuku, gangrene kecil atau luas.

b) Faktor eksogen

(1) Trauma

(2) Infeksi

4. Patofisiologis

a. DM Tipe I

Menurut Lestari (2022), diabetes tipe I pada diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemi puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu glukosa yang berasal dari makanan tidak disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia posprandial (sesudah makan).

Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi maka ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar,

akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosuria). Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan ke dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan berlebihan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (*poliuria*) dan sering minum (*olidipsia*).

Defisiensi insulin juga akan mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (*polifagia*), akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelelahan dan kelemahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukoneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino dan substansi lain), namun pada penderita defisiensi insulin proses ini akan terjadi hambatan lebih lanjut dan akan turut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan.

b. DM Tipe II

Diabetes tipe II, pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan

reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor khusus pada permukaan sel tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan.

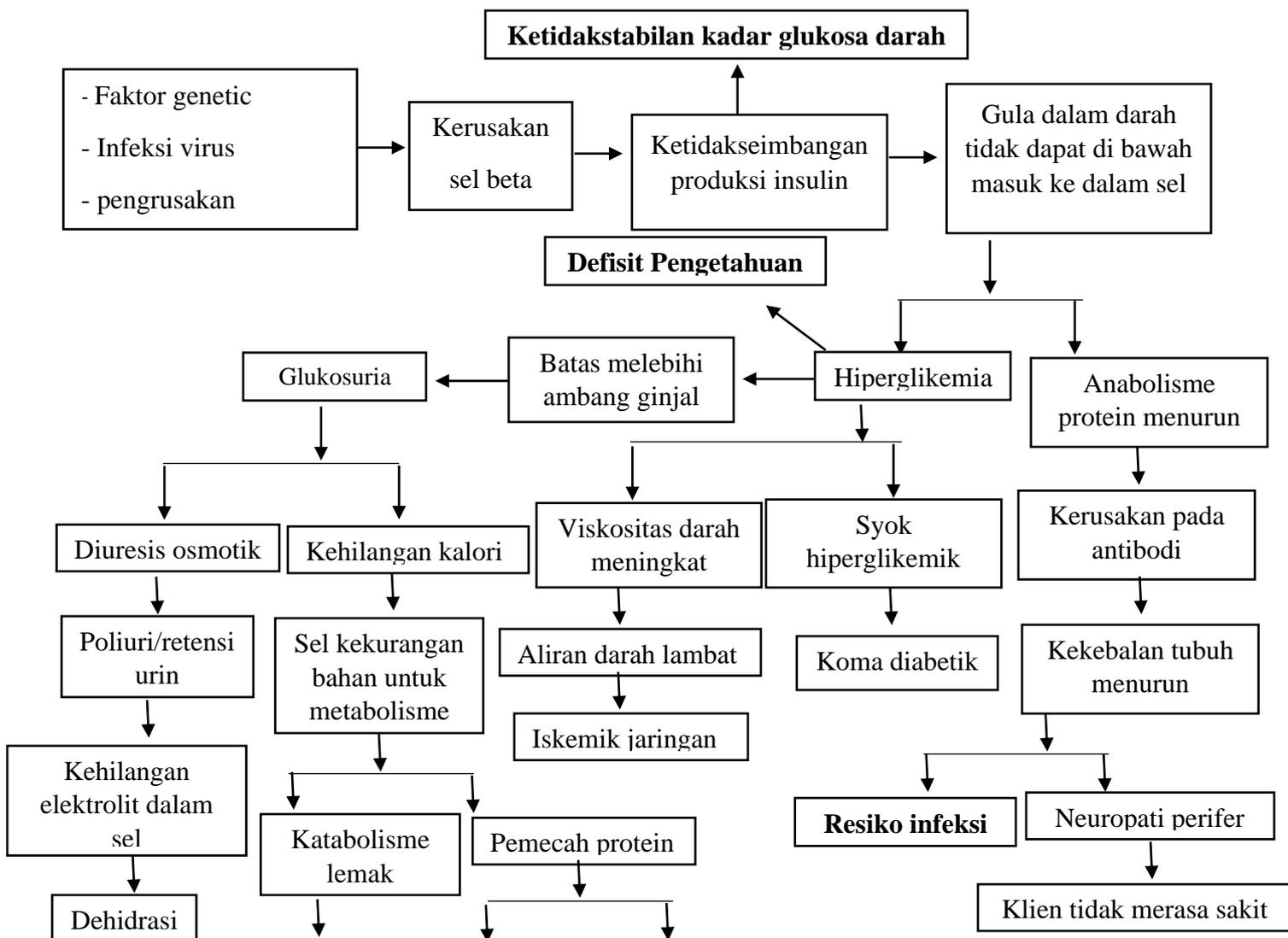
Pada penderita yang toleransi glukosa terganggu, keadaan tersebut terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan dan kadar glukosanya akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun, jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan akan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II. Meskipun demikian, diabetes tipe II yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan *Sindrom Hiperglikemik Hiperosmoler Nonketoik* (HHNK).

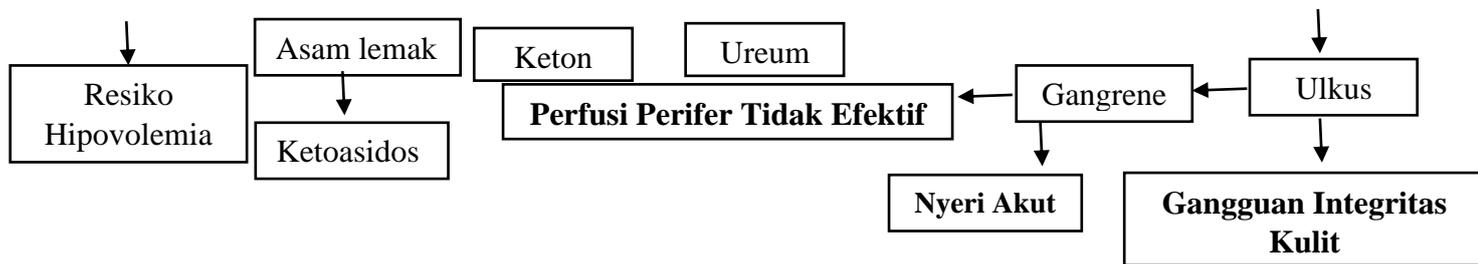
Diabetes tipe II paling sering terjadi pada penderita diabetes yang berusia lebih dari 30 tahun dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa

berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresi, maka awitan diabetes tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalanya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan dan dapat mencakup kelelahan, iritabilitas, poliuria, polidipsi, luka pada kulit yang lama sembuh-sembuh, infeksi vagina atau pandangan yang kabur (jika kadar glukosanya sangat tinggi).

Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) atau Diabetes Melitus Tidak Tergantung Insulin (DMTTI) disebabkan karena kegagalan relatif sel dan resistensi insulin. Resistensi insulin adalah turunny kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat produksi glukosa oleh hati. Sel tidak mampu mengimbangi resistensi insulin ini sepenuhnya, artinya terjadi defisiensi relatif insulin. Ketidakmampuan ini terlihat dari berkurangnya sekresi insulin pada rangsangan glukosa, namun pada rangsangan glukosa bersama bahan perangsang sekresi insulin lain. Berarti sel pankreas mengalami desensitisasi terhadap glukosa.

5. Pathway





Sumber : Menurut (Nanda NIC NOC, 2013) dengan menggunakan Standar
Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017)

6. Manifestasi Klinis

Menurut Purwanto (2016), Gejala penyakit DM dari satu penderita ke penderita lain berbeda-beda, bahkan ada penderita yang tidak menunjukkan gejala apapun sampai saat tertentu.

a. Diabetes Tipe I

Ditunjukkan dengan gejala utama, meliputi banyak sering minum (*Polidipsi*), sering kencing (*Poliuria*), sering makan (*Polifagia*), berat badan menurun, lelah, mudah mengantuk, mudah capek.

b. Diabetes Tipe II

Gejala kronik yang dialami oleh penderita DM meliputi : Kesemutan, terasa tebal di kulit, kram, mata kabur, munculnya edema, luka yang susah sembuh, gatal di sekitar kemaluan terutama wanita, gigi mudah goyah atau mudah lepas, kemampuan seksual menurun bahkan impoten

c. Ulkus Diabetikum

Menurut Suddarth (2014), ulkus diabetikum akibat mikroangiopatik disebut juga ulkus panas walaupun nekrosis, daerah akral itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan dan biasanya teraba pulsasi arteri dibagian distal. Proses mikroangipati menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli memberikan gejala klinis 5 P yaitu :

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

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

- 1) Stadium I : 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)

Tanda dan gejala menurut Manjoer, A., dkk (2018), sebagai berikut:

- 1) Sering kesemutan/gringgingan (asimptomatis)
- 2) Jarak tampak menjadi lebih pendek (klaudilasio intermil)
- 3) Nyeri saat istirahat
- 4) Kerusakan jaringan (necrosis, ulkus)

- 5) Adanya kalus di telapak kaki
- 6) Kulit kaki kering dan pecah-pecah

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

- 1) Derajat 0 : Tidak ada lesi terbuka, kulit masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “*claw, callus*“
- 2) Derajat I : Ulkus superfisial terbatas pada kulit.
- 3) Derajat II : Ulkus dalam menembus tendon dan tulang.
- 4) Derajat III: Abses dalam, dengan atau tanpa osteomielitis.
- 5) Derajat IV: Gangren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis
- 6) Derajat V: Gangren seluruh kaki atau sebagian tungkai.

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Alexander (2019), pemeriksaan diagnostik pada penderita DM seperti pemeriksaan gula darah sewaktu, kadar glukosa darah puasa, Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) standar. Glukosa Darah Sewaktu dan Puasa dengan Metode Anzomatik Sebagai Patokan dan Diagnosa DM.

	Bukan DM	Bukan Pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu:			
Plasma vena	< 110	100-199	> 200
Darah kapiler	< 90	90-199	>200
Kadar glukosa darah puasa:			

Plasma vena	< 110	100-125	> 125
Darah kapiler	< 90	90-107	> 110

Sumber : (Kam, 2019)

8. Penatalaksanaan

Menurut Perkeni (2015), penatalaksanaan Ulkus Diabetikum yaitu :

- a. Kendali metabolik (*metabolic control*) : pengendalian keadaan metabolik sebaik mungkin seperti pengendalian kadar glukosa darah, lipid, albumin, hemoglobin dan sebagainya.
- b. Kendali vaskular (*vascular control*) : perbaikan asupan vaskular (dengan operasi atau angioplasti), biasanya dibutuhkan pada keadaan ulkus iskemik. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2.
- c. Kendali infeksi (*infection control*) : jika terlihat tanda-tanda klinis infeksi harus diberikan pengobatan infeksi secara agresif (adanya kolonisasi pertumbuhan organisme pada hasil usap namun tidak terdapat tanda klinis, bukan merupakan infeksi).
- d. Kendali luka (*wound control*) : pembuangan jaringan terinfeksi dan nekrosis secara teratur. Perawatan lokal pada luka, termasuk kontrol infeksi, dengan konsep TIME :
 - 1) *Tissue debridement* (membersihkan luka dari jaringan mati)
 - 2) *Inflammation and Infection Control* (kontrol inflamasi dan infeksi) *Moisture Balance* (menjaga kelembaban)
 - 3) *Epithelial edge advancement* (mendekatkan tepi epitel)

- e. Kendali tekanan (*pressure control*) : mengurangi tekanan pada kaki, karena tekanan yang berulang dapat menyebabkan ulkus, sehingga harus dihindari. Mengurangi tekanan merupakan hal sangat penting dilakukan pada ulkus neuropatik. Pembuangan kalus dan memakai sepatu dengan ukuran yang sesuai diperlukan untuk mengurangi tekanan.
- f. Penyuluhan (*education control*) : penyuluhan yang baik. Seluruh pasien dengan diabetes perlu diberikan edukasi mengenai perawatan kaki secara mandiri.

B. Konsep Masalah Keperawatan

Adapun masalah-masalah yang muncul pada pasien dengan diabetes melitus antara lain:

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah.

Merupakan variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal.

Penyebab :

Hiperglikemia :

- a. Disfungsi pancreas
- b. Resistensi insulin
- c. Gangguan toleransi glukosa darah
- d. Gangguan glukosa darah puasa.

Hipoglikemia :

- a. Penggunaan insulin atau obat glikemik oral

- b. Hiperinsulinemia (mis. insulinoma)
- c. Endokrinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitary)
- d. Disfungsi hati
- e. Disfungsi ginjal kronis
- f. Efek agen farmakologi
- g. Tindakan pembedahan neoplasma
- h. Gangguan metabolik bawaan (mis. Gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen).

Gejala dan Tanda Mayor

Hipoglikemia :

Subjektif : Mengantuk, pusing

Objektif : Gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah/urin rendah

Hiperglikemia :

Subjektif: lelah atau lesu.

Objektif: kadar glukosa dalam darah/urin tinggi.

Gejala dan Tanda Minor

Hipoglikemia :

Subjektif : palpitasi, mengeluh lapar.

Objektif : gemetar, kesadaran menurun, perilaku aneh, sulit bicara, berkeringat.

Hiperglikemia :

Subjektif : mulut kering, haus meningkat

Objektif : jumlah urin meningkat.

2. Risiko infeksi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor risiko:

- a. Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)
- b. Efek prosedur invasive
- c. Malnutrisi
- d. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - 1) Gangguan peristaltik
 - 2) Kerusakan integritas kulit
 - 3) Perubahan sekresi pH
 - 4) Penurunan kerja insulin
 - 5) Ketuban pecah lama
 - 6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - 7) Merokok
 - 8) Statis cairan tubuh
- f. Ketidakadekuatan pertahan tubuh sekunder :
 - 1) Penurunan hemoglobin
 - 2) Imununosupresi
 - 3) Leukopenia

4) Supresi respon inflamasi

5) Vaksinasi tidak adekuat.

3. Nyeri akut

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

Penyebab :

- a. Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif :

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Frekuensi nadi meningkat
- e. Sulit tidur

Gejala dan Minor

Subjektif : (tidak tersedia)

Objektif :

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola napas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berpikir terganggu
- e. Menarik diri
- f. Berfokus pada diri sendiri
- g. Diaforesis

Kondisi Klinis Terkait

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom koroner akut
- e. Glaukoma

4. Perfusi Perifer Tidak Efektif

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

Penyebab :

- a. Hiperglikemia
- b. Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c. Peningkatan tekanan darah
- d. Kekurangan volume cairan
- e. Penurunan aliran arteri dan / atau vena

- f. Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)
- g. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes melittus, hiperlipidemia)
- h. Kurang aktivitas fisik.

Gejala dan Tanda Mayor – Subjektif : (Tidak tersedia)

Gejala dan Tanda Mayor – Objektif :

- a. Pengisian kapiler >3 detik.
- b. Nadi perifer menurun atau tidak teraba.
- c. Akral teraba dingin.
- d. Warga kulit pucat.
- e. Turgor kulit menurun.

Gejala dan Tanda Minor – Subjektif :

- a. Parastesia.
- b. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten).

Gejala dan Tanda Minor – Objektif :

- a. Edema.
- b. Penyembuhan luka lambat.
- c. Indeks ankle-brachial < 0,90.
- d. Bruit femoral.

Kondisi Klinis Terkait.

- a. Tromboflebitis.
- b. Diabetes melitus.

- c. Anemia.
- d. Gagal Jantung kongenital.
- e. Kelainan jantung kongenital
- f. Thrombosis arteri.
- g. Varises.
- h. Trombosis vena dalam.
- i. Sindrom kompartemen.

5. Gangguan Integritas Kulit

Yaitu kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan /atau ligament

Penyebab :

- a. Perubahan sirkulasi
- b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c. Kelebihan/kekurangan volume cairan
- d. Penuruna mobilitas
- e. Bahan kimia iritatif
- f. Suhu lingkungan yang ekstrem
- g. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan)
- h. Efek samping terapi radiasi
- i. Kelembaban
- j. Proses penuaan
- k. Neuropati perifer

l. Perubahan pigmentasi

m. Perubahan hormonal

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

Objektif : Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Gejala dan tanda minor

Subjektif : -

Objektif : Nyeri, perdarahan, kemerahan, hermatoma

Kondisi klinis terkait

a. Imobilisasi

b. Gagal jantung kongestif

c. Gagal ginjal

d. Diabetes mellitus

e. Imunodefisiensi (mis.AIDS)

6. Defisit pengetahuan

Yaitu ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu,

Penyebab

a. Keterbatasan kognitif

b. Gangguan fungsi kognitif

c. Kekeliruan mengikuti anjuran

d. Kurang terpapar informasi

e. Kurang minat dalam belajar

- f. Kurang mampu mengingat
- g. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif : -

Objektif : Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.

Gejala dan Tanda Minor

- a. Menjalani pemeriksaan yang tepat
- b. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)

Kondisi Klinis terkait

- a. Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien
- b. Penyakit akut
- c. Penyakit kronis

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah keperawatan terdiri dari 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Kelima proses ini harus dijalankan secara berkesinambungan antara satu tahapan dengan tahapan lainnya.

1. Pengkajian

- a. Pengumpulan Data

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (2013), fase pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, memvalidasi data, mengorganisasikan data, dan mendokumentasikan data. Pengumpulan data antara lain meliputi :

1) Biodata

- a) Identitas Pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis)
- b) Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).

2) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Adanya gatal pada kulit yang tidak sembuh-sembuh, kesemutan, menurunnya berat badan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, banyak kencing, menurunnya ketajaman penglihatan.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Adakah riwayat penyakit terdahulu yang pernah diderita oleh pasien tersebut, seperti pernah menjalani operasi berapa kali, dan dirawat di RS berapa kali.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit keluarga, adakah anggota keluarga dari pasien yang menderita penyakit Diabetes Melitus karena ini termasuk penyakit yang menurun.

3) Pola Fungsional Gordon

a) Pola pemeliharaan kesehatan

Tidak memahami penyakit yang dialami, bertanya tentang penyakitnya.

b) Pola Aktivitas

Takipnea pada keadaan istirahat dengan aktivitas, merasa cepat lelah saat beraktivitas.

c) Pola eliminasi

Urin, kuning, polyuria, diare.

d) Pola nutrisi

Muntah, penurunan BB, bising usus lemah/menurun, kekakuan, distensi abdomen, *polifagia* dan *olidipsi*.

e) Musculoskeletal

Penurunan kekuatan otot, kesemutan, rasa berat pada tungkai, mengeluh nyeri

4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik secara keseluruhan mulai dari kepala sampai kaki dengan menggunakan prinsip inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk melihat tanda klinis yang terjadi pada tubuh pasien seperti warna kulit, kuku, cacat warna, bentuk,

memperhatikan jumlah rambut, distribusi, teksturnya dan lain-lain (Bararah, 2013).

b. Tabulasi Data

Kesemutan, meningkatnya nafsu makan, sering haus, *polyuria*, diare, muntah, bising usus lemah /menurun, *polifagia* dan *olidipsi*, penurunan kekuatan otot, takikardia, rasa berat pada tungkai, kulit kemerahan, pruritus, penyembuhan luka lama, bertanya tentang sakitnya, wajah tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, CRT > 3 detik, terdapat luka.

c. Klasifikasi Data

DS: *Polyuria*, *olidipsi*, *polifagi*, kekakuan, mengantuk, kesemutan, rasa berat pada tungkai, pruritus, muntah, diare, keringatan.

DO: takikardia, keringatan, kulit kemerahan, pruritus, wajah tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, turgor kulit menurun, CRT > 3 detik, terdapat luka.

d. Analisa Data

No	Sign/Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS: Lelah, mengantuk, pusing DO: Kadar glukosa dalam darah/urine tinggi.	Hiperglikemia	Ketidakstabilan kadar glukosa darah
2.	DS: Luka pada bagian ekstremitas	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh	Resiko Infeksi

	DO: Adanya pus dan edema	primer	
3.	DS : - DO : CRT > 3 detik, turgor kulit menurun, warna kulit pucat, nadi perifer tidak teraba	Hiperglikemia	Perfusi Perifer Tidak Efektif
4.	DS : - DO:frekuensi nadi meningkat, tampak meringis	Agen pencedera fisik	Nyeri akut
5.	DS : - DO :nyeri, kerusakan jaringan kulit	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit
6.	DS : - DO : menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diabetes melitus menurut (Tim POKJA SDKI DPP PPNI, 2016) antara lain:

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia yang ditandai dengan :

DS : Lelah, mengantuk, pusing

DO : Kadar glukosa dalam darah/urine tinggi

b. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan :

DS : Luka pada bagian ekstermitas

DO : Adanya pus dan edema

c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan :

DS : -

DO : CRT > 3 detik, turgor kulit menurun, warna kulit pucat, nadi perifer tidak teraba.

d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan :

DS : -

DO : frekuensi nadi meningkat, tampak meringis

e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan :

DS : -

DO : nyeri, kerusakan jaringan kulit

f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

DS : -

DO : menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

3. Intervensi Keperawatan

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi risiko ketidakstabilan gula darah.

Kriteria hasil :

- 1) Kadar glukosa dalam darah membaik
- 2) Kadar glukosa dalam urin membaik
- 3) Keluhan lapar menurun
- 4) Rasa haus menurun
- 5) Jumlah urin membaik.

Intervensi :

- 1) Manajemen Hiperglikemia

Observasi

- a) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- b) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat
- c) Monitor kadar glukosa darah
- d) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia
- e) Monitor intake dan output cairan
- f) Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi.

Terapeutik

- a) Berikan asupan cairan oral
- b) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
- c) Fasilitasi ambulansi jika ada hipotensi ortostatik

Edukasi

- a) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl
- b) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- c) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- d) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu
- e) Ajarkan pengelolaan diabetes

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian insulin
- b) Kolaborasi pemberian cairan
- c) Kolaborasi pemberian kalium

2) Manajemen Hipoglikemia

Observasi

- a) Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia
- b) Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia

Terapeutik

- a) Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu
- b) Berikan glukagon, jika perlu
- c) Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet
- d) Pertahankan kepatenan jalan nafas
- e) Pertahankan akses IV jika perlu
- f) Hubungan layanan medis darurat jika perlu

Edukasi

- a) Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat
- b) Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat
- c) Anjurkan monitor kadar glukosa darah
- d) Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program, pengobatan
- e) Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral dan olahraga
- f) Ajarkan pengelolaan hipoglikemia
- g) Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian glukagon jika perlu

3) Edukasi Diet

Observasi

- a) Identifikasi kemampuan klien dan keluarga menerima informasi

- b) Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini
- c) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu
- d) Identifikasi persepsi klien dan keluarga tentang diet yang diprogramkan

Terapeutik

- a) Persiapkan materi, media dan alat peraga
- b) Jadwalkan waktu yang tepat untuk melakukan edukasi kesehatan
- c) Berikan kesempatan klien untuk bertanya
- d) Sediakan rencana makanan secara tertulis

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan kepatuhan diet terhadap kesehatan
- b) Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang
- c) Anjurkan mengganti bahan makanan sesuai diet yang diprogramkan
- d) Anjurkan melakukan olahraga sesuai toleransi
- e) Rekomendasikan makanan yang sesuai dengan diet.

- b. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatnya pertahanan tubuh primer.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan resiko infeksi dapat dicegah atau tidak terjadi infeksi.

Kriteria hasil :

- 1) Pasien bebas dari tanda gejala infeksi

- 2) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- 3) Jumlah leukosit dalam batas normal
- 4) Menunjukkan perilaku hidup sehat

Intervensi

Pencegahan Infeksi

Observasi

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- a) Batasi jumlah pengunjung
- b) Berikan perawatan kulit pada area edema
- c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
 - c) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka
 - d) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - e) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi.

Kriteria hasil :

- 1) Denyut nadi meningkat
- 2) Penyembuhan luka meningkat
- 3) Warna kulit pucat menurun
- 4) Pengisian kapiler membaik
- 5) Turgor kulit membaik

Intervensi : Perawatan sirkulasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu)
- 2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi
- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas
- 4) Hindari pemasangan penekanan atau pemasangan tourniquet pada area cedera
- 5) Lakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka secara aseptik.

d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah nyeri akut teratasi.

Kriteria hasil :

- 1) Tampak rileks
- 2) Nadi normal

Intervensi : Manajemen nyeri

- 1) Kaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien.
 - 2) Jelaskan pada pasien tentang sebab-sebab timbulnya nyeri.
 - 3) Ciptakan lingkungan yang tenang
 - 4) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi
 - 5) Atur posisi pasien senyaman mungkin sesuai keinginan pasien
 - 6) Lakukan massage saat rawat luka.
 - 7) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik
- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah gangguan integritas kulit teratasi.

Kriteria hasil :

Intervensi : perawatan Luka

- 1) Kaji keadaan luka serta proses penyembuhan
 - 2) Monitor tanda-tanda infeksi
 - 3) Monitor karakteristik warna, ukuran dan bau
 - 4) Lepaskan balutan secara perlahan
 - 5) Pertahankan teknik steril saat melakukan secara steril
 - 6) Lakukan perawatan luka
 - 7) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian insulin
 - 8) Kolaborasi prosedur debridement
 - 9) Kolaborasi pemberian antibiotik.
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah defisit pengetahuan teratasi.

Kriteria hasil : mampu menjelaskan kembali, menunjukkan perilaku memahami meningkat

Intervensi : Edukasi Kesehatan

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan untuk menerima informasi
- 2) Jelaskan cara perawatan luka secara aseptik sambil mempraktekkan kepada keluarga klien
- 3) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- 4) Sediakan media untuk melakukan penyuluhan
- 5) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu :

- a. Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai.
- b. Evaluasi somatif merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Desain studi kasus yang digunakan adalah deskriptif. Pendekatan yang digunakan adalah asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi pada klien dengan diagnosa medis Ulkus DM.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini seorang pasien dengan inisial Ny. A, dengan Diagnosa Medis Ulkus DM di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

1. Batasan istilah dalam studi penelitian meliputi : Diabetes Melitus merupakan suatu kelainan defisiensi dari insulin dan kehilangan toleransi terhadap glukosa. Menurut (WHO, 2019) Pasien dikatakan Diabetes Melitus jika hasil tes GDS ≥ 200 mg/dl, GDP ≥ 126 mg/dl. Sedangkan GD 2 jam ≥ 200 ml/dl, pemeriksaan HbA1C $\geq 6,5\%$.
2. Asuhan keperawatan adalah bentuk tindakan atau kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan kepada pasien yang sesuai dengan standar operasional prosedur yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan serta evaluasi keperawatan.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende dan Ruang Perawatan Bedah, Jln. Prof. Dr.W.Z Yohanes, Kelurahan Paupire, Kecamatan Ende Tengah, Kabupaten Ende, Nusa Tenggara Timur, pada tanggal 13-15 Juli 2023.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan proposal studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pelaksanaan tindakan dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin Kepala Ruang Penyakit Dalam. Setelah mendapatkan ijin, saya diperbolehkan memilih pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu memilih responden lalu menjelaskan tujuan, penulis meminta tanda tangan informend Consent. Data studi kasus ini berupa hasil wawancara, observasi, pengukuran, terhadap pasien Ny. A. Setelah dilakukan pengkajian data, selanjutnya melakukan diagnosa keperawatan, melakukan intervensi, implementasi, dan melakukan evaluasi terhadap kasus. Dan melihat kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu :

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat

wawancara berlangsung, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, kebutuhan dasar seperti, nutrisi, aktivitas/ istirahat.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada pasien dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan stetoskop, tensi meter, thermometer. Observasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut.

3. Studi Dokumentasi

Dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari rekam medis pasien. Seperti pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah lengkap).

G. Instrument Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual pada studi kasus ini data diperoleh dari :

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien seperti biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu.

2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari keluarga atau hasil studi dokumentasi.

I. Analisa Data

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

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Studi kasus dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah yang berada di jalan Sam Ratulangi. Adapun wilayah batas RSUD Ende sebagai berikut: Sebelah Utara berbatasan dengan: Jalan Samratulangi, Sebelah Timur berbatasan dengan: Pemukiman penduduk, Sebelah Barat berbatasan dengan: Kali/Sungai kering, Sebelah Selatan berbatasan dengan: Jln. Prof. Dr. W. Z. Yohanes RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruangan Penyakit Dalam III, dimana ruangan ini merupakan ruangan yang merawat pasien dengan penyakit tidak menular. Ruangan Penyakit Dalam III terdiri dari 3 ruangan dengan kapasitas bed 18, yang terdiri dari kelas A berjumlah 7 bed, kelas B berjumlah 7 bed dan kelas C berjumlah 4 bed, dengan tenaga perawat sebanyak 18 orang yang terdiri dari Diploma 3 berjumlah 17 orang, dan Strata Satu (S1) Keperawatan Ners berjumlah 1 orang dengan struktur organisasi tertinggi adalah kepala Ruangan.

Sebagai salah satu pusat pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan seperti : Instalansi Rawat Jalan, Instalansi Rawat Inap, Instalansi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalansi Rawat Jalan terdiri dari Poli Penyakit dalam, Poli bedah, Poli kandungan, Poli anak, Poli gigi dan Poli fisiotherapi. Instalansi Rawat Inap terdiri dari Ruang rawat penyakit dalam, Ruang rawat penyakit bedah, Ruang rawat

penyakit kandungan dan kebidanan, Ruang rawat penyakit anak, Ruang rawat perinatal, Ruang rawat intensif (ICU), Ruang rawat paviliun dan Ruang perawatan khusus.

Unit penunjang medis terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, kamar bedah, kamar bersalin, elektromedis dan fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian administrasi, bagian keuangan, bagian pelayanan medis, bagian keperawatan, instalansi pemeliharaan sarana rumah sakit (IPSR), unit kamar jenazah, dapur, bilik basuh, sentral oxygen dan sistem informasi manajemen rumah sakit.

2. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

a) Identitas Pasien

Pasien berinisial Ny. A berumur 54 tahun, beragama Islam, pekerjaan penenun, pendidikan terakhir SD, beralamat di Jln. Ikan Paus, Kelurahan Tanjung dengan Diagnosa Ulkus DM.

b) Identitas Penanggungjawab

Klien berinisial Ny. Y.S berumur 17 tahun dan berpendidikan terakhir SMP, hubungan dengan klien yaitu anak kandung.

2) Status Kesehatan

a) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada luka di telapak kaki kiri serta menjalar sampai di betis, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 5 (nyeri sedang).

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien mengatakan masuk RSUD Ende sudah dari tanggal 06 Juli 2023, dengan keluhan nyeri, demam, mual muntal, terasa lemas, pusing, luka pada betis dan telapak kaki kiri yang disertai nanah. Klien tampak terpasang infus NaCl 0,9% 20 tpm ditangan sebelah kiri.

c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga klien mengatakan bahwa sebelumnya klien pernah dirawat 2 kali di rumah sakit karena luka yang mereka curigai merupakan luka DM. Klien pernah dilakukan debridement pada bulan Mei 2023, klien diberikan terapi obat antidiabetik untuk mengontrol dan menurunkan kadar gula darah dan sempat menjalani proses perawatan di rumah, tetapi luka pada telapak kaki kiri klien kembali memburuk dan menjalar sampai ke betis sehingga klien kembali di bawa ke rumah sakit.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan bahwa keluarganya mempunyai riwayat kencing manis dan ada anggota keluarganya yang menderita penyakit kencing manis yaitu ayah dan adik kandungnya.

3) Pola Kebutuhan Dasar

a) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengatakan bahwa kalau sakit klien selalu berobat ke Puskesmas. Klien teratur minum obat yang diberikan oleh dokter atau perawat serta menjalani perawatan selama di rumah. Saat ini, klien mengatakan bahwa sakit yang dialaminya adalah penyakit turunan dari keluarganya yaitu dari ayahnya.

b) Pola Nutrisi-Metabolik

(1) Sebelum sakit

Klien mengatakan nafsu makannya baik, klien biasa makan 3 kali sehari dengan menu nasi, sayur dan lauk pauk berupa ikan, tempe atau tahu sesekali daging, tidak ada makanan pantangan, minum biasanya sehari 4-7 gelas, kadang-kadang klien sering merasa haus sehingga minum lebih dari biasanya. Berat badan sebelum sakit yaitu 64 kg.

(2) Saat sakit

Klien mengaku kurang nafsu makan, klien hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan RS, hal ini berbeda dengan keadaan sebelumnya sedangkan klien minum air ± 5-7 gelas/hari. Berat badan saat sakit yaitu 46 kg.

c) Pola Eliminasi

(1) Sebelum sakit

Klien mengatakan bahwa biasanya klien BAB 1-2 kali sehari, tidak ada keluhan saat BAB, bau khas feses, warna kuning kecuali saat diare baru BAB lebih dari biasanya sedangkan BAK 1 hari sebanyak 7-8 kali, pada malam hari klien sering terbangun untuk BAK 2-3 kali, tidak ada keluhan saat BAK, bau khas urine warna kuning.

(2) Saat ini

Selama dirawat di RS klien biasa BAB 1-2 kali dalam sehari, dengan konsistensi padat tidak ada darah dan berwarna kuning tua, BAK 4-6 kali sehari dengan warna kuning keruh, tidak ada keluhan saat BAK, tidak terpasang kateter.

d) Pola Aktivitas-Latihan

(1) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa melaksanakan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga dengan baik, kadang-kadang cepat kelelahan, kaki tangan sering kesemutan, saat beraktivitas jantung tidak berdebar-debar dan tidak sesak napas.

(2) Saat ini

Klien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga dan perawat terutama eliminasi, berpindah dan aktivitas lainnya. Faktor lainnya juga karena nyeri pada daerah luka selain itu aktivitas juga terhambat karena pada tangan kanan terpasang infus NaCl 20 tpm.

e) Pola kognitif dan persepsi

Sebelum sakit klien mengatakan penglihatan normal, dan pendengaran juga normal. Saat ini klien mengatakan bahwa untuk penglihatan dan juga pendengarannya tidak ada masalah.

f) Pola persepsi-konsep diri

Gambaran diri : klien mengatakan bahwa ia menyukai semua anggota tubuhnya kecuali kaki kirinya karena ada luka yang semakin membusuk dan menjalar sampai ke betis klien. Identitas diri : klien adalah seorang ibu dan memiliki 4

orang anak. Ideal diri : klien mengatakan dirinya kurang percaya diri. Peran : klien merupakan seorang ibu dari anak-anaknya dan seorang istri dari suaminya. Harga diri : klien mengatakan harga dirinya tinggi.

g) Pola Tidur dan Istirahat

(1) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelumnya biasa tidur malam dari jam 22.00-05.00 pagi, klien tidur dengan nyenyak, tidur siang kurang lebih 1-2 jam tidak tiap hari, klien tidur siang kecuali pekerjaan rumahnya sudah beres semua baru istirahat siang.

(2) Saat sakit

Klien mengatakan, selama di RS klien tidur malam mulai dari jam 22.00-05.00 pagi, klien tidur dengan nyenyak, dan siang hari tidak bisa istirahat karena sering dibangunkan perawat untuk melayani injeksi atau tindakan lainnya.

h) Pola Peran-Hubungan

Klien mengatakan dalam berinteraksi dalam kehidupan kesehariannya dengan masyarakat ataupun dalam keluarga selalu baik-baik saja. Saat ini klien juga mengatakan bahwa hubungannya dengan pasien maupun dengan keluarga pasien yang ada dalam ruangan tersebut baik-baik saja.

i) Pola Seksual-Reproduksi

Klien mengatakan sebelum sakit klien tidak mengalami keluhan tentang reproduksinya seperti haid lancar, tidak ada rasa nyeri pada saat haid, dan klien tidak menggunakan alat kontrasepsi seperti KB, klien juga mengatakan tidak ada masalah pada reproduksinya.

j) Pola toleransi stress-koping

Klien mengatakan bahwa setiap kali ada persoalan dalam rumah tangga baik secara pribadi maupun secara keluarga, klien mengatakan menyelesaikannya bersama suaminya. Saat klien mengatakan ia hanya bisa berdoa dan berharap bisa segera sembuh.

k) Pola nilai dan kepercayaan

Klien rajin melaksanakan ibadah sholat 5 waktu dan sering mengikuti pengajian, namun setelah sakit klien hanya di rumah saja. Klien tidak mengikuti organisasi keagamaan dan organisasi masyarakat apapun. Klien hanya bisa berdoa meminta yang terbaik untuk dirinya dan keluarganya

4) Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, tanda vital, suhu $36,5^{\circ}\text{C}$, nadi 97 x/menit, RR 18x/menit, TD 110/90 mmHg, SPO_2 : 99%, Tinggi badan: 160 cm, Berat Badan: 46 kg, hasil IMT : $23,4 \text{ kg/cm}^2$.

Kepala klien berbentuk oval, tidak ditemukan adanya benjolan, wajah simetris, tidak ada lesi dan massa. Rambut klien tampak sudah sebagian tumbuh uban, agak berbau tidak sedap, berbentuk gelombang. Mata simetris, pupil isokor, tidak ikterik, tidak anemis, tidak teraba benjolan pada mata dan nyeri, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Daun telinga klien simetris, tidak ada kemerahan pada telinga, tidak ada cairan keluar dari telinga, telinga tampak agak kotor, dan klien masih bisa mendengar dengan jelas. Fungsi penciuman klien masih bagus, tidak ada cairan atau sekret keluar dari hidung, tampak ada silia pada lubang hidung. Mulut klien tampak agak kotor dan berbau, bentuk mulut simetris, tidak terdapat pembesaran pada tonsil, mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis. Gigi klien sudah masih lengkap dan berwarna kuning. Tidak terdapat kemerahan pada leher, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

Pada pemeriksaan dada saat dinspeksi dada tampak simetris, tidak ada tanda-tanda distress pernapasan, tidak ikterik atau sianosis, tidak ada pembengkakan, benjolan ataupun edema. Palpasi integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan/massa/tanda tanda peradangan. Saat dilakukan auskultasi ditemukan suara napas vesikuler, *respirasi rate* 18 x/menit. Pemeriksaan jantung saat di inspeksi tidak tampak pembesaran pada vena jugularis, palpasi teraba denyut nadi dengan intensitas sedang. Pada saat

perkusi terdengar suara redup dan saat auskultasi terdengar suara nafas S1 dan S2 (Lup dup), nadi 97 x/menit.

Pemeriksaan abdomen didapatkan data saat inspeksi bentuk abdomen sedikit membuncit, tidak tampak benjolan, tidak tampak ada edema, tidak tampak lesi atau kemerahan. Saat auskultasi terdengar bising usus 10 kali dengan suara pelan, tidak terdapat nyeri tekan.

Pada pemeriksaan ekstremitas terdiri atas dua yaitu : ekstermitas atas, tampak terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada edema, sedangkan ekstremitas bawah tampak balutan kasa yang sedikit basah pada luka di telapak kaki kiri dan pada betis klien, lukanya berbau tidak sedap, terdapat edema dan ada nyeri tekan, tampak kulit disekitar luka mengerut dan terkelupas, turgor kulit menurun, CRT 5 detik.

5) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan diagnostik (darah lengkap)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
WBC	7.79	[10 ³ /uL]	(3.6 - 11.00)
LYMPH#	1.06	[10 ³ /uL]	(1.0 - 3.70)
MONO#	0.78 +	[10 ³ /uL]	(0.00 - 0.70)
EO#	0.02 *	[10 ³ /uL]	(0.00 - 0.40)
BASO#	0.03	[10 ³ /uL]	(0.00 - 0.10)
NEUTH#	6.08 *	[10 ³ /uL]	(1.50 - 7.00)
LYMPH%	13.3 -	[%]	(25.0 - 40.0)
MONO%	9.8 +	[%]	(2.0 - 8.0)
EO%	0.3 *	[%]	(2.0 - 4.0)
BASO%	0.4	[%]	(0.0 - 1.0)
NEUT%	76.2 *	[%]	(50.0 - 70.0)
IG#	0.04 *	[10 ³ /uL]	(0.00 - 7.00)
IG%	0.5 *	[%]	(0.0 - 72.0)
RBC	3.37 -	[10 ⁶ /uL]	(3.80 - 5.20)
HGB	9.2 -	[g/dL]	(11.7 - 15.5)
HCT	28.0 -	[%]	(35.0 - 47.0)
MCV	83.1	[fL]	(80.0 - 100.0)

MCH	27.3	[pg]	(26.0 - 34.0)
MCHC	32.9	[g/dL]	(32.0 - 36.0)
RDW-SD	46.6	[fL]	(37.0 - 54.0)
DW-CV	15.1 +	[%]	(11.5 - 14.5)
PLT	206	[10 ³ /uL]	(150 - 440)
MPV	9.1	[fL]	(9.0 - 13.0)
PCT	0.19	[%]	(0.17 - 0.35)
PDW	9.2	[fL]	(9.0 - 17.0)
P-LCR	18.3	[%]	(13.0 - 43.0)

Pemeriksaan GDS pada hari kamis tanggal 13 Juli 2023 jam

08.00 WITA yaitu 296 mg/dl.

b) T

No	Nama obat	Dosis
1.	Paracetamol	3x1 gram
2.	Novarapid	6 unit/Sc
3.	Levemir	10 unit/IV
4.	Cairan NaCL 0,9%	500cc/20tpm
5.	Ondansetron	3x4 mg
6.	Omeprazole	2x40 mg
7.	Ceftriaxone	2x1 gram

ngobatan

b. Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada klien Ny. A maka dapat disimpulkan sebagai berikut : klien mengatakan lemah, pusing dan nyeri pada luka ditelapak kaki kiri dan menjalar sampai betis klien, nyerinya seperti tertusuk-tusuk, tampak wajah menyeringai, skala nyeri 5 (nyeri sedang). Klien mengatakan kurang nafsu makan, hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan oleh RS dengan berat badan klien saat ini yaitu 46 kg. Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, tampak aktivitasnya dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri. Klien mengatakan bahwa dirinya kurang percaya diri dengan kondisinya sekarang dan klien tidak menyukai anggota tubuhnya yaitu pada bagian telapak kaki karena terdapat luka yang semakin membusuk dan berbau dan menjalar sampai ke betis. Tampak balutan kasa yang sedikit basah pada luka di telapak kaki kiri dan pada betis klien, terdapat edema dan ada nyeri tekan, tampak kulit disekitar luka mengerut dan terkelupas, turgor kulit menurun, CRT 5 detik. Glukosa darah sewaktu 296 mg/dl. Tanda vital, suhu 36,5⁰C, nadi 97 x/menit, RR 18x/menit, TD 110/90 mmHg, SPO₂ : 99%.

c. Klasifikasi data

Data subjektif : klien mengatakan lemah, pusing dan nyeri pada luka ditelapak kaki kiri dan menjalar sampai betis klien, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, klien mengatakan kurang nafsu makan, hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan oleh RS dengan berat badan, klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, klien mengatakan bahwa dirinya kurang percaya diri dengan kondisinya sekarang dan klien tidak menyukai anggota tubuhnya yaitu pada bagian telapak kaki karena terdapat luka yang semakin membusuk dan menjalar sampai ke betis dan berbau tidak sedap.

Data objektif : tampak wajah menyeringai, skala nyeri 5 (nyeri sedang), BB klien saat ini yaitu 46 kg, tampak aktivitasnya dibantu oleh keluarganya, terpasang infus NaCl 20 tpm di tangan kiri, tampak balutan kasa yang sedikit basah dan berbau tidak sedap pada luka di telapak kaki kiri dan pada betis klien, terdapat edema, tampak kulit disekitar luka mengerut dan terkelupas turgor kulit menurun, CRT 5 detik. Glukosa darah sewaktu 296 mg/dl. Tanda vital, suhu 36,5⁰C, nadi 97 x/menit, RR 18x/menit, TD 110/90 mmHg, SPO₂ : 99%.

d. Analisa data

- 1) Data subjektif : klien mengatakan nyeri pada luka di telapak kaki dan menjalar sampai ke betis, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk. Data objektif : Tampak wajah menyeringai, skala nyeri 5 (nyeri sedang), tampak balutan kasa yang sedikit basah pada luka di telapak kaki kiri dan pada betis klien, lukanya berbau tidak

sedap dan terdapat edema. Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi).

- 2) Data subjektif : klien mengeluh nyeri pada luka di telapak kaki dan betis kiri. Data objektif : turgor kulit menurun, CRT 5 detik, terdapat edema serta proses penyembuhan luka yang lama. Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia.
- 3) Data subjektif : klien mengeluh pusing dan lemah. Data objektif : glukosa darah sewaktu 296 mg/dl. Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin.
- 4) Data subjektif : klien mengatakan kurang nafsu makan, hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang disediakan oleh RS. Data objektif : BB sebelum sakit : 64 kg, saat sakit : 46 kg dengan tinggi badan: 160 cm dan hasil IMT : $23,4 \text{ kg/cm}^2$. Masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keenganan untuk makan).
- 5) Data subjektif : -. Data objektif : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada betis klien, lukanya berbau tidak sedap, kulit disekitar luka mengerut dan terkelupas. Masalah keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.

- 6) Data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya kurang percaya diri dengan kondisinya sekarang dan klien tidak menyukai anggota tubuhnya yaitu pada bagian telapak kaki karena terdapat luka yang semakin membusuk dan menjalar sampai ke betis dan berbau tidak sedap. Data objektif : terdapat luka pada bagian telapak kaki dan betis klien. Masalah keperawatan gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (proses penyakit).
- 7) Data subjektif : -, Data Objektif : keluarga tampak tidak mengetahui cara perawatan luka dengan menggunakan metode aseptik, tampak luka klien mengalami infeksi dan terdapat penyebaran yang semakin meluas mulai dari telapak kaki hingga pada betis klien. Masalah keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Prioritas Masalah :

- 1) Nyeri akut
- 2) Perfusi perifer tidak efektif
- 3) Ketidakstabilan kadar glukosa
- 4) Defisit nutrisi
- 5) Gangguan integritas kulit
- 6) Gangguan citra tubuh
- 7) Defisit pengetahuan

3. Diagnosa Keperawatan

Hasil Studi Kasus pada klien Ny. A dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende. Diagnosa keperawatan yang ditemukan adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan nyeri pada luka di telapak kaki dan menjalar sampai ke betis, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk. data objektif : tampak wajah menyeringai, skala nyeri 5 (nyeri sedang), tampak balutan kasa yang sedikit basah pada luka di telapak kaki kiri dan pada betis klien, lukanya berbau tidak sedap dan terdapat edema.
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan data subjektif : klien mengeluh nyeri pada luka di telapak kaki dan betis kiri. data objektif : turgor kulit menurun, CRT 5 detik, terdapat edema serta proses penyembuhan luka yang lama.
- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin ditandai dengan data subjektif : klien mengeluh pusing dan lemah. data objektif : glukosa darah sewaktu 296 mg/dl.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keenganan untuk makan) ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan kurang nafsu makan, hanya menghabiskan ½ porsi makanan yang disediakan oleh RS. data objektif : BB sebelum sakit : 64kg, saat

sakit : 46kg dengan tinggi badan: 160 cm dan hasil IMT : 23,4 kg/cm²

- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan data subjektif : -. data objektif : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada betis klien, lukanya berbau tidak sedap, kulit disekitar luka mengerut dan terkelupas.
- f. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (proses penyakit) ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya kurang percaya diri dengan kondisinya sekarang dan klien tidak menyukai anggota tubuhnya yaitu pada bagian telapak kaki karena terdapat luka yang semakin membusuk dan menjalar sampai ke betis dan berbau tidak sedap. data objektif : terdapat luka pada bagian telapak kaki dan betis klien.
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Data subjektif : -, Data Objektif : keluarga tampak tidak mengetahui cara perawatan luka dengan menggunakan metode aseptik, tampak luka klien mengalami infeksi dan terdapat penyebaran yang semakin meluas mulai dari telapak kaki hingga pada betis klien.

4. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien Ny.A. dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum, maka intervensi atau rencana keperawatan yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Intervensi diagnosa I nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun. Intervensi yang dilakukan : **Manajemen nyeri**, intervensi 1). Kaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien. 2). Jelaskan pada pasien tentang sebab-sebab timbulnya nyeri. 3). Ciptakan lingkungan yang tenang. 4). Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi. 5). Atur posisi pasien nyaman mungkin sesuai keinginan pasien. 6). Lakukan massage saat rawat luka. 7). Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik.
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil : pengisian kapiler membaik, turgor kulit membaik, penyembuhan luka meningkat. Intervensi yang dilakukan : **Perawatan sirkulasi**, 1). Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu), 2). Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi, 3). Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas, 4). Hindari pemasangan penekanan atau pemasangan tourniquet pada area cedera, 5). Lakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka secara aseptik.

- c. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi dengan kriteria hasil : keluhan pusing menurun, lelah menurun, kadar glukosa dalam darah dalam batas normal. Intervensi yang dilakukan **Manajemen hiperglikemia**, 1). Monitor kadar glukosa darah. 2). Monitor tanda dan gejala hiperglikemia seperti poliuri, polifagi, dan polidipsi, kelemahan, sakit kepala, dan lain-lain. 3). Monitor intake dan output cairan. 4). Anjurkan kepatuhan diet DM yang diprogramkan. 5). Ajarkan pengelolaan diabetes seperti penggunaan insulin. 6). Kolaborasi pemberian insulin. 7). Kolaborasi pemberian cairan IV.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil : Nafsu makan kembali normal, porsi makan dihabiskan, berat badan meningkat, intervensi yang dilakukan **Manajemen nutrisi**, 1). Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 2). Monitor asupan makanan. 3). Monitor berat badan. 4). Lakukan oral hygiene sebelum makan. 5). Anjurkan diet yang diprogramkan. 6). Anjurkan untuk makan makanan tinggi protein (putih telur) dan makanan yang tinggi zat besi.

- e. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan integritas kulit teratasi dengan kriteria hasil : Luka menunjukkan tanda-tanda sembuh, luka tampak merah, tidak ada nanah. Intervensi yang dilakukan **Perawatan Luka**, : 1). Kaji keadaan luka serta proses penyembuhan. 2). Rawat luka dengan baik dan benar yaitu dengan membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl 0,9%, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi jaringan yang mati, serta menutup dengan kasa yang berisi madu murni. 3). Anjurkan pasien untuk tidak menyentuh area luka. 4). Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian insulin.
- f. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (proses penyakit). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan citra tubuh teratasi dengan kriteria hasil : klien menjadi percaya diri dan bisa menerima kondisinya. Intervensi yang dilakukan **Promosi citra tubuh**, 1). Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh karena penyakit. 2). Memotivasi klien untuk perlahan menerima keadaannya. 3). Diskusikan dengan keluarga untuk selalu memberi motivasi kepada klien.
- g. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan

masalah defisit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil : klien dan keluarganya mampu memahami cara perawatan luka secara aseptik. Intervensi yang dilakukan **Edukasi Kesehatan**, 1). Identifikasi kesiapan dan kemampuan untuk menerima informasi, 2). Jelaskan cara perawatan luka secara aseptik sambil mempraktekkan kepada keluarga klien, 3). Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, 4). Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

5. Implementasi Keperawatan

Tindakan implementasi berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien Ny. A dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende yang dilaksanakan selama 2 hari dan di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende selama 1 hari, dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah - masalah yang ditemukan. Di bawah ini adalah implementasi tindakan keperawatan yang dilaksanakan pada klien Ny.A. :

a. Implementasi hari pertama dilaksanakan pada hari Kamis tanggal 13 Juli 2023.

1) Diagnosa pertama (Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (inflamasi)), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

09.00 : Mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien : klien mengatakan masih nyeri pada daerah luka, skala nyeri 5 (nyeri sedang), wajah tampak menyeringai.

09.30 : Menjelaskan pada pasien tentang sebab-sebab timbulnya nyeri yaitu karena infeksi yang terjadi pada luka di kaki klien.

09.40 : Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi. Hasil mengajarkan pada pasien teknik nafas dalam.

10.00 : Mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai keinginan pasien : Klien mengatakan kalau ia ingin tidur dengan kepala yang lebih tinggi, tidak mencedari daerah luka. Klien diatur posisi semi fowler.

12.00 : Melayani injeksi paracetamol 1 gr/IV dan ceftriaxone 1 gr/IV.

2) Diagnosa kedua (perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.30 : Melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah sinistra, suhu : 36,5° C, CRT 5 detik.

09.00 : Melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa yang telah berisi madu murni.

10.00 : Melayani Metronidazole 500 Mg/IV.

3) Diagnosa ketiga (Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.30 : Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan sejak tadi malam klien sudah BAK sebanyak 3 kali, makan 2 kali yaitu tadi malam dan pagi jam 07.00 serta minum 3 gelas air.

09.00 : Mengambil darah untuk cek darah lengkap dan mengecek GDS = 296 mg/dl.

09.30 : Mengganti cairan infus NaCl 0,9%

09.45 : Menganjurkan diet DM sesuai yang telah diprogramkan yaitu mengganti nasi putih menjadi nasi merah, menganjurkan klien untuk menghindari makanan yang mengandung tinggi glukosa.

10.00 : Menjalani injeksi levemir 10 SC.

4) Diagnosa empat (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

09.10 : Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering

09.10 : Menjelaskan makanan yang harus dihindari oleh klien seperti makanan yang manis manis dan mengonsumsi makanan yang rendah glukosa, juga menganjurkan klien untuk mengonsumsi nasi merah, juga menganjurkan klien untuk makan putih telur, sayur-sayuran hijau dan buah-buahan.

11.20 : Melakukan pengukuran berat badan (46kg)

11.50 : Membantu pasien kumur menggunakan air hangat

12.00 : Melayani makan siang untuk pasien

12.30 : Melayani klien omeprazole 1 tablet

5) Diagnosa kelima (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.30 : Kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan betis klien, terdapat nanah dan darah, luka tertutup kasa steril.

09.00 : Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa yang telah berisi madu murni.

10.00 : Menganjurkan pasien untuk tidak menyentuh area luka untuk menghindari terjadinya infeksi.

6) Diagnosa keenam (Gangguan citra tubuh b/d perubahan fungsi tubuh (proses penyakit)), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

09.00 : Menemani klien dan memberikan motivasi kepada klien untuk menerima keadaannya dan kembali percaya diri dengan kondisinya saat ini serta menganjurkan keluarga untuk selalu bersama klien dan juga memberikan motivasi kepada klien.

7) Diagnosa ketujuh (defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

09.00 : Melakukan perawatan luka sambil menjelaskan cara perawatan luka kepada keluarga klien : Membersihkan luka

secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa steril yang telah berisi madu murni.

10.00 : Menjelaskan kepada keluarga resiko jika tidak melakukan perawatan luka dengan benar, maka akan terjadi infeksi pada luka tersebut, sehingga luka semakin menyebar dan proses penyembuhan luka menjadi semakin lama.

b. Implementasi hari kedua dilaksanakan pada hari Jumad tanggal 14 Juli 2023.

1) Diagnosa pertama (Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (inflamasi)), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.00 : Mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien : klien mengatakan masih nyeri pada daerah luka, skala nyeri 4 (nyeri sedang), wajah tampak sesekali menyeringai.

08.30 : Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi yaitu menarik nafas dalam

08.50 : Mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai keinginan pasien. Pasien di atur posisi semi fowler.

- 2) Diagnosa kedua (perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

07.40 : Melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah sinistra, suhu : 35,8° C, CRT 5 detik.

08.00: Melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa yang telah berisi madu murni.

- 3) Diagnosa ketiga (Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR :

18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

07.45 : Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan kemarin klien sudah BAK sebanyak 6 kali, makan 1 kali yaitu tadi malam 20.00 WITA serta minum 5 gelas air. Klien diminta untuk puasa selama 8 jam dimulai dari jam 02.00 pagi sampai jam 09.00, karena klien akan dilakukan tindakan debridement dan juga mengetes gula darah puasa.

09.00 : Melakukan cek gula darah puasa pada klien dengan hasil 183 mg/dl

09.30 : Mengantarkan klien ke ruangan operasi untuk dilakukan tindakan debridement.

4) Diagnosa keempat (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

5) Diagnosa kelima (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR :

18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

07.40 : Kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan betis klien, terdapat nanah dan darah, luka tertutup kasa steril.

08.00 : Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa yang telah berisi madu murni.

6) Diagnosa keenam (defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Melakukan perawatan luka sambil menjelaskan kembali dan meminta keluarga memperhatikan cara perawatan luka kepada keluarga klien : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa steril yang telah berisi madu murni.

c. Implementasi hari ketiga dilaksanakan pada hari Sabtu tanggal 15 Juli 2023.

1) Diagnosa pertama (Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (inflamasi)), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.30 : Mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien : klien mengatakan masih nyeri pada daerah luka, skala nyeri 4 (nyeri sedang), wajah tampak rileks tetapi ketika bergerak, klien sesekali meringis.

08.45 : Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi yaitu menarik nafas dalam.

08.50 : Mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai keinginan pasien. Pasien diatur posisi semi fowler.

12.00 : Melayani injeksi ceftriaxone 1 gr/IV.

2) Diagnosa kedua (perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.30 : Melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah sinistra, suhu : 36,0° C, CRT 5 detik.

09.00: Melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka setelah membersihkan luka kembali menutup luka dengan kasa steril.

- 3) Diagnosa ketiga (Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

08.15 : Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan kemarin klien sudah BAK sebanyak 5 kali, makan 2 kali yaitu tadi malam dan tadi pagi, serta minum 6 gelas air.

09.00 : Melakukan cek gula darah pada klien dengan hasil GDS 121 mg/dl

- 4) Diagnosa keempat (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR :

20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

09.10 : Mengingatkan kembali makanan yang harus dihindari oleh klien seperti makanan yang manis manis dan mengonsumsi makanan yang rendah glukosa, juga menganjurkan klien untuk mengonsumsi nasi merah, dan juga putih telur, sayur-sayuran hijau dan buah-buahan.

11.20 : Melakukan pengukuran berat badan (46kg)

12.00 : Membantu pasien kumur menggunakan air hangat

12.10 : Melayani makan siang untuk pasien

5) Diagnosa kelima (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.

09.00 : Kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka yang menjalar mulai dari betis hingga ke telapak kaki, luka klien tampak merah kekuningan (slough), luka sudah sampai kelihatan otot dan tendon.

09.30 : Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang

menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa steril.

10.00 : Kembali mengingatkan pasien untuk tidak menyentuh area luka agar tidak terjadi infeksi.

6) Diagnosa keenam (defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

09.00 : Melakukan perawatan luka sambil menjelaskan kembali dan meminta keluarga memperhatikan cara perawatan luka kepada keluarga klien : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa steril yang telah berisi madu murni.

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien Ny. A dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum di Ruang Penyakit Dalam RSUD Ende, dengan tujuan untuk mengetahui keberhasilan tindakan keperawatan yang diberikan, kegiatan evaluasi dilaksanakan selama 3 hari, berikut evaluasi tindakan yang dilakukan pada klien Ny.A :

a. Evaluasi hari pertama yang dilaksanakan pada hari Kamis tanggal 13 Juli 2023.

1) Diagnosa pertama (Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (inflamasi)), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih nyeri pada area luka

Data objektif : keadaan umum pasien lemah, wajah tampak menyeringai, skala nyeri 5 (nyeri sedang), TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah nyeri akut belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4, 5, 6, 7

2) Diagnosa kedua (perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih nyeri pada area luka

Data objektif : turgor kulit menurun, CRT 5 detik, terdapat edema serta proses penyembuhan luka yang masih lama, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 5.

3) Diagnosa ketiga (ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengeluh masih pusing dan badan masih terasa lemah.

Data objektif : glukosa darah sewaktu 296 mg/dl, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 6

- 4) Diagnosa keempat (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan nafsu makan masih kurang, hanya menghabiskan ½ porsi makanan.

Data objektif : tampak makanan yang tersisa masih banyak, BB klien 46kg, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah defisit nutrisi belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.

- 5) Diagnosa kelima (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : -

Data objektif : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada betis klien, lukanya berbau tidak sedap, kulit disekitar luka mengerut dan terkelupas, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3

- 6) Diagnosa keenam (Gangguan citra tubuh b/d perubahan fungsi tubuh (proses penyakit)), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya akan berusaha menerima keadaan dirinya yang sekarang dan kembali percaya diri dengan kondisinya sekarang lagipula mau bagaimana lagi, sekarang lukanya juga sudah semakin memburuk tapi dirinya akan tetap berdoa untuk memperoleh kesembuhan.

Data objektif : klien tampak tersenyum ketika berbicara dan keluarganya tampak sangat mendukung dan terus memotivasi klien

Assessment : masalah gangguan citra tubuh teratasi

Planing : intervensi dihentikan

- 7) Diagnosa ketujuh (Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : keluarga klien mengatakan belum terlalu paham mengenai cara perawatan luka secara aseptik

Data objektif : tampak masih bingung.

Assessment : masalah defisit pengetahuan belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi 2, 3, 4.

- b. Evaluasi hari kedua yang dilaksanakan pada hari Jumad tanggal 14 Juli 2023.

1) Diagnosa pertama (Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (inflamasi)), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih nyeri pada area luka

Data objektif : keadaan umum pasien lemah, wajah tampak menyeringai, skala nyeri 5 (nyeri sedang), TTV : TD : 120/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,7° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%.

Assessment : masalah nyeri akut belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4, 5, 6, 7

2) Diagnosa kedua (perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih nyeri pada area luka

Data objektif : turgor kulit menurun, CRT 5 detik, terdapat edema serta proses penyembuhan luka yang masih lama, TTV : TD : 120/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,7° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%.

Assessment : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 5.

3) Diagnosa ketiga (ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih merasa pusing

Data objektif : glukosa darah puasa klien yaitu 183 mg/dl, TTV : TD : 120/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,7° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%.

Assessment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 6

- 4) Diagnosa keempat (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan ia lapar karena disuruh puasa untuk operasi hari ini.

Data objektif : klien tampak sedikit lemas, berat badan masih sama yaitu 46kg, TTV : TD : 120/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,7^o C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%.

Assessment : masalah defisit nutrisi belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.

- 5) Diagnosa kelima (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : -

Data objektif : tampak luka pada bagian telapak kaki dan pada betis klien, lukanya berbau tidak sedap, kulit disekitar luka mengerut dan terkelupas, luka dibalut dengan kasa steril, TTV : TD : 110/60 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 36,5^o C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 99%.

Assessment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3

6) Diagnosa keenam (Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : keluarga klien mengatakan sudah sedikit paham tentang cara perawatan luka secara aseptik.

Data objektif : tampak mengangguk dan memperhatikan saat dijelaskan

Assessment : masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi

Planing : lanjutkan intervensi 2, 3, 4.

c. Evaluasi hari ketiga yang dilaksanakan pada hari Sabtu tanggal 15 Juli 2023. Catatan perkembangan dilaksanakan pada pukul 08.00

1) Diagnosa pertama (Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (inflamasi)), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih nyeri pada area luka

Data objektif : keadaan umum baik, wajah tampak rileks tetapi sesekali meringis saat bergerak, skala nyeri 4 (nyeri sedang),

TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.

Assessment : masalah nyeri akut teratasi sebagian

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4, 5, 6, 7

Implementasi : 08.30 : Mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien : klien mengatakan masih nyeri pada daerah luka, skala nyeri 4 (nyeri sedang), wajah tampak rileks tetapi ketika bergerak, klien sesekali meringis. 08.55 :

Menganjurkan klien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi seperti yang telah diajarkan. 12.100 : Melayani injeksi ceftriaxone 1 gr/IV.

Evaluasi : : klien mengatakan masih nyeri pada area luka, keadaan umum baik, wajah tampak rileks tetapi sesekali masih meringis saat bergerak, skala nyeri 4 (nyeri sedang), TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%. Masalah nyeri akut teratasi sebagian, lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 4, 5, 6, 7.

- 2) Diagnosa kedua (perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih terasa sedikit nyeri pada area luka.

Data objektif : turgor kulit masih menurun, CRT 7 detik, serta proses penyembuhan luka yang masih lama, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.

Assessment : masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 5.

Implementasi : 08.05 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.30 : Melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil tidak ada edema, suhu : 36,5° C, CRT

7 detik. 09.00: Melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka setelah membersihkan luka kembali menutup luka dengan kasa steril.

Evaluasi : klien mengatakan masih terasa sedikit nyeri pada area luka, turgor kulit masih menurun, CRT 7 detik, serta proses penyembuhan luka yang masih lama, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%, masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, lanjutkan intervensi nomor 1, 3, 5.

3) Diagnosa ketiga (ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan masih merasa sedikit pusing

Data objektif : GDS 121 mg/dl, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.

Assessment : masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian.

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 6

Implementasi : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.15 : Mengkaji tanda dan gejala

hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan kemarin klien sudah BAK sebanyak 5 kali, makan 2 kali yaitu tadi malam dan tadi pagi, serta minum 6 gelas air. 10.00 : Melakukan cek gula darah pada klien dengan hasil GDS 121 mg/dl.

Evaluasi : klien mengatakan tidak lagi merasa pusing, GDS 121 mg/dl, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi, intervensi dihentikan.

- 4) Diagnosa keempat (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : klien mengatakan nafsu makannya sudah sedikit membaik.

Data objektif : keadaan umum klien baik, berat badan masih sama yaitu 46 kg, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.

Assesment : masalah defisit nutrisi teratasi sebagian

Planing : lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.

Implementasi : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%. 09.10 : Menjelaskan kembali makanan yang harus dihindari oleh klien seperti makanan yang manis manis dan mengonsumsi makanan yang rendah glukosa, juga menganjurkan klien untuk mengonsumsi nasi merah, dan

juga mengonsumsi putih telur, sayur-sayuran hijau serta buah-buahan. 11.20 : Melakukan pengukuran berat badan (46kg)
12.00 : Membantu pasien kumur menggunakan air hangat 12.10 :
Melayani makan siang untuk pasien.

Evaluasi : klien mengatakan nafsu makannya sudah membaik, keadaan umum klien baik, berat badan masih sama yaitu 46 kg, masalah defisit nutrisi teratasi sebagian, lanjutkan intervensi nomor 2, 3, 4, 5.

5) Diagnosa kelima (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : -

Data objektif : tampak luka pada bagian telapak kaki menjalar sampai pada betis klien, lukanya berbau tidak sedap, kulit disekitar luka mengerut dan terkelupas, luka dibalut dengan kasa steril, luka klien tampak merah kekuningan (slough), luka sudah sampai kelihatan otot dan tendon, TTV : TD : 130/60 MmHg, N : 99 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 97%.

Assessment : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi

Planing : lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3

Implementasi : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%. 09.00 : Kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka yang menjalar mulai dari betis

hingga ke telapak kaki, luka klien tampak merah kekuningan (slough), luka sudah sampai kelihatan otot dan tendon. 09.30 : Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa steril. 10.00 : menganjurkan untuk tidak menyentuh area luka.

Evaluasi : tampak luka pada bagian telapak kaki menjalar sampai pada betis klien, kulit disekitar luka mengerut dan terkelupas, luka dibalut dengan kasa steril, luka klien tampak merah kekuningan (slough), luka sudah sampai kelihatan otot dan tendon, TTV : TD : 130/90 MmHg, N : 91 x/mnt, S : 36,0° C, RR : 18 x/mnt, SPO2 : 98%, masalah gangguan integritas kulit belum teratasi, lanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3.

6) Diagnosa keenam (Defisit pengetahuan b/d kurang terpapar informasi), hasil evaluasi sebagai berikut :

Data subjektif : keluarga klien mengatakan sudah sedikit paham tentang cara perawatan luka secara aseptik.

Data objektif : tampak mengangguk dan memperhatikan saat dijelaskan.

Assessment : masalah defisit pengetahuan sebagian teratasi

Planing : lanjutkan intervensi 2, 3, 4.

Assessment : 09.00 : Melakukan perawatan luka sambil menjelaskan kembali dan meminta keluarga memperhatikan cara perawatan luka kepada keluarga klien : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa steril yang telah berisi madu murni. 10.00 : menganjurkan untuk tidak menyentuh area luka.

Evaluasi : keluarga klien mengatakan sudah memahami tentang cara perawatan luka, masalah defisit pengetahuan teratasi, intervensi dihentikan.

B. Pembahasan

Dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan masalah Ulkus Diabetikum dengan menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan klien Ny.A di Ruang Penyakit Dalam dan Ruang Perawatan Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis

mulai dari pengumpulan data, identitas dan evaluasi status kesehatan klien. Pengkajian pada klien Ny. A dengan diagnosa medis ulkus diabetikum dilakukan pada tanggal 13 Juli 2023. Pengkajian yang dilakukan meliputi identitas klien dan penanggungjawab, keluhan utama, riwayat kesehatan klien, pola aktivitas sehari-hari, data pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan terapi klien. Terdapat kesenjangan yang ditemukan antara teori dan kasus nyata pada pasien Ny. A.

Menurut Jia et al (2017) mengungkapkan bahwa Ulkus Diabetikum merupakan luka terbuka yang terjadi pada kaki penderita DM yang disebabkan oleh tekanan berulang pada kaki dan disertai dengan adanya neuropati perifer, kelainan bentuk kaki serta perkembangan infeksi yang sering mempersulit penyembuhan akibat berkurangnya sirkulasi arteri. Proses mikroangiopati menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli memberikan gejala klinis 5 P yaitu : Paleness (kepucatan), Paresthesia (kesemutan), Pulselessness (denyut nadi hilang), Paralysis (lumpuh), Pain (nyeri). Bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis menurut pola dari fontaine: 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). Terdapat perbedaan dengan keluhan yang ditemukan pada Ny. A seperti : Klien mengeluh pusing timbul akibat DM yang dibiarkan tanpa pengobatan

lama-lama menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan peningkatan penumpukan lemak dalam pembuluh darah. Penumpukan lemak ini dapat meningkatkan risiko pembuluh darah menyempit karena tersumbat hingga akhirnya mengeras. Keluhan lainnya yang berbeda antara teori dan kasus nyata yaitu kepuatan, denyut nadi hilang serta lumpuh, hal tersebut dikarenakan pada saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan tanda dan gejala yang sama pada pasien.

Hasil studi kasus dari Wahyu Rahmawati (2017), tentang asuhan keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan, ditemukan data-data berupa klien mengatakan lemah, terasa berat pada saat berjalan, pusing, nyeri pada daerah luka, wajah menyirangai, terdapat luka diabetikum pada tangan kiri, nyeri tekan abdomen adanya asites, terdapat keluhan yang tidak sama dengan Ny. A seperti asites, hal ini terjadi akibat resistensi insulin kehilangan kemampuannya untuk melakukan hal tersebut. Hal ini disebabkan oleh tubuh mereka yang tidak dapat menggunakan karbohidrat secara efisien guna menghasilkan energi. Oleh karena itu, karbohidrat tersebut diproses menjadi lemak, hal ini tidak terjadi pada Ny.A.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Nanda NIC NOC (2013), dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) menjelaskan bahwa diagnosa keperawatan yang ditemukan pada penderita ulkus diabetikum berupa : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan melemahnya

atau menurunnya aliran darah ke daerah gangren akibat adanya obstruksi pembuluh darah. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangren pada daerah luka. Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan kadar gula yang tinggi. Defisit pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Diagnosa keperawatan yang dijelaskan oleh teori diatas terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata dengan diagnosa keperawatan yaitu pada diagnosa resiko infeksi, hal ini terjadi karena berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.A, klien tidak menunjukkan tanda-tanda adanya infeksi seperti peningkatan suhu tubuh, walaupun terdapat luka hasil pemeriksaan penunjang diketahui bahwa leukosit dalam taraf normal, sehingga data pendukung untuk diangkatnya diagnosa tersebut tidak menunjang. Serta pada kasus nyata ditemukan masalah gangguan citra tubuh dan defisit nutrisi karena pada saat pengkajian klien mengatakan bahwa ia tidak percaya diri dengan kondisinya sekarang dan tidak menyukai anggota tubuh terutama bagian kaki kirinya serta klien mengatakan kurang nafsu makan dan klien mengalami penurunan berat badan. Diagnosa-diagnosa yang ditemukan pada Ny.A yaitu : Nyeri akut, perfusi perifer tidak efektif, ketidakstabilan kadar glukosa darah, defisit

nutrisi, gangguan integritas kulit, gangguan citra tubuh dan defisit pengetahuan.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan seperti :

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan melemahnya atau menurunnya aliran darah ke daerah gangren akibat adanya obstruksi pembuluh darah. Intervensi : 1) Ajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi. 2) Ajarkan tentang faktor-faktor yang dapat meningkatkan aliran darah : Tinggikan kaki sedikit lebih rendah dari jantung (posisi elevasi pada waktu istirahat), hindari penyilangan kaki, hindari balutan ketat, hindari penggunaan bantal, di belakang lutut dan sebagainya. 3) Ajarkan tentang modifikasi faktor-faktor resiko berupa : Hindari diet tinggi kolestrol, teknik relaksasi, menghentikan kebiasaan merokok, dan penggunaan obat vasokonstriksi. 4) Kerja sama dengan tim kesehatan lain dalam pemberian vasodilator, pemeriksaan gula darah secara rutin dan terapi oksigen (HBO).
- b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia. Intervensi : 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, 3) Monitor kadar glukosa darah, 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia, 5) Monitor intake dan outout cairan, 6) Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah

ortostatik dan frekuensi nadi, 7) Berikan asupan cairan oral, 8) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, 9) Fasilitasi ambulansi jika ada hipotensi ortostatik, 10) Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl, 11) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, 12) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, 13) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu, 14) Ajarkan pengelolaan diabetes, 15) Kolaborasi pemberian insulin, 16) Kolaborasi pemberian cairan, 17) Kolaborasi pemberian kalium.

- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangren pada daerah luka. Intervensi : 1) Kaji luas dan keadaan luka serta proses penyembuhan. 2) Rawat luka dengan baik dan benar : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan yang tidak iritatif, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi jaringan yang mati. 3) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian insulin, pemeriksaan kultur pus pemeriksaan gula darah pemberian anti biotik.
- d. Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan kadar gula yang tinggi. Intervensinya : 1) Kaji adanya tanda-tanda infeksi adanya penyebaran infeksi pada luka. 2) Pertahankan teknik aseptik bila mengganti balutan. 3) Anjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan selama perawatan. 4) Inspeksi

- balutan dan luka. 5) Perhatikan karakteristik luka. 6) Lakukan perawatan luka secara aseptik.
- e. Kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi. Intervensi : 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit DM dan gangren. 2) Kaji latar belakang pendidikan pasien. 3) Jelaskan tentang proses penyakit, diet, perawatan dan pengobatan pada pasien dengan bahasa dan kata-kata yang mudah dimengerti. 4) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan, manfaatnya bagi pasien dan libatkan pasien didalamnya. 5) Gunakan gambar-gambar dalam memberikan penjelasan (jika ada/memungkinkan).
- f. Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis, intervensi yang diberikan adalah sebagai berikut : 1). Kaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien. 2). Jelaskan pada pasien tentang sebab-sebab timbulnya nyeri. 3). Ciptakan lingkungan yang tenang. 4). Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi. 5). Atur posisi pasien nyaman mungkin sesuai keinginan pasien. 6). Lakukan massage saat rawat luka. 7). Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik.

Intervensi yang dijelaskan oleh teori diatas dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan dengan intervensi yang diterapkan pada Ny.A seperti :

- a. Defisit nutrisi b/d faktor psikologis. Intervensi yang diberikan adalah sebagai berikut. 1). Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 2).

Monitor asupan makanan. 3). Monitor berat badan. 4). Lakukan oral hygiene sebelum makan. 5). Anjurkan diet yang diprogramkan.

- b. Gangguan citra tubuh b/d proses penyakit. Intervensi keperawatan yang diberikan adalah sebagai berikut. 1). Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh karena penyakit. 2). Memotivasi klien untuk perlahan menerima keadaannya. 3). Diskusikan dengan keluarga untuk selalu memberi motivasi kepada klien.

4. Implementasi Keperawatan

Menurut teori implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan. Menurut kasus nyata pada Ny.A, penatalaksanaan merupakan realisasi dari perencanaan dengan tujuan yang telah ditentukan oleh perawat, dilaksanakan pada klien Ny.A :

- a. Implementasi hari pertama dilakukan pada hari Kamis tanggal 13 Juli 2023. Diagnosa pertama (Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (inflamasi)), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :
08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa :
TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm.
09.00 : Mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien : klien mengatakan masih nyeri pada daerah luka, skala nyeri 5 (nyeri sedang), wajah tampak menyeringai.
09.30 : Menjelaskan pada pasien tentang sebab-sebab timbulnya nyeri, yaitu karena infeksi yang terjadi pada luka klien.
09.40 : Mengajarkan teknik distraksi dan

relaksasi yaitu teknik nafas dalam. 10.00 : Mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai keinginan pasien : Klien mengatakan kalau ia ingin tidur dengan kepala yang lebih tinggi, tidak mencedari daerah luka. Klien diatur posisi semi fowler. 12.00 : Melayani injeksi paracetamol 1 gr/IV dan ceftriaxone 1 gr/IV. Diagnosa kedua (perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.30 : Melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah sinistra, suhu : 36,5° C, CRT 5 detik. 09.00 : Melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa yang telah berisi madu murni. 10.00 : Melayani Metronidazole 500 Mg/IV. Diagnosa ketiga (Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.30 : Mengkaji tanda dan gejala

hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan sejak tadi malam klien sudah BAK sebanyak 3 kali, makan 2 kali yaitu tadi malam dan pagi jam 07.00 serta minum 3 gelas air. 09.00 : Mengambil darah untuk cek darah lengkap dan mengecek GDS = 296 mg/dl. 09.30 : Mengganti cairan infus NaCl 0,9%, 09.45 : Menganjurkan diet DM sesuai yang telah diprogramkan. 10.00 : Menjalani injeksi levemir 10 SC. Diagnosa keempat (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 09.00 : Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering, 09.10 : Menjelaskan makanan yang harus dihindari oleh klien seperti makanan yang manis-manis dan mengonsumsi makanan yang rendah glukosa, juga menganjurkan klien untuk mengonsumsi nasi merah. 11.20 : Melakukan pengukuran berat badan (46 kg) 12.00 : Melayani makan siang untuk pasien 12.30 : Melayani klien omeprazole 1 tablet 13.00 : Membantu pasien kumur menggunakan air hangat. Diagnosa kelima (Intoleransi aktivitas b/d kelemahan), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 09.00 : Mengkaji dan identifikasi tingkat

kekuatan otot pada kaki pasien, dengan hasil menunjukkan bahwa klien mengatakan lemah, pusing, nyeri pada daerah luka. 09.30 : Menyampaikan penjelasan tentang tidak mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung kadar gula tinggi untuk menjaga kadar gula darah dalam keadaan normal. 10.00 : Menganjurkan pasien untuk menggerakkan/mengangkat ekstremitas bawah, apabila terasa nyeri bisa di istirahatkan. 12.00 : Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya, seperti makan, mengganti posisi, merapikan tempat tidur, serta BAB/BAK. Diagnosa keenam (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105 x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.30 : Kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan betis klien, terdapat nanah dan darah, luka tertutup kasa steril. 09.00 : Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa yang telah berisi madu murni. Diagnosa ketujuh (Gangguan citra tubuh b/d perubahan fungsi tubuh (proses penyakit)), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/90 MmHg, N : 105

x/mnt, S : 36,5° C, RR : 20 x/mnt, SPO2 : 98%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 09.00 : Menemani klien dan memberikan motivasi kepada klien untuk menerima keadaannya dan kembali percaya diri dengan kondisinya saat ini serta menganjurkan keluarga untuk selalu bersama klien dan juga memberikan motivasi kepada klien.

- b. Implementasi hari kedua dilakukan pada hari Jumad tanggal 14 Juli 2023. Diagnosa pertama (Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (inflamasi)), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :
- 07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.00 : Mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien : klien mengatakan masih nyeri pada daerah luka, skala nyeri 4 (nyeri sedang), wajah tampak sesekali menyeringai. 08.30 : Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi yaitu teknik nafas dalam. 08.50 : Mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai keinginan pasien. Klien diatur posisi semi fowler. Diagnosa kedua (perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 07.40 : Melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan

hasil terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah sinistra, suhu : 35,8° C, CRT 5 detik. 08.00: Melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa yang telah berisi madu murni. Diagnosa ketiga (Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 07.45 : Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan kemarin klien sudah BAK sebanyak 6 kali, makan 1 kali yaitu tadi malam 20.00 WITA serta minum 5 gelas air. Klien diminta untuk puasa selama 8 jam dimulai dari jam 02.00 pagi sampai jam 09.00, karena klien akan dilakukan tindakan debridement dan juga mengetes gula darah puasa. 09.00 : Melakukan cek gula darah puasa pada klien dengan hasil 183 mg/dl 09.30 : Mengantarkan klien ke ruangan operasi untuk dilakukan tindakan debridement. Diagnosa keempat (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada

tangan kanan NaCl 20 tpm. Diagnosa kelima (Intoleransi aktivitas b/d kelemahan), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 07.50 : Mengkaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, dengan hasil menunjukkan bahwa klien mengatakan masih lemah dan terasa nyeri pada daerah luka. 07.55 : Menganjurkan pasien untuk menggerakkan/mengangkat ekstremitas bawah, apabila terasa nyeri bisa di istirahatkan. 09.30 : Membantu mengantar pasien ke ruang operasi untuk dilakukan tindakan debridement. Diagnosa keenam (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

07.30 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 110/80 MmHg, N : 98 x/mnt, S : 35,8° C, RR : 18x/mnt, SPO2 : 99%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 07.40 : Kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka pada bagian telapak kaki dan betis klien, terdapat nanah dan darah, luka tertutup kasa steril. 08.00 : Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa yang telah berisi madu murni.

c. Implementasi hari ketiga dilaksanakan pada hari Sabtu tanggal 15 Juli 2023. Diagnosa pertama (Nyeri akut b/d agen pencedera fisiologis (inflamasi)), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.30 : Mengkaji tingkat, frekuensi, dan reaksi nyeri yang dialami pasien : klien mengatakan masih nyeri pada daerah luka, skala nyeri 4 (nyeri sedang), wajah tampak rileks tetapi ketika bergerak, klien sesekali meringis. 08.45 : Mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam. 08.50 : Mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai keinginan pasien yaitu posisi semi fowler. 12.00 : Melayani injeksi ceftriaxone 1 gr/IV. Diagnosa kedua (perfusi perifer tidak efektif b/d hiperglikemia), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.30 : Melakukan pemeriksaan sirkulasi daerah perifer dengan hasil terdapat edema pada bagian ekstremitas bawah sinistra, suhu : 36,0° C, CRT 5 detik. 09.00: Melakukan pencegahan infeksi dengan melakukan perawatan luka dengan baik dan benar : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka setelah membersihkan luka kembali menutup

luka dengan kasa steril. Diagnosa ketiga (Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d resistensi insulin), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.15 : Mengkaji tanda dan gejala hiperglikemia dengan hasil klien mengatakan kemarin klien sudah BAK sebanyak 5 kali, makan 2 kali yaitu tadi malam dan tadi pagi, serta minum 6 gelas air. 09.00 : Melakukan cek gula darah pada klien dengan hasil GDS 121 mg/dl. Diagnosa keempat (defisit nutrisi b/d faktor psikologis), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 09.10 : Menjelaskan kembali makanan yang harus di hindari oleh klien seperti makanan yang manis-manis dan mengonsumsi makanan yang rendah glukosa, juga menganjurkan klien untuk mengonsumsi nasi merah. 11.20 : Melakukan pengukuran berat badan (46 kg) 12.00 : Membantu pasien kumur menggunakan air hangat. 12.10 : Melayani makan siang untuk pasien. Diagnosa kelima (Intoleransi aktivitas b/d kelemahan), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%,

terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 08.30 : Mengkaji dan identifikasi tingkat kekuatan otot pada kaki pasien, dengan hasil menunjukkan bahwa klien mengatakan masih terasa nyeri pada luka klien dengan skala nyeri 4 (nyeri sedang) dan klien tidak bisa mengangkat kaki kirinya. 09.55 : Menganjurkan pasien untuk mencoba menggerakkan ekstremitas bawah, apabila terasa nyeri bisa di istirahatkan, tetapi klien mengatakan berat untuk menggerakkan kakinya. Diagnosa keenam (Gangguan integritas kulit b/d neuropati perifer), implementasi keperawatan adalah sebagai berikut : 08.00 : Mengobservasi TTV, hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : TD : 130/80 MmHg, N : 91x/mnt, S : 36,0° C, RR : 20x/mnt, SPO2 : 97%, terpasang infus pada tangan kanan NaCl 20 tpm. 09.00 : Kaji proses penyembuhan. Hasil menunjukkan terdapat luka yang menjalar mulai dari betis hingga ke telapak kaki, luka klien tampak merah kekuningan (slough), luka sudah sampai kelihatan otot dan tendon. 09.30 : Melakukan perawatan luka : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan NaCl, angkat sisa balutan yang menempel pada luka dan nekrotomi/jaringan yang mati dan kembali menutup kembali luka dengan kasa steril.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut teori evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dari kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Secara umum evaluasi ditujukan untuk 1). Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan. 2). Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum. 3). Mengkaji apakah penyebab jika asuhan keperawatan belum tercapai. Menurut penulis evaluasi dilakukan berdasarkan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Ny. A dapat dievaluasi yaitu masalah nyeri akut teratasi sebagian, masalah defisit nutrisi teratasi sebagian, masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi, masalah intoleransi aktivitas belum teratasi dan masalah gangguan integritas kulit belum teratasi. Hal ini berbeda dengan konsep teori yang menjelaskan bahwa hasil evaluasi diharapkan masalah keperawatan yang ditemukan dapat diatasi. Pada Ny. A, masalah nyeri akut teratasi sebagian karena diketahui bahwa nyeri timbul akibat adanya luka yang belum sembuh sehingga masalah nyerinya belum teratasi. Masalah berikutnya yaitu perfusi perifer tidak efektif dikarenakan tampak masih terdapat luka diabetikum yang belum sembuh sehingga peredaran

dara menuju ke daerah luka belum lancar. Masalah berikutnya yaitu intoleransi aktivitas karena hasil observasi pada Ny.A tampak ada luka post debridement di kaki kiri dimulai dari betis menjalar sampai telapak kaki klien, dan juga masih terpasangan Infus pada tangan kanan klien. Masalah berikutnya yaitu defisit nutrisi, hal tersebut dikarenakan berat badan klien masih belum bertambah dengan klien harus menjalani diet DM untuk tetap menjaga kadar glukosanya dalam keadaan normal dan masalah berikutnya yaitu gangguan integritas kulit, hal tersebut dikarenakan tampak masih terdapat luka *post debridement* di kaki kiri dimulai dari betis menjalar sampai telapak kaki klien dan kulit di tepi luka klien tampak terkelupas dan turgor kulit yang jelek.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil studi kasus pada Ny. A dengan diagnosa medis Ulkus Diabetik di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian Ny. A ditemukan nyeri pada luka di betis menjalar sampai ke telapak kaki, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri yaitu 5 (nyeri sedang) dengan ekspresi wajah klien tampak sesekali meringis, nafsu makan klien juga menurun, klien hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan yang disediakan RS, turgor kulit menurun.
2. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada Ny. A yaitu : 1). Nyeri akut, 2). Perfusi perifer tidak efektif, 3). Ketidakstabilan kadar glukosa, 4). Defisit nutrisi, 5). Gangguan integritas kulit, 6). Gangguan citra tubuh, 7). Defisit pengetahuan.
3. Intervensi keperawatan yang ditentukan pada Ny. A, sesuai dengan diagnosa yang telah ditetapkan.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Ny. A dengan diagnosa medis ulkus diabetik di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende yang dilaksanakan selama 3 hari dengan tujuan akhir adalah mampu mengatasi masalah-masalah yang ditemukan.

5. Hasil evaluasi yang dilakukan kepada Ny. A dengan diagnosa medis ulkus diabetik di Ruang Penyakit Dalam III dan Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende, menunjukkan bahwa tindakan keperawatan yang dilaksanakan belum mampu mengatasi sebagian masalah-masalah keperawatan yang ditemukan.
6. Ada kesenjangan antara data yang ditemukan pada kasus nyata Ny. A dengan data yang ditemukan pada teori Ulkus Diabetik.

B. Saran

1. Bagi Klien dan Keluarga

Di harapkan klien dan keluarga untuk terus mengikuti anjuran dan instruksi yang diberikan oleh petugas kesehatan, sehingga proses penyembuhan dapat berlangsung lebih cepat. Keluarga diharapkan untuk terus memberikan dukungan dan motivasi kepada klien supaya klien tidak merasa sendiri dalam mengatasi masalahnya.

2. Bagi Pasien

Di harapkan untuk menyampaikan semua keluhan dengan jujur dan kooperatif sehingga petugas kesehatan dalam hal ini perawat dapat menggali informasi yang lebih kompleks mengingat penyakit DM dapat menimbulkan masalah-masalah dengan komplikasi kronis lainnya.

3. Tenaga Kesehatan

Petugas kesehatan diharapkan untuk terus melakukan pendidikan kesehatan baik perindividu maupun berkelompok sehingga pengetahuan klien tentang penyakit DM ataupun penyakit lainnya dapat meningkat,

yang berdampak pada menurunnya angka prevelensi kejadian penyakit tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA. (2020). *Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020*. In *Diabetes care* (Vol. 43, pp. S14–S31).
- Alexander, K. (2019). *Diabetes Melitus Tipe 2*. Padang: Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.
- Andreas P, dkk. (2020). Efek Olive Oil Topical Terhadap Perawatan Luka Diabetes Melitus. Diss, Universitas Kusuma Husada Surakarta.
- Bararah, T. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya.
- Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. (2018). Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018.
<https://dinkes-kotakupang.web.id/bankdata/category/1-profil-kesehatan.htm>
- Febrinasari, P. (2020). *Buku Saku Diabetes Melitus Untuk Awam*. Surakarta: UNS Press.
- Hartanti, Aditama, L., & Rahayu, P. (2013). *Pencegahan Dan Penanganan Diabetes Melitus*. Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas Surabaya.
- Hendra, M., Nugraha, S., Wahyuni, N., Ayu, P., & Saraswati, S. (2019). Neuromuscular Facilitation Pada Ulkus Diabetikum the Effectiveness of Low Power Laser Therapy and Proprioceptive Neuromuscular Facilitation on Grade 2 Diabetic Foot Ulcers. 43–50.
- IDF. (2019). *IDF Diabetes Atlas (9th Ed)*. Belgium: International Diabetes Federation. Diakses Pada Tanggal 10 September 2020
- InfoDATIN. (2018). Hari Diabetes Sedunia. Retrieved September 23, 2020, from Pusat data dan informasi Kementerian Kesehatan RI:
- Iin Ariyani, Arwani, B. (2023). Pengaruh Perawatan Kaki Dengan Senam Kaki Terhadap Risiko Ulkus Kaki Diabetik Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe Ii (Di RSUD Abepura Kota Jayapura). *Indonesian Nursing Journal Of Education And Clinic, Vol. 3*.
- Jia, L., Parker, C. N., Parker, T. J., Kinnear, E. M., Derhy, P. H., Alvarado, A. M., Huygens, F., & Lazzarini, P. A. (2017). Incidence and risk factors for developing infection in patients presenting with uninfected diabetic foot ulcers. *PLoS ONE*, 12(5), 1–15.
- Kam, A. (2019). *Diabetes Melitus Tipe 2*. Padang: Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Andalas.

- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2020). Tetap Produktif, Cegah Dan Atasi Diabetes Mellitus. In Pusat Data Dan Informasi Kementrian Kesehatan RI.
- Lestari, Zulkarnain, S. (2021). Diabetes Melitus: Review Etiologi, Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan Dan Cara Pencegahan. *Prosiding Biologi Achieving The Sustainable Development Goals With Biodiversity In Confronting Climate Change*.
- Megawati, F., Agustini, N. P. D., & Krismayanti, N. L. P. D. (2020). Studi Retrospektif Terapi Antidiabetik Pada Penderita Diabetes Melitus Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Ari Canti Periode 2018. *Jurnal Ilmiah Medicamento*, 6(1), 28–32. JOUR.
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta.
- Rara Warih Gayatri, A. N. (2019). *Diabetes Melitus Dalam Era 4.0*. Malang: Wineka Media.
- RSUD Ende. (2022). Data Diabetes Melitus 2019-2022. Pemerintah Kabupaten Ende
- Sahriana, A. (2023). Penerapan Terapi Spiritual Terhadap Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Dm Tipe Ii. *Jurnal Keperawatan* .
- Saputri, E. G., Setiani, O., & Dewanti, N. A. Y. (2018). Hubungan Riwayat Paparan Pestisida Dengan Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Petani Penyemprot Di Kecamatan Ngablak Kabupaten Magelang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 6(1), 645–653. JOUR.
- Setyawati, A. D., Ngo, T. H. L., Padila, P., & Andri, J. (2020). Obesity And Heredity For
- Sholikah, A. (2020). *Buku Saku Diabetes Melitus Untuk Awam*. Surakarta: UNS Press.
- Smeltzer & Bare. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Tim POKJA SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta.
- Tim POKJA SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- Tim POKJA SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- Vini Paskalini Rembang, Mario E. Katuuk, R. (2017). Hubungan Dukungan Sosial Dan Motivasi Dengan Perawatan Mandiri Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Mokopido Toli-Toli. *E-Journal Keperawatan (E-Kp)*, Volume 5 Nomor 1.



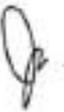
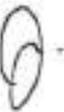
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Maria Yelmiana Panda
NIM : PO. 5303202200526
Pembimbing Utama : Maria Salestina Sekunda, SST.,M.Kes
Pembimbing Pendamping : Syaputra Artama Syarifuddin, S.Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	28 Februari 2023	Proposal	1. Sumber datanya 3 tahun terakhir 2. Mencari data dan bahas di latar belakang lebih fokuskan ke Asuhan Keperawatan pada pasien dengan DM.	
2.	17 Maret 2023	Latar Belakang	1. Tambahkan daftar pustaka sesuai data 2. Perbaiki spasi 3. Tambahkan data serta prevalensi	
3.	27 Maret 2023	Latar Belakang	1. Tambahkan pengobatan rumah serta alasan mengapa pasien kembali masuk ke Rumah Sakit 2. Lengkapi sumber	
4.	10 April 2023	BAB I dan II	Lanjut BAB II dan BAB III	

5.	22 Juli 2023	Revisi	Responsive proposal	
6.	27 Juni 2023	Revisi	Perbaiki penulisan daftar pustaka, pengetikan dan pengeditan proposal, mencari kembali nilai normal dari GDS, GDP dan GD2PP menurut WHO, perbaiki tujuan pada BAB I.	
7.	3 Juli 2023	Revisi	Ubah jenis huruf penomoran pada proposal, perbaiki pengeditan pada konsep teoritis dan konsep asuhan keperawatan.	
8.	17 Juli 2023	BAB IV dan V	Tambahkan konsep Ulkus DM, ubah tujuan, ubah BAB III karena sudah masuk kasus, tambahkan pathway sampai masalah Ulkus, tambahkan masalah keperawatan terkait ulkus, lengkapi pengeditan KTI beserta bagian bagiannya.	
9.	17 Juli 2023	BAB IV	Perbaiki pembahasan, tambahkan intervensi pada bagian kasus.	
10.	17 Juli 2023	Ujian KTI	Naik Ujian KTI	
11.	25 Juli 2023	Revisi	Perbaiki penulisan judul, abstrak, kata pengantar, latar belakang dan kesimpulan.	

12.	25 Juli 2023	Revisi	ACC	<i>SP</i>
-----	-----------------	--------	-----	-----------