

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.W.T DENGAN
MASALAH ULKUS DIABETIKUM
DI RPB RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH :

SUSANA RIANTI KAROT
NIM.PO530320219921

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.W.T DENGAN
MASALAH ULKUS DIABETIKUM
DI RPB RSUD ENDE**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi Keperawatan Ende



OLEH :

SUSANA RIAN TI KAROT
NIM.PO530320219921

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny,W.T DENGAN
MASALAH UTAMA ULKUS DIABETIKUM
DI RPB RSUD ENDE

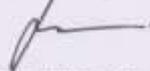
OLEH :

SUSANA RIANTI KAROT
NIM. PO530320219921

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing untuk Dijadikan

Ende, 19 Agustus 2022

Pembimbing



Irwan Budiana, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19890627 201902 1 001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawanco, M.Kep., Ns., Sp. Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.W.T DENGAN
MASALAH UTAMA ULKUS DIABETIKUM
DI RPB RSUD ENDE

OLEH :

SUSANA RIANI KAROT
NIM. PO530320219921

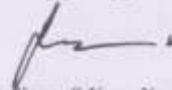
Karya Tulis Ilmiah ini Telah Diujikan dan Dipertanggung Jawabkan
Pada Tanggal 24 Agustus 2022

Penguji Ketua



Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 19760217 199903 2 001

Penguji Anggota



Irwan Budiana, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19890627 201902 1 001

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns., Sp. Kep.Kom
NIP. 19660114 199102 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan:

Nama : Susana Rianti Karot

NIM : PO. 5303202191921

Program Studi : D III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. W.T
DENGAN MASALAH UTAMA ULKUS DIABETIKUM
DI RPB RSUD ENDE

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya saya 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 atas perbuatan tersebut.

Ende, Agustus 2022

Yang Membuat Pernyataan



Susana Rianti Karot
PO.530320219921

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena hanya atas berkat yang telah dilimpahkan kepada penulis, maka laporan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.W.T Dengan Masalah Ulkus Diabetikum di RPB RSUD ENDE”** dapat terselesaikan dengan baik.

Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program Studi Keperawatan Ende. 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 dilalui. Oleh karena itu sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan banyak terimakasih kepada :

1. Dr. Ragu Ha'ming Kristina, SKM, M.Kes, Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Aris Wawomeo, M.Kep, Ns, Sp.Kep.Kom, Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan di Program Studi DIII Keperawatan Ende.
3. Ibu Dr. Carolina M. Viany Sunty, Sp.PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan praktek di RSUD Ende.

4. Irwan Budiana, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku Dosen pembimbing yang telah mengorbankan waktu, tenaga dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyusun laporan Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan masukan yang berguna bagi penulis.
5. Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji Karya Tulis Ilmiah penulis
6. Ny.W.T dan keluarga yang telah bersedia memberikan informasi yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
7. Kedua orang tua, kakak, adik, girl madam dan seluruh keluarga atas semua doa dan semangatnya yang tiada henti mendukung saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Anak ku tercinta yang selalu mendukung dan memberikan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, Oleh karena itu segala kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat diharapkan penulis guna menyempurnakan laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Ende, Agustus 2022

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Ny. W. T. Dengan Ulkus Diabetikum Di Ruang Perawatan Bedah

Susana Rianti Karot

Program Studi D III Keperawatan Ende

Latar belakang Di Indonesia jumlah penderita diabetes terus meningkat setiap tahunnya. Salah satu komplikasi yang sering terjadi pada pasien diabetes melitus adalah ulkus diabetikum.

Tujuan Menggambarkan asuhan keperawatan pada Ny.W.T dengan diagnosa medis ulkus Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende

Metode Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, lokasi dan waktu penelitian di lakukan di wilayah kerja Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende tanggal 04-06 Juli 2022

Hasil Keluarga klien mengatakan klien luka dikaki bagian kiri yang tidak sembuh-sembuh dan berbau. Diagnosa keperawatan yang diangkat adalah Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis(diabetes melitus). Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi. Setelah dilakukan perawatan 3x24 jam terhadap klien Ny. W. T diperoleh hasil bahwa masalah Resiko infeksi teratasi sebagian, masalah Gangguan integritas Jaringan belum teratasi, dan masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

Kesimpulan Masalah resiko infeksi, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik pada Ny. W. T belum teratasi. saran untuk klien dan keluarga agar memperhatikan pola makan, pola hidup sehat dan teratur untuk mengecek gula darah serta mengikuti segala anjuran yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Ulkus Diabetikum

Sumber : 4 (2021-2022)

ABSTRACT

Nursing Care for Mrs. W. T. With Diabetic Ulcer In the Surgical Room

Susana Rianti Karot

Ende Nursing D III Study Program

The background In Indonesia, the number of people with diabetes continues to increase every year, sourced from WHO 2016, states the number of people living with diabetes in Indonesia was 8.4 million people in 2000 and is predicted to increase to 21.3 million people in 2030 and 700 million in 2045. Diabetes can develop into a complicated disease that can cause various microvascular and macrovascular complications as well as other health problems that can adversely affect the quality of life of the sufferer. One of the complications that often occurs in patients with diabetes mellitus is diabetic ulcers.

The purpose To describe nursing care for Mrs. W.T with a medical diagnosis of ulcer in the Surgical Care Room at RSUD Ende

This research method uses a case study method with a Nursing Care approach which includes assessment, diagnosis, intervention, implementation. The location and time of the research was carried out in the working area of the Surgical Treatment Room at the Ende Hospital on 04-06 July 2022

The results of the case study found data: the client's family said the client had a wound on the left leg that did not heal and smelled, there was a tingling or heavy feeling in the left leg, wound pain. The nursing diagnosis raised is the risk of infection associated with chronic disease (diabetes mellitus). Impaired skin integrity is associated with peripheral neuropathy and impaired physical mobility associated with joint stiffness. after being treated and treated 3x24 hours for the client, Mrs. W. T obtained the results that the problem of risk of infection is partially resolved, the problem of impaired skin integrity has not been resolved, and the problem of impaired physical mobility has not been resolved.

Conclusion Problem on Mrs. W.P has not been resolved . advice for clients and families to pay attention to eating patterns, healthy and regular lifestyles to check blood sugar and follow all recommendations conveyed by health workers.

Keywords: Nursing Care, Diabetic Ulcers

Source : 4 (2021-2022)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TULIS.....	
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	
ABSTRACT	
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	
DAFTAR GAMBAR.....	
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Rumusan masalah.....	3
C. Tujuan penulisan	4
D. Manfaat penulisan	5
E. Metode.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Dasar Teori.....	7
B. Konsep Masalah Keperawatan	16
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	20
BAB III METODE STUDI KASUS	34
A. Desain studi kasus	34
B. Subjek studi kasus	34
C. Batasan istilah	35
D. Lokasi dan waktu	36
E. Teknik pengumpulan data	36
F. Keabsahan data.....	37
G. Analisa data	37

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	37
A. HASIL.....	
B. PEMBAHASAN	
BAB V PENUTUP.....	
A. KESIMPULAN	
B. SARAN.....	
DAFTAR PUSTAKA	38
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Batasan Istilah	34
---------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Di Indonesia jumlah penderita diabetes terus meningkat setiap tahunnya. bersumber dari WHO 2016, menyatakan jumlah orang yang hidup dengan diabetes di Indonesia sejumlah 8,4 juta jiwa pada tahun 2000 dan diperkirakan akan meningkat menjadi 21,3 juta jiwa di 2030 dan 700 juta di tahun 2045. Diabetes dapat berkembang menjadi penyakit komplikasi yang dapat menimbulkan berbagai komplikasi mikrovaskuler dan makrovaskuler serta pada masalah kesehatan lainya dapat menimbulkan pengaruh buruk terhadap kualitas hidup penderitanya (Puspasari, Udiyono, & Yuliawati, 2017).

Salah satu komplikasi yang sering terjadi pada pasien diabetes melitus adalah ulkus diabetikum. Ulkus diabetikum adalah kerusakan sebagian atau keseluruhan (full thickness) pada kulit, tendon, otot, tulang, atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit diabetes melitus, kondisi ini timbul sebagai akibat terjadinya peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi. Jika ulkus berlangsung lama, tidak dilakukan penatalaksanaan dan tidak sembuh, luka kan menjadi infeksi. Ulkus kaki, infeksi, neuropati dan penyakit arteri perifer sering mengakibatkan gangren dan amputasi ekstremitas bagian bawah (Karminah, 2019).

Berdasarkan data World Health Organization (WHO) prevalensi diabetes mellitus (DM) pada usia lebih dari 18 tahun mencapai 8,5%, dimana angka

kejadian tertinggi terdapat di Asia Tenggara. Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, proporsi DM di Indonesia mencapai 6,9%. Indonesia berada diperingkat ke tujuh diantara 10 negara dengan jumlah penderita terbanyak yaitu sebesar 10,7 juta (Infodatin,2020). Prevalensi penderita ulkus diabetikum diindonesia sekitar 15% angka amputasi 30%,resiko mortalitas 32%. Selain itu angka kematian 1 tahun pasca amputasi sebesar 14,8%. Hal ini didukung oleh data riskesdas (2018) bahwa kenaikan jumlah penderita ulkus diabetikum diindonesia dapat terlihat dari kenaikan prevelensi sebanyak 11%. Berdasarkan data yang didapat di dinas kesehatan 2018 provinsi NTT menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus di Provinsi NTT mencapai 0,9%, dan untuk dikabupaten Ende jumla kasus DM sekitar 700 jiwa. (Riset kesehatan dasar, 2018).

Berdasarkan data rekam medis di RSUD Ende diketahui tahun 2018 sampai dengan tahun 2019 kasus ulkus diabetikum mengalami peningkatan. Sedangkan tahun 2020 dan 2021 kasus ulkus kembali menurun. Selama tahun 2018 kasus pasien dengan diagnosa ulkus diabetikum di RSUD Ende adalah sebanyak 20,4% kasus. Sedangkan data kasus pasien dengan diagnosa ulkus diabetikum di RSUD Ende selama tahun 2019 adalah sebanyak 38,7% kasus. Selama tahun 2020 kasus pasien dengan diagnosa ulkus diabetikum di RSUD Ende sebanyak 27,2% kasus. Sedangkan data kasus pasien dengan diagnosa ulkus diabetikum di RSUD Ende pada tahun 2021 sebanyak 13,7% kasus. Selama tahun 2022 kasus pasien dengan diagnosa medis ulkus diabetikum di RSUD Ende

bulan januari 2 Orang, bulan maret 2 orang, bulan april 2 orang dan bulan mei 2 orang. (Profil RSUD Ende, RPB, 2022).

Masalah yang sering muncul pada ulkus diabetikum adalah gangguan integritas kulit, resiko infeksi, nyeri akut dan perfusi perifer tidak efektif. Ada beberapa penyebab dari ukus diabetikum yaitu : neuropati sensori perifer, trauma, deformitas, iskemia, pembentukan kalus, infeksi dan edema.faktor penyebab terjadinya ulkus diabetikum terdiri dari dua faktor yaitu faktor endogen dan eksogen. Faktor endogen yaitu genetik metabolik, angiopati diabetik, neuopati diabetik sedangkan faktor eksogen yaitu trauma, infeksi, dan obat (Gupta,V., Kakkar, G., Gill,A.S., Gill, C.S., & Gupta,2018). Dampak ulkus terjadi pada fisik timbul berupa kelainan bentuk kaki, nyeri, dan infeksi kaki, bahkan dapat berpotensi amputasi, sedangkan oleh penyembuhan ulkus yang dialami oleh penderita selama bertahun-tahun (Iemone & Priscilla, 2017).

Salah satu Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis ulkus diabetikum dengan menggunakan asuhan keperawatan yang profesional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, implementasi keperawatan dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan. Selain itu juga perawat juga berperan penting dalam merawat pasien dengan DM yaitu dalam membuat perencanaan untuk mencegah timbulnya luka kaki diabetik dengan cara melakukan perawatan kaki, inpeksi kaki setiap hari, menjaga kelembapan, menggunakan alas kaki yang sesuai dan melakukan olahraga kaki (Hndayani,2016).

Perawatan yang dilakukan oleh perawat pada pasien dengan ulkus diabetikum di RPB RSUD Ende biasanya melakukan perawatan luka atau membersihkan luka setiap pagi dan menggunting jaringan mati pada luka, kemudian dilembabkan menggunakan madu, dan menutup luka menggunakan kasa dan perban yang baru. Dalam melakukan perawatan kepatuhan dari pasien itu sendiri sangat penting dalam penatalaksanaan ulkus diabetikum. Di RPB RSUD Ende ketidakpatuhan dari pasien ulkus diabetikum dalam perawatan luka sering terjadi sehingga menimbulkan infeksi dan pada akhirnya harus amputasi. Ketidakpatuhan dalam perawatan terjadi karena kurangnya pengetahuan dari pasien untuk merawat luka, seperti tidak terkontrolnya kadar glukosa darah, ketidakpatuhan diet, kurang aktivitas fisik, perawatan kaki tidak teratur, dan penggunaan alas kaki yang tidak tepat.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum di RPB, Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut :

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ny.W.T Dengan Masalah Utama Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende“

C. Tujuan

1. Tujuan umum

Penulis mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ny.W.T Dengan Masalah Utama Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

Setelah melakukan asuhan keperawatan penulis dapat:

- a. Penulis mampu melakukan Pengkajian pada Ny.W.T Dengan Masalah Utama Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.
- b. Penulis mampu menegakan Diagnosa keperawatan pada Ny.W.T Dengan Masalah Utama Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.
- c. Penulis mampu menyusun Perencanaan keperawatan pada Ny.W.T Dengan Masalah Utama Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.
- d. Penulis mampu melaksanakan Implementasi keperawatan pada Ny.W.T Dengan Masalah Utama Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.
- e. Penulis mampu melakukan Evaluasi keperawatan pada Ny.W.T Dengan Masalah Utama Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.
- f. Penulis mampu menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus pada Ny.W.T Dengan Masalah Utama Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan untuk menambah pengetahuan, memperluas wawasan, dan pemahaman penulis tentang ulkus diabetikum

2. Rumah sakit

Sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis ulkus diabetikum

3. Pelayanan kesehatan

Sebagai sumber informasi atau bahan masukan bagi institusi terkait di wilayah Nusa Tenggara Timur dan menentukan kebijakan terhadap pencegahan dan penanganan pasien dengan diagnosa medis ulkus diabetikum

4. Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang ulkus diabetikum yang diderita pasien dan mengetahui arah penanganan pasien dengan diagnosa medis ulkus diabetikum

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Biomedis

1. Pengertian

Ulkus diabetikum merupakan kondisi yang terjadi pada penderita DM dikarenakan abnormalitas syaraf dan terganggunya arteri perifer yang menyebabkan terjadinya infeksi tukak dan destruksi jaringan di kulit kaki (Kochar et al, 2019).

Ulkus diabetikum adalah kerusakan sebagian (partial thickness) atau keseluruhan (full thickness) pada kulit, tendon, otot, tulang, atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit diabetes melitus, kondisi ini timbul akibat terjadinya peningkatan kadar glukosa darah yang tinggi (Setyawati., 2020).

2. Anatomi fisiologi

Pankreas adalah kelenjar majemuk yang terletak berdekatan dengan duodenum. Panjangnya sekitar 15 cm mulai duodenum hingga limfa, pankreas terdiri dari bagian yang paling lebar disebut kepala, badan pankreas merupakan bagian utama pada organ pankreas, terletak dibelakang lambung dan didepan vertebra lumbalis, sedangkan bagian runcing sebelah kiri disebut ekor (Batticaca, 2009). Pankreas merupakan bagian dari sistem pencernaan yang membuat dan mengeluarkan enzim pencernaan kedalam usus, selain itu juga merupakan organ endokrin yang membuat dan

mengeluarkan hormon kedalam darah untuk mengontrol metabolisme energi serta penyimpanan seluruh tubuh (Longnecker, 2014).

Dalam buku *At a Glance series Anatomi* yang diterbitkan pada tahun 2002, pankreas merupakan struktur berlobus yang memiliki dua fungsi yaitu fungsi yaitu fungsi eksokrin dan endokrin. Kelenjar eksokrin mengeluarkan cairan pankreas menuju ke duktus pankreatikus dan akhirnya ke duodenum. Sekresi ini penting untuk proses pencernaan dan absorpsi lemak, protein dan karbohidrat. Endokrin pankreas bertanggung jawab untuk produksi dan sekresi glukagon serta insulin, yang terjadi dalam sel-sel khusus dipulau langerhans (Faiz dan Moffat, 2002).

Pada jurnal *Anatomy and histologi of the pancreas* tahun 2014 disebutkan bahwa terdapat beberapa penyusun bagian pankreas meliputi :

- 1) Pankreas eksokrin, bagian yang membuat serta yang mengeluarkan enzim pencernaan ke duodenum. Komponen eksokrin terdiri lebih dari 95% massa pankreas.
- 2) Pankreas endokrin, bagian yang membuat serta mengsekresikan insulin, glukagon, polipeptida dan somatostatin kedalam darah. Bagian islet terdiri dari 1-2% massa pankreas.

3. Etiologi

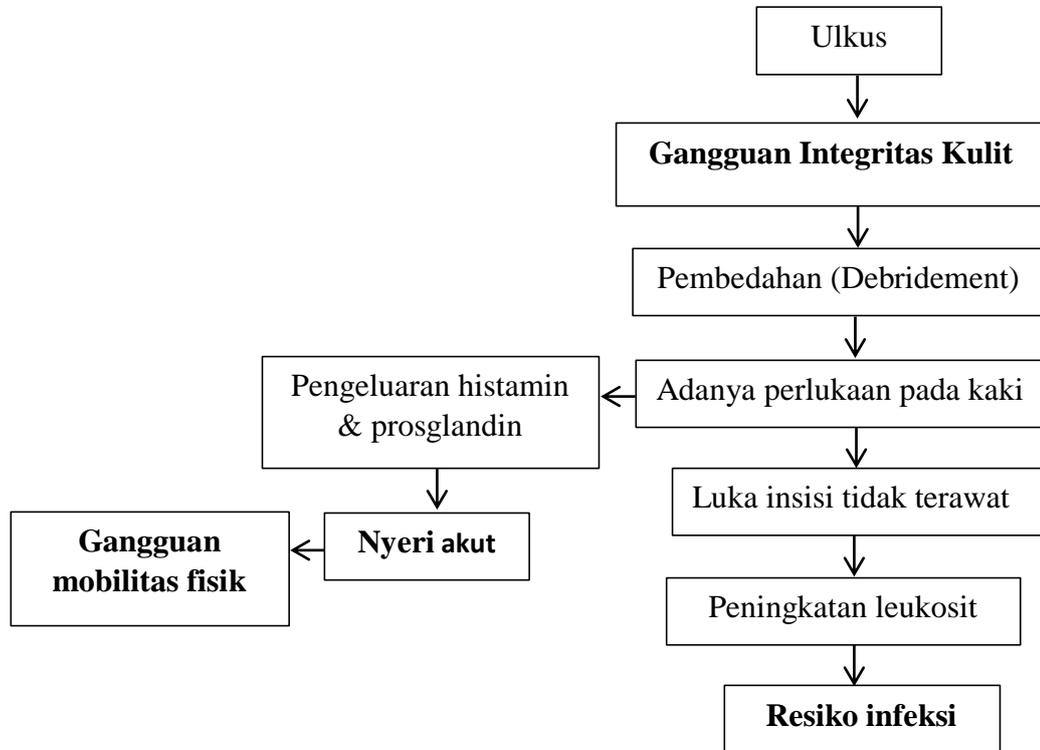
Faktor yang paling banyak menyebabkan ulkus diabetikum adalah neuropati, trauma, dan deformitas kaki. Penyebab lain ulkus diabetikum adalah iskemik, infeksi, edema, dan kalus. Ulkus diabetik merupakan penyebab tersering pasien harus diamputasi, sehingga faktor-faktor tersebut juga merupakan faktor predisposisi terjadinya amputasi (Frykberg dalam Dafianto, 2016).

4. Patofisiologi

Awal mula terjadinya masalah kaki atau ulkus diabetikum karena terjadi peningkatan hiperglikemia yang menyebabkan kelainan pada bagian pembuluh darah dan neuropati. Neuropati, sensorik, motorik, ataupun autonomik dapat menyebabkan berbagai perubahan pada bagian kulit dan otot yang kemudian dapat mengakibatkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada bagian telapak kaki dan akan mempermudah timbulnya ulkus. Adanya resiko rentan terhadap infeksi menjadi mudah melebar dan semakin luas. Faktor aliran darah yang tidak cukup juga menjadikan semakin susah pengelolaan pada kaki diabetes.

Neuropati motorik menyebabkan terjadinya atrofi otot, perubahan biomekanik, deformitas pada kaki dan redistribusi tekanan pada kaki hal tersebut yang akan mengarahkan pada terjadinya ulkus. Neuropati sensorik mempengaruhi dan terjadi ketidaknyamanan yang membuat trauma berulang pada kaki. Syaraf otonom yang mengalami kerusakan menjadi penyebab penurunan keringat sehingga kulit menjadi kering, pecah-pecah ditandai

dengan adanya firusa yang mempermudah masuknya bakteri. Kerusakan pada bagian persyarafan simpatis pada kaki membuat timbulnya taut (shunting) arterivenosa dan distensi vena. Kondisi itu memintas bantalan kapiler pada bagian yang terkena dan menghambat adanya suplai oksigen dan nutrisi sehingga dapat mengganggu terjadinya suplai nutrisi oleh darah ke jaringan kaki (Saberzadeh-Ardestani et al, 2018).

Pathway

Gambar 2.1. pathway Ulkus Diabetikum (Mutaqqin., 2019)

5. Manifestasi klinis

Menurut (Nasution & Siregar, 2020) tanda dan gejala ulkus diabetik dapat dilihat berdasarkan stadium antar lain sebagai berikut ;

- a. Stadium I mulai di tandai dengan asimpomatis atau terjadi kesemutan
- b. Stadium II mulai ditandai dengan terjadinya klaudikasio intermitten yaitu nyeri yang terjadi dikarenakan sirkulasi darah yang tidak lancar dan juga merupakan tanda awal penyakit arteri perifer yaitu pembuluh darah arteri mengalami penyempitan yang menyebabkan penyumbatan aliran darah ke tungkai
- c. Stadium III nyeri terjadi bukan saat melakukan aktivitas saja tetapi setelah beraktivitas atau beristirahat nyeri juga timbul
- d. Stadium VI mulai terjadi kerusakan jaringan karena anoksia (nekrosis ulkus)

Menurut (James,2008 Mark & Warren, 2007) tanda dan gejala ulkus diabetikum yaitu :

- 1) Umumnya pada daerah plantar kaki
- 2) sering kesemutan, nyeri kaki saat istirahat
- 3) kelainan pada bentuk kaki, deformitas kaki
- 4) Adanya fisura dan kulit kering serta retak-retak
- 5) Penurunan denyut nadi padadorsalis pedis, tibialis, poplitea
- 6) Luka biasanya dalam dan berlubang
- 7) Sekeliling kulit dapat terjadi selusitis
- 8) hilang atau berkurangnya sensasi nyeri

9) biasanya tampak merah dan terdapat eksudat

10) edema dan nekrosis (ganggren)

11) Kerusakan ujung saraf perifer

6. Pemeriksaan penunjang

a. Post prandial : dilakukan 2 jam setelah makan atau minum. Angka diatas 130mg/dl mengindikasikan diabetes

b. Hemoglobin glikosilat : Hb IC adalah sebuah pengukuran untuk menilai kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb IC yang melebihi 6,1% menunjukkan diabetes.

c. Tes toleransi glukosa oral : setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 gr gula,dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normal dua jam setelah meminum cairan tersebut harus lebih kecil dari 140 mg/dl.

d. Tes glukosa darah dengan finger stick, yaitu jari ditusuk dengan sebuah jarum. Sample darah diletakan pada sebuah strip yang dimasukan kedalam celah pada mesin luco meter.

7. Komplikasi

Komplikasi utama dari ulkus diabetikum adalah amputasi, alasannya adalah kerusakan saraf (neuropati diabetic) ketika jaringan saraf dikaki rusak, sensasi rasa sakit menjadi berkurang, itu sebabnya kaki dapat terluka atau terpotong tanpa penderitanya menyadarinya, sepsis adalah suatu keadaan yang dihasilkan dari sebuah respon bahaya atau serangan infeksi, dan juga akan

terjadi kematian karena kadar glukosa darah acak tinggi, kadar serum albumin rendah, anemia, komplikasi gangguan fungsi ginjal.

8. Penatalaksanaan

Tujuan utama dalam penatalaksanaan ulkus diabetikum adalah penutupan luka. Menurut Hariani, L, dan Perdana Kusuma, D, 2015 (dalam Aini dan Aridiana 2016) perawatan ulkus diabetikum meliputi hal berikut :

1) Medis

a) Terapi medis

Kontrol glikemik yang ketat harus dijaga dengan penggunaan diet diabetes, obat hipoglikemik oral dan insulin. Infeksi pada jaringan lunak dan tulang adalah penyebab utama dari perawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum di rumah sakit. Gabapentin dan 25 pregabalin telah digunakan untuk mengurangi gejala nyeri neuropati DM.

b) Terapi antibiotika

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

c) Nutrisi

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

2) Keperawatan

a) Mencuci luka

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

b) Debridement

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

B. Masalah Keperawatan Yang Muncul

Masalah Keperawatan yang dapat ditemukan pada Klien dengan Ulkus Diabetikum menurut standar Diagnosa Keperawatan (SDKI) 2017 adalah sebagai berikut :

1. Gangguan integritas kulit

a. Definisi

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

b. Kriteria masalah

- 1) Kerusakan jaringan atau lapisan kulit
- 2) Nyeri
- 3) Perdarahan
- 4) Kemerahan
- 5) Hematoma

c. Faktor yang beerhubungan

- 1) Perubahan sirkulasi
- 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- 3) Kekurangan atau kelebihan volume cairan
- 4) Penurunan mobilitas
- 5) Bahan kimia iritatif
- 6) Suhu lingkungan yang ekstirm
- 7) Kelembaban

2. Gangguan mobilitas fisik

a. Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

b. Kriteria masalah

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas
- 2) Nyeri saat bergerak
- 3) Enggan melakukan pergerakan
- 4) Merasa cemas saat bergerak
- 5) Kekuatan otot menurun
- 6) Rentang gerak (ROM) menurun
- 7) Sendi kaku
- 8) Gerakan tidak terkoordinasi
- 9) Gerakan terbatas
- 10) Fisik lemah

c. Faktor yang berhubungan

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang
- 2) Perubahan metabolisme
- 3) Gangguan neuromuskular
- 4) Nyeri
- 5) Gangguan sensoripersepsi

3. Nyeri akut

a. Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat berlangsung kurang lebih tiga bulan.

b. Kriteria masalah

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif misalnya waspada, posisi menghindari nyeri
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur
- 6) Tekanan darah meningkat
- 7) Pola napas berubah
- 8) Nafsu makan berubah
- 6) Menarik diri
- 7) Berfokus pada diri sendiri

c. Faktor yang berhubungan

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)

4. Risiko infeksi

a. Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

b. Kriteria masalah

-

c. Faktor yang berhubungan

- 1) Penyakit kronis (mis. Diabetes Melitus)
- 2) Efek prosedur invasiv
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan orgenisme patogen lingkungan
- 5) Ketidakkuatan pertahanan tubuh primer
- 6) Ketidakkuatan pertahanan tubuh sekunder

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar bagi seorang perawat dalam melakukan pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan klien tersebut. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu menentukan status kesehatan dan pola pertahanan klien serta memudahkan menentukan status kesehatan dan pola pertahanan klien serta memudahkan dalam perumusan diagnosa keperawatan (Marilynn E. Doenges, 2014).

a. Anamnesese

1) Identitas klien

Nama, tempat tanggal lahir, nama penanggung jawab, nomor RM, jenis kelamin, umur pasien, agama, pendidikan, tanggal MRS, tanggal pengkajian, pekerjaan, dan alamat.

2) Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada pasien ulkus diabetikum yakni adanya rasa kesemutan pada kaki/tungkai bawah, rasa raba menurun, adanya luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka.

3) Riwayat penyakit sekarang : biasanya klien masuk RS dengan keluhan utama gatal-gatal pada kulit yang disertai bisul lalu tidak sembuh-sembuh, kesemutan/rasa berat, mata kabur, kelemahan tubuh. disamping

itu klien juga mengeluh poly urea, polidipsi, anorexia, mual dan muntah.

- 4) Riwayat penyakit dahulu : Merupakan riwayat penyakit fisik maupun psikologik yang pernah diderita pasien sebelumnya.

Pada masalah ulkus diabetikum adanya riwayat penyakit DM.

- 5) Riwayat penyakit keluarga : Sejarah keluarga memegang penting dalam kondisi kesehatan seseorang. Penyakit yang muncul pada lebih dari satu orang keluarga terdekat dapat meningkatkan resiko untuk menderita penyakit tersebut.

Dan pada masalah ulkus diabetikum kaji apakah ada riwayat keluarga yang menderita diabetes melitus dan penyakit yang lain-lain.

- 6) Pengkajian perpola

- a) Aktivitas / istirahat

Pada pasien dengan ulkus diabetikum pola aktivitas akan terganggu seperti Lemah, letih, sulit bergerak / berjalan, kram otot, malaiase, kelemahan pada otot, nyeri

- b) Sirkulasi

Terjadinya pembengkakan pada ekstermitas bawah, peningkatan tekanan darah

- c) Eliminasi

Perubahan pola berkemih (poliuri), nokturia

d) Makanan / cairan

Hilang nafsu makan, mual/muntah, BB menurun, haus terus

e) Neurosensori

gangguan penglihatan, latergi

f) Nyeri / kenyamanan

Gejala : Nyeri pada ulkus

Tanda : Wajah meringis dengan palpitasi

g) Pernafasan

Pada pasien ulkus diabetikum pola pernapasan mungkin akan terganggu ketika pasien merasa nyeri

h) Pola reproduksi

Penderita ulkus diabetikum tidak mengalami perubahan pada reproduksi atau seksualitas

i) Pola persepsi kesehatan

Adanya riwayat kebiasaan konsumsi makanan yang mengandung gula yang tinggi, kurang perawatan kaki.

7) Pemeriksaan fisik

Fokus pemeriksaan fisik pada pasien dengan ulkus diabetikum adalah ekstremitas. Biasanya pada ekstremitas akan terdapat luka DM, edema, luka sudah bernanah, dan luka bau.

8) Tabulasi Data

Gatal-gatal pada kulit disertai bisul yang tidak sembuh-sembuh, kesemutatan/rasa berat, mata kabur, kelemahan otot, rasa raba menurun, adanya luka yang tidak sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka, sulit bergerak/berjalan, malaiase, kram otot, nyeri, nokturia, berat badan menurun, mual/muntah, haus, wajah meringis, lemah, letih

9) Klasifikasi Data

DS : gatal-gatal, kesemutan/rasa berat, mata kabur, rasa raba menurun, nyeri, kram otot, nokturia, lemah, letih, mual/muntah, haus, sulit bergerak/berjalan, malaise

DO : adanya luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, berat badan menurun, wajah meringis

10) Analisa Data

Menurut SDKI DPP PPNI (2017) analisa data dibedakan berdasarkan sign/symptom, etiologi, problem. Berdasarkan hasil analisa data maka masalah keperawatan yang diangkat pada pasien dengan masalah ulkus diabetikum ada 5 masalah:

c) Gangguan integritas kulit

Data subjektif: Gatal-gatal pada kulit

Data objektif : Adanya luka yang tidak sembuh-sembuh

d) Resiko infeksi

Data subjektif: tidak tersedia

Data objektif : Adanya luka yang berbau

e) Gangguan mobilitas fisik

Data subjektif : Lemah, letih, kram otot, sulit bergerak/berjalan,
kesemutan atau rasa berat

Data objektif : kelemahan otot

f) Nyeri akut

Data subjektif: Nyeri pada luka

Data objektif: Wajah meringis kesakitan

11) Prioritas Masalah

a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
(mis.inflamasi, iskemia, neoplasma)

b) Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (mis. Diabetes
melitus)

c) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer

d) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah tindakan penilaian klinis mengenai masalah kesehatan pasien. Diagnosa bertujuan untuk mengetahui respon dari klien, keluarga dan komunitas terhadap masalah Kesehatan (Tim Pokja SDKI PPNI,2017).

- a. Gangguan integritas kulit (D.0129) berhubungan dengan neuropati perifer

Ditandai dengan :

DS : Gatal-gatal pada kulit

DO : Adanya luka yang tidak sembuh-sembuh

- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Ditandai dengan :

DS: Lemah, letih, kram otot, sulit bergerak/berjalan, kesemutan atau rasa berat

DO: Kelemahan otot

- c. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis.inflamasi, iskemia, neoplasma)

Ditandai dengan :

DS: Mengeluh nyeri pada luka

DO : Wajah meringis kesakitan

- d. Risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan penyakit kronis (mis. Diabetes Melitus)

Ditandai dengan :

DS : Tidak tersedia

DO : Adanya luka yang berbau

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah rencana tindakan yang di lakukan perawat yang berdasarkan pengetahuan bertujuan untuk mencapai luaran (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018).

- a. Gangguan integritas kulit (D.0129) berhubungan dengan neuropati perifer Ditandai dengan :

DS : Gatal-gatal pada kulit

DO : Adanya luka yang tidak sembuh-sembuh

Kriteria hasil :

- 1) Elastisitas meningkat
- 2) Hidrasi meningkat
- 3) Perfusi jaringan meningkat
- 4) Kerusakan jaringan menurun
- 5) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 6) Suhu kulit membaik
- 7) Tekstur membaik

Intervensi :

Perawatan luka I.14564

Observasi

- 1) monitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran, dan bau)
- 2) bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik

- 3) bersihkan jaringan nekrotik
- 4) berikan salep yang sesuai ke kulit / lesi (jika perlu)
- 5) pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.

Edukasi :

- 6) jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 7) anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi :

- 8) kolaborasi pemberian antibiotik

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Ditandai dengan :

DS: Lemah, letih, kram otot, sulit bergerak/berjalan, kesemutan atau rasa berat

DO: Kelemahan otot

Kriteria Hasil

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat (skala 5)
- 2) Kekuatan otot meningkat (skala 5)
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat (skala 5)
- 4) Nyeri menurun (skala 5)

Intervensi :

Observasi

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

- 3) monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi
 - 4) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- Edukasi
- 5) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - 6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- c. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis.inflamasi, iskemia, neoplasma)

Ditandai dengan :

DS : Mengeluh nyeri pada lua

DO : Wajah meringis kesakitan

Kriteria Hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Frekuensi nadi membaik

Intervensi :

Manajemen nyeri I.08238

Observasi :

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- 2) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 3) Identifikasi skala nyeri

Teraupeutik :

- 1) Fasilitas istirahat dan tidur
- 2) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Edukasi :

- 1) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri
- 2) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

Kolaborasi :

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

d. Risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan penyakit kronis (mis. Diabetes Melitus)

Ditandai dengan :

DS : tidak tersedia

DO : Adanya luka yang berbau

Kriteria Hasil :

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Kemerahan menurun
- 3) Bengkak menurun

Intervensi :

Perawatan luka I.14564

Observasi :

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Teraupeutik :

- 1) Batasi jumla pengunjung

2) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi :

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar
- 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi :

- 1) kolaborasi pemberian imunisasi

4. Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri atau independen dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri atau independen adalah aktivitas perawatan yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama seperti dokter dan petugas kesehatan lain (Perry Dan Potter,2014).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahapan dari proses keperawatan, proses yang berkelanjutan untuk menjamin kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan, yang dilakukan dengan meninjau respons pasien untuk melakukan keefektifan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Evaluasi dibagi menjadi dua, yaitu evaluasi proses setiap selesai dilakukan tindakan keperawatan dan evaluasi hasil membandingkan antara tujuan dengan kriteria hasil (Perry dan Potter, 2014).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rangsangan /desain studi kasus

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya pasien, keluarga, kelompok, komunitas. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada Ny. W. T dengan diagnosa medis ulkus diabetikum di Rumah Sakit Umum Ende.

B. Subjek penelitian

Subjek penelitian adalah subjek yang disetujui untuk diteliti oleh peneliti atau subjek yang menjadi pusat perhatian atau sasaran peneliti. Subjek dalam penelitian pada studi kasus ini adalah Ny. W. T dengan diagnosa medis ulkus diabetikum di RPB RSUD Ende.

C. Batasan Istilah (definisi operasional)

Menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul studi kasus yaitu :

NO	Istilah	Definisi operasional
1	Ulkus diabetikum	Kerusakan sebagian (partial thickness) atau keseluruhan (full thickness) pada kulit, tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seorang yang mengalami atau menderita penyakit diabetes melitus.
2	Asuhan keperawatan	Suatu bentuk pelayanan keperawatan profesional bagian integral dari pelayanan kesehatan meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spritual yang diberikan langsung kepada pasien dengan diagnosa medis ulkus diabetikum

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi kasus Asuhan Keperawatan ini dilakukan selama 3 hari pada tanggal 04-06 Juli 2022 di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.

E. Metode/ prosedur studi kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara dan studi dokumentasi terhadap kasus Ulkus Diabetikum pada Ny. W. T yang dilakukan perawatan selama 3 hari yang selanjutnya dibuat dalam bentuk laporan asuhan keperawatan.

F. Teknik Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta izin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan izin dari Direktur kemudian meminta izin kepada Kepala Ruang perawatan bedah, kemudian penulis diperbolehkan untuk mengambil pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu memilih responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed consent. Pada penulisan ini, metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu dan keluarga. dalam mencari informasi peneliti melakukan dua jenis wawancara, yaitu autoanamnese (wawancara yang

dilakukan dengan subjek klien) dan aloanamnese (wawancara dengan keluarga klien)

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi ini menggunakan observasi partipasi adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data studi kasus melalui pengamatan, pemeriksaan pada studi kasus ini dengan pendekatan komunikasi terapeutik pada klien. Pemeriksaan fisik yaitu metode pengumpulan data melalui 4 cara dalam pemeriksaan fisik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada tubuh klien

3. Sztudi kasus

Studi kasus yang dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari rekam medis pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi DIII Keperawatan Ende.

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 yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan

yang dihadapi meliputi, biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, kesehatan terdahulu keluhan.

2. Data sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga) meliputi riwayat kesehatan keluarga.

I. Analisa Data

Analisa data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan kedalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain (Sugiono 2018).

Analisa data dilakukan dengan cara deskriptif yaitu menjelaskan faktor yang ada yang selanjutnya atau dikaitkan dan dibandingkan dengan teori yang ada dituangkan kedalam opini pembahasan. Teknik yang digunakan dengan cara menarasikan data yang diperoleh oleh penulis setelah dilakukan pengolahan data dan didapatkan hasil penelitian disatirkan dalam teks.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Inspeksi Gambaran umum lokasi studi kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende dengan jumlah ruangan 5 dan kapasitas untuk penampungan 1-5 Orang dalam satu ruangan.

2. Pengkajian

Pasien berinisial Ny. W.T berumur 49 tahun berjenis kelamin perempuan dan pendidikan terakhir SMA beralamatkan Mbongawani dan beragama Islam dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum.

a. Pengumpulan data

1) Biodata

Pasien berinisial Ny. W.T berumur 49 tahun berasal dari Mbongawani pekerjaan sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. Pendidikan terakhir adalah SMA. Klien sudah menikah dan tidak mempunyai anak, No CM : 128283, Tanggal masuk rumah sakit 03 Juli 2022. Penanggung jawab pasien adalah suaminya sendiri dengan inisial Tn. M. R. umur 49 tahun, Pendidikan terakhir SD, Pekerjaan pedagang.

2) Keluhan utama

Keluarga klien mengatakan klien luka dibagian kaki kiri yang tidak sembuh-sembuh dan berbau.

3) Riwayat kesehatan

- a) Riwayat kesehatan sekarang : Keluarga klien mengatakan klien di bawah ke RS dengan keluhan luka di bagian kaki kiri yang tidak sembuh-sembuh dan berbau. Sebelum klien di bawa ke RS, klien mengeluh gatal-gatal pada kaki kiri lalu muncul bisul di ibu jari kaki kiri, awalnya di anggap sebagai bisul biasa saja, lama –kelamaan bisul semakin membesar menjadi luka yang tidak sembuh-sembuh.

Pada tanggal 29 Juni 2022 luka di rendam menggunakan air laut dan di gosok menggunakan minyak, karena tidak ada perubahan luka semakin bau, adanya ulat pada luka, serta kesadaran pasien menurun, maka pada tanggal 03 Juli 2022 keluarga klien mengantarkan klien ke Rumah Sakit.

b) Riwayat penyakit dahulu

Keluarga mengatakan klien sudah lama mempunyai riwayat gula darah tinggi, cek gula darah terakhir di Puskesmas rukun lima pada bulan april 2022, dan mendapat obat metformin 3x1 dan klien minum obat secara teratur

c) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan bahwa keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan klien

4) Pengkajian perpola

a) Pola aktivitas

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktivitas seperti biasa tanpa dibantu keluarga serta melakukan aktivitas sebagaimana ibu rumah tangga, tidak ada keluhan ketika klien melakukan aktivitas, saat ini aktivitas klien dibantu total, tidak bisa bergerak, tampak lemah, letih, keadaan umum pasien somnolen

b) Pola sirkulasi

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit tidak ada pembengkakan pada kaki bagian kiri, saat di kaji di dapatkan bahwa saat sakit dan adanya luka muncul pembengkakan pada ekstermitas bawah bagian kiri.

c) Pola eliminasi

Keluarga klien mengatakan BAK klien sebelumnya sering kencing, terlebih pada malam hari biasa 8-10 kali, saat ini klien memakai pempers, BAB sebelumnya 2 kali sehari dengan konsisten padat, tidak ada keluhan saat BAB, saat dilakukan pengkajian klien belum BAB.

d) Pola nutrisi/ cairan

Keluarga klien mengatakan klien makan 3-4 kali sehari bahkan bisa lebih dari itu dengan porsi banyak dan dihabiskan karena klien sering merasa kelaparan, klien biasa mengkonsumsi

menu seperti nasi, sayur, ikan, kadang-kadang daging, klien tidak ada pantangan dalam makanan, untuk cairan keluarga klien mengatakan klien juga sering minum air biasanya dalam sehari 10-12 kali. Saat ini klien mengkonsumsi diet susu diabethasole 200 cc/ 3 jam, Air 50 cc melalui NGT dan dihabiskan.

e) Pola istirahat dan tidur

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien tidak pernah istirahat siang, tidur malam biasa jam 22.00 dan bangun pagi jam 05.00, saat ini kesadaran umum pasien somnolen.

f) Neurosensori

Keluarga klien mengatakan sebelumnya klien tidak ada gangguan pada penglihatan, saat ini klien mengalami gangguan penglihatan atau mata kabur bagian kiri semenjak bulan februari 2022

g) Nyeri/ kenyamanan

Keluarga klien mengatakan sebelumnya klien mengeluh nyeri di kaki yang luka, biasanya klien berteriak jika tidak bisa menahan nyeri, saat ini keadaan umum pasien somnolen , penulis tidak bisa mengkaji nyeri yang dirasakan klien.

h) Pernapasan

Keluarga klien mengatakan sebelumnya klien tidak pernah mengalami gangguan pernapasan, saat ini klien tidak

mengalami gangguan pernapasan seperti tidak adanya sesak napas, tidak menggunakan otot bantu napas.

i) Pola reproduksi

Keluarga klien mengatakan bahwa tidak ada gangguan reproduksi pada klien

j) Pola persepsi kesehatan

keluarga klien mengatakan kalau sakit biasa berobat ke Puskesmas, klien selalu minum obat yang di berikan. keluarga klien tidak pernah berpikir bahwa sakit yang di alami oleh pasien adalah sebuah kutukan atau karma.

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : somnolen, TD 100/70 MmHg, Nadi 96x/menit, suhu 36,7⁰c, RR 20x/m, spo2 99%, GCS : 10

Kepala inpeksi : Tidak ada luka atau benjolan di kepala,

Palpasi: Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

muka: Bentuk wajah oval, klien tampak bersih. Hidung

inspeksi : Posisi hidung simetris, bentuk hidung mancung,

tidak ada lesi. Telinga inpeksi : Posisi telinga kanan kiri

simetris, ukuran telinga sedang, lubang telinga bersih. Mulut

inspeksi : Mukosa bibir kering, lidah tidak kotor, gigi masih

utuh, . Leher inspeksi : Leher bentuk simetris, tidak ada lesi,

palpasi : Tidak ada pembesaran gelenjar getah bening, tidak

ada pembesaran kelenjar tiroid. Dada inspeksi: Bentuk dada

simetris, irama pernapasan teratur, palpasi : Tidak ada ekspansi dada, tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan, perkusi : Bunyi paru vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan. Abdomen inpeksi : Bentuk perut simetris, palpasi : Tidak ada nyeri tekan, perkusi : perut tidak kembung, auskultasi : bising usus 30x/m, Genitalia : Tidak ada gangguan organ reproduksi, ekstermitas atas inpeksi : tangan kiri dan kanan lengkap, jari-jari tangan lengkap, Ekstermitas bawah Inpeksi : Terdapat luka pada kaki bagian kiri, luka bau, adanya ulat pada luka, warna dasar luka putih, pembengkakan pada kaki kiri, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah- pecah, kemerahan di tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, terdapat jaringan nekrotik, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 2 cm, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses

Palpasi : Terdapat eksudat, terdapat cairan bercampur darah, terdapat PUS pada luka.

6) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan Urine

Hari/tanggal : 03/07/2022

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI NORMAL	HASIL
1	Glukosa sewaktu	70-140 mg/dl	567
2	SGOT/AST	0-35 U/L	18,3
3	SGPT/ALT	4-35 U/L	21,0
4	Albumin	3,4-4,8 U/L	3,2
3	Ureum	10-50 mg/dl	238,8
4	Creatinin	0,6-1,2 mg/dl	3,13
5	Natrium	135-145 mmol/L	119
6	Kalium	3,5-5,1 mmol/L	5,6
7	Chlorida	98-106 mmol/L	99
8	HbsAG	Negatif	Negatif

Hari/tanggal : 05/07/2022

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI NORMAL	HASIL
1	Glukosa puasa	<100 mg/dl	282
2	Glukosa 2 jam PP	<140 mg/dl	320
3	Ureum	10-50 mg/dl	195,4
4	Creatinin	0,6-1,2 mg/dl	1,75
5	Natrium	135-145 mmol/L	142
6	Kalium	3,5-5,1 mmol/L	4,2
7	Chlorida	98-106 mmol/L	119
8	Albumin	3,5-4,8 g/dl	3,2

b) Pemeriksaan Darah Lengkap

Hari/tanggal : 03/07/2022

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI NORMAL	HASIL
1	WBC	3,60-11,00 {10 ³ /uL}	16,72
2	LYMPH#	1,00-3,70 {10 ³ /uL}	0,90
3	MONO#	0,00-0,70 {10 ³ /uL}	0,97
4	EO#	0,00-0,40 {10 ³ /uL}	0,00
5	BASO#	0,00-0,10 {10 ³ /uL}	0,01
6	NEUT#	1,50-7,00 {10 ³ /uL}	14,84
7	LYMPH%	25,0-40,0 { % }	5,4
8	MONO%	2,0-8,0 { % }	5,8
9	EO%	2,0-4,0 { % }	0,0
10	BASO%	0,0-0,10 { % }	0,1
11	NEUT%	50,0-70,0 { % }	88,7
12	IG#	0,00-7,00 {10 ³ /uL}	0,01
13	IG%	0,0-72,0 { % }	0,1
14	RBC	3,80-5,20 {10 ⁶ /uL}	3,41
15	HGB	11,7-15,5 {g/dL}	7,5
16	HCT	35,0-47,0 { % }	20,3
17	MCV	80,0-100,0 {fL}	59,5
18	MCH	26,0-34,0 {pg}	22,0
19	MCHC	32,0-36,0 {g/dL}	36,9
20	RDW-SD	37,0-54,0 {fL}	32,5
21	RDW-CV	11,5-14,5 { % }	15,0
22	PLT	150-440 {10 ³ /uL}	260
23	MPV	9,0-13,0 {fL}	10,7
24	PCT	0,17-0,35 { % }	0,28
25	PDW	9,0-13,0 {fL}	13,0
26	P-LCR	13,0-43,0 { % }	31,1

Hari/tanggal : 05/07/2022

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI NORMAL	HASIL
1	WBC	3,60-11,00 { 10 ³ /uL }	11,75
2	LYMPH#	1,00-3,70 { 10 ³ /uL }	0,92
3	MONO#	0,00-0,70 { 10 ³ /uL }	0,63
4	EO#	0,00-0,40 { 10 ³ /uL }	0,01
5	BASO#	0,00-0,10 { 10 ³ /uL }	0,00
6	NEUT#	1,50-7,00 { 10 ³ /uL }	10,19
7	LYMPH%	25,0-40,0 { % }	7,8
8	MONO%	2,0-8,0 { % }	5,4
9	EO%	2,0-4,0 { % }d	0,1
10	BASO%	0,0-0,10 { % }	0,0
11	NEUT%	50,0-70,0 { % }	86,7
12	IG#	0,00-7,00 { 10 ³ /uL }	0,10
13	IG%	0,0-72,0 { % }	0,09
14	RBC	3,80-5,20 { 10 ⁶ /uL }	4,02
15	HGB	11,7-15,5 { g/dL }	9,2
16	HCT	35,0-47,0 { % }	26,1
17	MCV	80,0-100,0 { fL }	64,9
18	MCH	26,0-34,0 { pg }	22,9
19	MCHC	32,0-36,0 { g/dL }	35,2
20	RDW-SD	37,0-54,0 { fL }	42,4
21	RDW-CV	11,5-14,5 { % }	18,6
22	PLT	150-440 { 10 ³ /uL }	205
23	MPV	9,0-13,0 { fL }	10,8
24	PCT	0,17-0,35 { % }	0,22
25	PDW	9,0-13,0 { fL }	13,0
26	P-LCR	13,0-43,0 { % }	33,0

b. Tabulasi data

Keluarga klien mengatakan klien luka dibagian kaki kiri, mata kabur, gatal-gatal lalu timbulah bisul, klien tidak bisa bergerak, lemah, luka tidak sembuh dan berbau, adanya ulat, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, adanya cairan bercampur darah, kemerahan ditepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, kadar leukosit 16,75/uL, GDS : 567 mg/dl, Glukosa puasa 282 mg/dl, Glukosa 2 jam PP 320 mg/dl, panjang luka : 15 cm lebar luka 10 cm, kedalaman luka 2 cm, keadaan umum pasien somnolen, aktivitas klien di bantu total, pembengkakan pada kaki bagian kiri, terpasang infus di tangan sebelah kiri Nacl 0,9 % 20 tpm, terpasang NGT tertutup, TD: 110/70 MmHg, nadi 96x/menit, suhu: 36,5^o, RR: 20x/menit, Spo2 : 99%.

c. Klasifikasi data

Data Subjektif : Keluarga klien mengatakan luka di kaki kiri, gatal-gatal lalu timbullah bisul, mata kabur, klien sulit bergerak, lemah.

Data Objektif : Keadaan umum pasien somnolen, terdapat luka yang tidak sembuh dan berbau, ada ulat pada luka, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah- pecah, edema pada kaki kiri, adanya cairan bercampur darah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, derajat luka III sampai ke tulang dan pembentukan

abses, kadar leukosit 16,7/uL, GDS : 567 mg/dl, Glukosa puasa 282 mg/dl, Glukosa 2 jam PP 320 mg/dl, panjang luka : 15cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 2 cm, aktivitas dibantu total, terpasang infus di tangan sebelah kiri Nacl 0,9 % 20 tpm, terpasang NGT tertutup, TD: 110/70 MmHg, nadi 96x/menit, suhu: 36,5⁰, RR: 20x/menit, Spo2 : 99%.

d. Analisa data

DS : Keluarga klien mengatakan gatal-gatal pada kulit lalu timbulah bisul, luka pada kaki kiri

DO : Keadaan umum pasien somnolen, Terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh warna dasar luka putih, Lapisan kulit berwarna hitam dan pecah- pecah, Kemerahan pada tepi luka, Batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, Panjang luka 15 cm, Lebar luka 10 cm, Kedalaman luka 2 cm, Derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pemeentukan abses, Problem Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan etiologi Neuropati perifer

DS : Keluarga klien mengatakan sebelum klien di bawa ke RS, klien mengeluh gatal-gatal pada kaki bagian kiri lalu muncullah bisul di ibu jari kaki kiri, awalnya di anggap sebagai bisul biasa saja, lama-kelamaan bisul semakin membesar menjadi luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, pada tanggal 29 Juni 2022 luka di rendam menggunakan air laut dan di gosok menggunakan minyak, karena tidak ada perubahan luka semakin bau, adanya ulat pada luka, serta kesadaran pasien menurun, maka pasien di antar ke RS oleh keluarga.

DO : Adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, kadar leukosit pasien mengalami peningkatan 16,72/ul, GDS : 567 mg/dl, Glukosa puasa 282 mg/dl, Glukosa 2 jam PP 320 mg/dl, pembengkakan pada kaki kiri, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, Problem Resiko infeksi berhubungan dengan etiologi penyakit kronis (Diabetes melitus).

DS : Keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, lemah, letih

DO : Keadaan umum somnolen, aktivitas klien dibantu total. Problem gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan etiologi kekakuan sendi

3. Diagnosa keperawatan

a. Resiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis ditandai dengan

Data Subjektif : Keluarga klien mengatakan sebelum klien di bawa ke RS, klien mengeluh gatal-gatal pada kaki bagian kiri lalu muncullah bisul di ibu jari kaki kiri, awalnya di anggap sebagai bisul biasa saja, lama-kelamaan bisul semakin membesar menjadi luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, pada tanggal 29 Juni 2022 luka di rendam menggunakan air laut dan di gosok menggunakan minyak, karena tidak ada perubahan luka semakin bau, adanya ulat pada luka, serta kesadaran pasien menurun, maka pasien di antar ke RS oleh keluarga.

Data Objektif : Adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien mengalami peningkatan 16.72/uL, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, GDS 567 mg/dl,

Glukosa puasa 282 mg/dl, Glukosa PP 320 mg/dl, terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.

- b. Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan Neuropati perifer dan ditandai dengan

Data Subjektif : Keluarga klien mengatakan gatal-gatal pada kulit lalu timbulah bisul, luka pada kaki kiri

Data Objektif : Keadaan umum somnolen, terdapat luka yang tidak sembuh luka yang tidak sembuh-sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah- pecah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka 15 cm, luas luka 10 cm, kedalaman luka 2 cm.

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi dan ditandai dengan

Data Subjektif : Keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, lemah, letih

Data Objektif : Keadaan pasien somnolen , aktivitas klien dibantu total

4. Intervensi keperawatan

- a. Resiko Infeksi berhubungan dengan Hiperglikemia **Tujuan** setelah di lakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko infeksi menurun
kriteria hasil : a) Kebersihan tangan meningkat, b) kemerahan menurun, 3) bengkak menurun. Rencana tindakan 1) monitor tanda

dan gejala infeksi lokal dan sistematik. 2) batasi jumlah pengunjung, 3) pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi, 4) jelaskan tanda dan gejala infeksi, 5) anjurkan cara mencuci tangan yang benar, 6) anjurkan meningkatkan asupan cairan, 7) kolaborasi pemberian imunisasi

b. Gangguan integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan gangguan integritas kulit teratasi, **kriteria hasil** a) elastisitas meningkat, 2) hidrasi meningkat, 3) perfusi jaringan meningkat, 4) kerusakan jaringan menurun, 5) kerusakan lapisan kulit menurun, 6) suhu kulit membaik, 7) tekstur membaik. Rencana tindakan : 1) Monitor karakteristik luka (drainase, warna, ukuran, bau),
2) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, 3) Bersihkan jaringan nekrotik, 4) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, 5) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, 6) jelaskan tanda dan gejala infeksi, 7) Anjurkan perawatan luka secara mandiri, 8) Kolaborasi pemberian antibiotik

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi..

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan gangguan mobilitas fisik teratasi, **kriteria hasil** : 1) pergerakan ekstermitas meningkat, 2) kekuatan otot meningkat 3) rentang gerak meningkat, 4) nyeri menurun. Rencana tindakan 1) identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) identifikasi toleransi fisik saat

melakukan pergerakan, 3) monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi, 4) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi edukasi, 5) jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 6) anjurkan melakukan mobilisasi dini.

5. Implementasi keperawatan

Hari Pertama, Senin, 04 juli 2022 **Diagnosa Keperawatan 1** : Resiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes melitus). Tindakan keperawatan yang telah di lakukan : Jam 09.00 Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil : Adanya luka di bagian kaki kiri yang berbau, ada ulat pada luka, luka tidak sembuh-sembuh, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kemerahan pada luka, Jam 09.06 Membatasi pengunjung dengan hasil : Keluarga klien mengatakan bahwa bisa mengikuti apa yang sudah di anjurkan, Jam 09.10 Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi dengan hasil: Perawat melakukan cara mencuci tangan yang benar sebelum melakukan perawatan luka, Jam 09.15 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil: Perawat menjelaskan tanda- tanda infeksi seperti adanya nyeri, panas, bengkak, kemerahan, pada luka, keluarga klien mendengarkan dan bisa menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi yang sudah di ajarkan, Jam 09.18 Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar dengan hasil : Keluarga klien bisa melakukan cara mencuci tangan yang benar, Jam 09.20 Mengajarkan meningkatkan asupan cairan dengan hasil : Perawat meminta

keluarga pasien agar ikut serta dalam pemberian susu kepada klien, Klien mendapatkan diet susu diabetasole 200 cc/ NGT, sebelum di berikan susu klien terlebih dahulu di berikan air dengan ukuran 50 cc, sesuai anjuran dokter, Jam 09.30 Melayani pemberian ceftriaxone sodium 1 gram/IV dan terapi furosemide 10 mg/IV. Jam 11.00 melayani pemberian levenimir 3 ml/ IV, novorapid 3 ml / IV. **Diagnosa keperawatan 2** : Gangguan integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. Tindakan yang telah di lakukan : Jam 09.40 Memonitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran dan bau) degan hasil : Warna dasar luka putih lapisan kulit berwarna hitam, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan kulit luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pemeentukan abses, ukuran luka panjang luka : 15 cm, luas luka 10 cm, kedalam luka 2 cm, luka tampak bau, Jam 10.00 Membersihkan degan cairan Nacl atau pembersih nontoksik dengan hasil : Perawat membersihkan luka klien menggunakan cairan nacl 0,9 %, Jam 10.05 Membersihkan jaringan nekrotik dengan hasil : Perawat menggunakan APD lengkap lalu mengunting jaringan mati yang ada pada luka pasien, Jam 10.10 Memberikan salep yang sesuai ke kulit/ lesi dengan hasil : Luka klien setelah dibersihkan dengan jaringan Nacl luka di gosok dengan madu asli nusantara dan di tempel menggunakan kasa steril, Jam 10.00 Mempetahankan teknik streril saat melakukan perawatan luka dengan hasil: Sebelum merawat luka, perawat menggunakan handscon tidak streril untuk membuka kasa yang menutupi luka, setelah sudah di buka semuanya perawat menggantikan menggunakan handscon streril dan membersihkan luka

menggunakan cairan NaCl, Jam 10.15 Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri dengan hasil: Perawat mengajarkan perawatan luka dengan menggunakan cairan NaCl 0,9%, keluarga klien di minta untuk memperhatikan teknik perawatan luka, perawat mengajarkan saat bersihkan luka jangan lupa tekan di bagian pinggir-pinggir luka agar nanah bisa keluar, Keluarga klien mendengarkan edukasi dan memperhatikan cara perawatan luka yang dilakukan perawat, Jam 10.30 Melayani pemberian sarkorbin 5 ml per IV.

Diagnosa keperawatan 3 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi. Tindakan keperawatan yang di telah lakukan : Jam 10.40 Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan dengan cara : Perawat mengajarkan gerakan ROM pasif dengan cara menggerakkan jari-jari tangan tekuk ke bawah, luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang, gerakan ke samping kiri dan kanan, lalu kembalikan tangan ke posisi awal, ROM pada bagian lutut dengan cara angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha, turunkan dan luruskan dengan cara mengangkat kaki keatas, ROM pada pergelangan kaki dengan cara putar pergelangan kaki kearah dalam dan keluar, ke atas dan kebawah. Hasilnya: Klien belum bisa melakukan pergerakan, keluarga pasien bisa mendengarkan dan mengikuti kembali apa yang di ajarkan. Jam 10.50 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi dengan hasil : TD : 100/70 MmHg, N: 96x/M , S: 36,5⁰c, RR: 20x/m, Spo2: 99%, Jam 10.55 Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil : Perawat melakkan edukasi kepada keluarga pasien dengan menjelasakn tujuan prosedur mobilisasi agar tidak terjadinya

kekakuan sendi, mengurangi rasa nyeri, menggemblickan kemampuan klien menggerakkan otot melancarkan peredaran darah. Hasilnya : Keluarga klien mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi.

Hari kedua, Selasa 05 Juli 2022. **Diagnosa 1** : Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes melitus). Tindakan keperawatan yang telah di lakukan: jam 08.05 :Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil: Adanya luka di bagian kaki kiri yang berbau, ada ulat pada luka, luka tidak sembuh-sembuh, adanya cairan bercampur darah pada luka, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus, pembengkakan pada kaki kiri, kemerahan pada tepi luka, Jam 08.10 Menganjurkan meningkatkan asupan cairan dengan hasil : Klien mengkonsumsi diet susu diabethasolen 200 cc/ NGT, Air 50 cc, Jam 08.30 Melayani pemberian ceftriaxone sodium 1 gram/IV dan terapi furosemide 10 mg/IV. **Diagnosa keperawatan 2** : Gangguan integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. Tindakan keperawatan yang di lakukan : Jam 08.05 Memonitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran,bau), Dengan hasil: Warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam, adanya cairan bercampur darah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalam luka 2 cm, luka bau, Jam 08.40 membersihkan luka dengan cairan Nacl atau pemebersih nontoksis dengn hasil: luka klien dibersihkan menggunakan cairan inful Nacl 0,9 %, Jam 08.50 Membersihkan jaringan nekrotik dengan hasil : perawat mengunting jaringan mati yang ada pada luka pasien, Jam 09.00

memberikan salep yang sesuai ke kulit/ lesi dengan hasil: luka klien setelah dibersihkan dengan jaringan NaCl luka di gosok dengan madu asli nusantara dan di tempel menggunakan kasa steril, Jam 08.05 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka dengan hasil : Perawat melakukan perawatan menggunakan alat yang sudah di sterilkan dan menggunakan APB lengkap, Jam 09.10 Mengajarkan perawatan luka secara mandiri dengan hasil : Keluarga klien mendengarkan edukasi dan perawatan luka yang dilakukan perawat, Jam 09.20 Melayani pemberian sankorbin 5 ml/ IV. Jam 11.00 melayani pemberian levenimir 3 ml, novorapid 3 ml / IV. **Diagnosa keperawatan 3** : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi. Tindakan keperawatan yang telah di lakukan : Jam 10.00 Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan dengan hasil: Keluarga klien sudah bisa melakukan pergerakan ROM yang sudah di ajarkan, Hasil : Klien belum bisa melakukan pergerakan , Jam 10.05 memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi dengan hasil : TD : 110/70 MmHg, N: 96x/M , S: 36,5^oc, RR: 20x/m, Spo2: 99%, Jam 10.10 Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dengan hasil : keluarga klien mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi .

Hari ketiga, Rabu 06 Juli 2022. **Diagnosa 1** : Resiko Infeksi berhubungan dengan Penyakit kronis (Diabetes melitus). Tindakan keperawatan yang telah di lakukan : Jam 08.05 : Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil : Adanya luka di bagian kaki kiri yang berbau, ada ulat pada luka, luka tidak sembuh-sembuh, adanya cairan

bercampur darah pada luka, terdapat jaringan nekrotik, terdapat pus pada luka, terdapat eksudat, Jam 08.10 Menganjurkan meningkatkan asupan cairan dengan hasil : Klien mengkonsumsi diet susu diabetasolen 200 cc/ NGT, Air 50 cc , Jam 08.30 Melayani pemberian ceftriaxone sodium 1 gram per iv dan terapi furosemide 10 mg / iv. **Diagnosa keperawatan 2** : Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. Tindakan keperawatan yang telah di lakukan : Jam 08.05 Memonitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran,bau), Dengan hasil: Warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam, adanya cairan bercampur darah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pemeentukan abses, panjang luka 15 cm , lebar luka 10 cm , kedalam luka 3 cm, luka tampak bau, Jam 08.40 Membersihkan luka dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksis dengn hasil: Luka klien dibersihkan menggunakan cairan infus Nacl 0,9 % , Jam 08.50 Membersihkan jaringan nekrotik dengan hasil : Perawat mengunting jaringan mati yang ada pada luka pasien, Jam 09.00 Memberikan salep yang sesuai ke kulit/ lesi dengan hasil: Luka klien setelah dibersihkan dengan jaringan Nacl luka di gosok dengan madu asli nusantara dan di tempel menggunakan kasa steril, Jam 09.20 Melayani pemberian sankorbin 5 ml/ iv. **Diagnosa keperawatan 3** : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi. Tindakan keperawatan yang telah di lakukan : Jam 10.00 Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan dengan hasil: Klien belum bisa melakukan pergerakan, Jam 10.05 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah

sebelum melakukan atau memulai mobiliasi dengan hasil : TD : 100/80 MmHg, N: 96x/M, S: 36,5⁰c, RR: 20x/m, Spo2: 99%, Jam 11.00 melayani pemberian levenimir 3 m/IVl, novorapid 3 ml / Iv.

6. Evaluasi Keperawatan

Hari pertama, Senin 04 Juli 2022. **Diagnosa 1** : Resiko Infeksi berhubungan dengan Penyakit kronis (Diabetes melitus), evaluasi dilakukan pukul 13.30 WITA. **S** : Keluarga klien mengatakan sebelum klien di bawa ke RS, klien mengeluh gatal-gatal pada kaki bagian kiri lalu muncullah bisul di ibu jari kaki kiri, awalnya di anggap sebagai bisul biasa saja, lama-kelamaan bisul semakin membesar menjadi luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, pada tanggal 29 Juni 2022 luka di rendam menggunakan air laut dan di gosok menggunakan minyak, karena tidak ada perubahan luka semakin bau, adanya ulat pada luka, serta kesadaran pasien menurun, maka pasien di antar ke RS oleh keluarga. **O**: Keadaan umum klien somnolen, adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit 16.72, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik terdapat eksudat, terdapat pus, terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup, **A**: Masalah Infeksi belum teratasi, **P** : Intervensi di lanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. **Diagnosa keperawatan 2** Gangguan integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. **S** : Keluarga klien mengatakan gatal-gatal pada kulit lalu timbulah bisul luka pada kaki kiri, **O** : Keadaan umum somnolen, terdapat luka yang tidak sembuh – sembuh, warna daar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka,

batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, terpasang infus NaCl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup, **A** : Masalah gangguan integritas Jারণan belum teratasi, **P** : Intervensi di lanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. **Diagnosa keperawatan 3** Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi. **S** : Keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah, **O** : Keadaan pasien somnolen, aktivitas klien dibantu total, TD : 100/70 MmHg, N: 96x/M, S: 36,5⁰c, RR: 20x/m, Spo₂: 99%, terpasang infus NaCl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup, **A** : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, **P** : Intervensi di lanjutkan 2, 3, 5.

Hari kedua, Selasa 05 Juli 2022. **Diagnosa keperawatan 1** : Resiko Infeksi berhubungan dengan Penyakit kronis (Diabetes melitus), evaluasi di lakukan pukul 13.00 WITA. **S** : Keluarga klien mengatakan sebelum klien di bawa ke RS, klien mengeluh gatal-gatal pada kaki bagian kiri lalu muncullah bisul di ibu jari kaki kiri, awalnya di anggap sebagai bisul biasa saja, lama-kelamaan bisul semakin membesar menjadi luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, pada tanggal 29 Juni 2022 luka di rendam menggunakan air laut dan di gosok menggunakan minyak, karena tidak ada perubahan luka semakin bau, adanya ulat pada luka, serta kesadaran pasien menurun, maka pasien di antar ke RS oleh keluarga.

O : Keadaan umum klien somnolen, adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien mengalami penurunan dari 16.72 menjadi 11.75, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus, terpasang infus NaCl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup, **A**: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian **P**: Intervensi di lanjutkan 1, 3, 6,7. **Diagnosa keperawatan 2** Gangguan integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. **S** : Keluarga klien mengatakan gatal-gatal pada kulit lalu timbulah bisul luka pada kaki kiri, **O** : Keadaan umum somnolen, terdapat luka yang tidak sembuh – sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, terpasang infus NaCl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup, **A** : Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi, **P** : Intervensi di lanjutkan 1, 2, 3, 4, 8. **Diagnosa keperawatan 3** Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi. **S** : Keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah, **O** : Keadaan pasien somnolen, aktivitas klien dibantu total, TD : 100/70 MmHg, N: 96x/M, S: 36,5⁰c, RR: 20x/m, Spo2: 99%, terpasang infus NaCl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup, **A** : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, **P** : Intervensi di lanjutkan 2, 3, 5.

Hari ketiga, Rabu 06 Juli 2022. **Diagnosa keperawatan 1** : Resiko Infeksi berhubungan dengan Penyakit kronis (Diabetes melitus), evaluasi di lakukan pukul 13.00 WITA. **S** : Keluarga klien mengatakan sebelum klien di bawa ke RS, klien mengeluh gatal-gatal pada kaki bagian kiri lalu muncullah bisul di ibu jari kaki kiri, awalnya di anggap sebagai bisul biasa saja, lama-kelamaan bisul semakin membesar menjadi luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, pada tanggal 29 Juni 2022 luka di rendam menggunakan air laut dan di gosok menggunakan minyak, karena tidak ada perubahan luka semakin bau, adanya ulat pada luka, serta kesadaran pasien menurun, maka pasien di antar ke RS oleh keluarga. **O** : Keadaan umum klien koma , adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien mengalami penurunan dari 16.72 menjadi 11.75, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus ,terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup, **A**: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian **P**: Intervensi di lanjutkan 1, 3, 6,7.

Diagnosa keperawatan 2 Gangguan integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. **S** : Keluarga klien mengatakan gatal-gatal pada kulit lalu timbulah bisul luka pada kaki kiri, **O** : Keadaan umum koma, terdapat luka yang tidak sembuh–sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu degan dasar luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pemebentukan abses, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT

tertutup, **A** : Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi , **P** : Intervensi di lanjutkan 1, 2, 3, 4, 8. **Diagnosa keperawatan 3** Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi. **S** : Keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah, **O** : Keadaan pasien koma , aktivitas klien dibantu total, TD : 100/70 MmHg, N: 96x/M , S: 36,5⁰c, RR: 20x/m, Spo2: 99%, terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup, **A** : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, **P** : Intervensi di lanjutkan 2, 3.

7. Catatan perkembangan

Hari Rabu, 06 Juli 2022, jam 13.30 dan diperoleh hasil: **Diagnosa I Subjektif** : Keluarga klien mengatakan sebelum klien di bawa ke RS, klien mengeluh gatal-gatal pada kaki bagian kiri lalu muncullah bisul di ibu jari kaki kiri, awalnya di anggap sebagai bisul biasa saja, lama-kelamaan bisul semakin membesar menjadi luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, pada tanggal 29 Juni 2022 luka di rendam menggunakan air laut dan di gosok menggunakan minyak, karena tidak ada perubahan luka semakin bau, adanya ulat pada luka, serta kesadaran pasien menurun, maka pasien di antar ke RS oleh keluarga. **Objektif** : Keadaan umum klien koma, adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien 11.75, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup, **Asesment** : Masalah Resiko Infeksi teratasi sebagian, **Planing** : Lanjutkan intervensi 1 , 6, 7, **Implementasi** : Jam 08.00

WITA Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Hasil : Adanya luka di bagian kaki kiri yang berbau, ada ulat pada luka, luka tidak sembuh-sembuh, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, Jam 08.15 Menganjurkan meningkatkan asupan cairan. Hasil : Klien mendapatkan diet susu diabetasole 200 cc , Air 50 cc per NGT , Jam 08. 20 Melayani pemberian ceftriaxone sodium 1 gram / iv dan furosemide 10 mg/iv, **Evaluasi** : Keadaan umum pasien koma, adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien 11.75, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup. Masalah resiko infeksi belum teratasi, lanjutkan intervensi 1, 6, 7. **Diagnosa keperawatan 2, Subjektif** : Keluarga klien mengatakan klien gatal-gatal pada kulit lalu timbulah bisul, luka pada kaki kiri, **Objektif** : Keadaan umum koma, terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pemeentukan abses, panjang luas luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, terpasang infus Nacl 0.9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup, **Asesment** : Masalah gangguan integritas Jaringan belum teratasi , **Planing** : Intervensi di lanjutkan 1, 2, 3, 4, 8, **Implementasi** : Jam 09.00 Memonitor karakteristik luka (drainasewarna, ukuran, bau). Hasil : Warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan

pada tepi luka, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 2 cm, Jam 09.05 Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik. Hasil : Luka klien dibersihkan menggunakan cairan nacl 0,9 %, Jam 09.10 Membersihkan jaringan nekrotik. Hasil: Perawat mengunting jaringan mati dan di temukan banyak jaringan mati pada luka pasien, Jam 09.15 Memberikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi. Hasil : Luka klien setelah dibersihkan dengan jaringan Nacl, luka di gosok dengan madu asli nusantara dan di tempel menggunakan kasa steril, Jam 09.20 Melayani pemberian sankorbin 5 ml/ I,

Evaluasi : Keadaan umum koma, terdapat luka yang tidak sembuh- sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka, trdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, terpasang infus Nacl 0.9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup. Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi, lanjutkan intervensi 1,2,3, 4,5,8. **Diagnosa keperawatan 3. Subjektif** : Keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah, **Objektif** : Keadaan pasien koma, aktivitas klien dibantu total, TD : 100/70 Mmhg, N: 96x/M, S: 36,5⁰c, RR: 20x/m, Spo2: 99%, **Asesment** : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, **Planing** : Intervensi di lanjutkan 2, 3, **Implementasi** : Jam 10.00 Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan. Hasil : Klien belum bisa melakukan pergerakan, Jam 10.05 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau

memulai mobilisasi. Hasil : TD : 100/70 MmHg, N: 96x/M, S: 36,5⁰c, RR: 20x/m, Spo2: 99%. **Evaluasi** : Keadaan pasien koma, aktivitas klien dibantu total, TD : 100/70 MmHg, N: 96x/M , S: 36,5⁰c, RR: 20x/m, Spo2: 99%, terpasang infus NaCl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.

B. Pembahasan

Pemberian asuhan keperawatan Nn. W. T dengan diagnosa medis ulkus diabetikum menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi . Dalam pembahasan akan di lihat kesenjangan antara teori dan praktik (kasus nyata) , yang ditemukan pada klien Ny. W.T di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.

1. Pengkajian

Pengkajian pada Ny. W. T dengan diagnosa medis ulkus diabetikum ditemukan data pada keluhan utama keluarga mengatakan luka dibagian kaki kiri yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, Menurut (James, 2008 Mark & Warren, 2007). Tanda dan gejala ulkus diabetikum yaitu : Umumnya pada daerah kaki, Sering kesemutan, nyeri kaki saat istirahat, Kelainan bentuk kaki, deformitas kaki, luka biasanya dalam dan berlubang, sekeliling kulit dapat terjadi selusitis, hilang atau berkurangnya sensasi nyeri, biasanya tampak merah dan terdapat eksudat, edema dan nekrosis, kerusakan ujung saraf perifer. Berdasarkan data tersebut diatas menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana data yang tidak di temukan pada kasus nyata adalah kelainan bentuk kaki, deformitas kaki, hal ini belum sampai pada neuropati motorik dan pasien masih melakukan aktivitas walaupun terbatas serta sebagian aktivitas di bantu oleh keluarga. Menurut Saberzadeh- Ardestani et al, 2018 neuropati motorik menyebabkan terjadinya atrofi otot, perubahan biomekanik,

deformitas pada kaki dan redistribusi tekanan pada kaki hal tersebut akan mengarahkan pada terjadinya ulkus.

Berdasarkan hal tersebut di atas maka dapat di simpulkan bahwa tanda dan gejala pada penderita ulkus diabetikum masing-masing orang berbeda tergantung dari lamanya menderita dan kecepatan dalam melakukan pengobatan dan perawatan. Hal ini sejalan dengan hasil studi kasus yang di lakukan penulis Ratu Alkhar (2020), dan Meliana Rafu (2020), dimana tanda dan gejala yang di temui yaitu luka pada daera kaki, luka biasanya dalam dan berlubang, hilang atau berkurangnya sensasi nyeri, terdapat eksudat, edema, jaringan nekrotik.

2. Diagnosa medis

Secara teori diagnosa medik untuk kasus ulkus diabetikum ada 4 diagnosa

- 1). nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisologis
- 2). Resiko Infeksi berhubungan dengan Penyakit kronis (Diabetes melitus)
- 3) gangguan integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer.
- 4) gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

sedangkan diagnosa keperawatan yang di angkat pada pasien Ny. W.T hanya tiga diagnosa yaitu : 1) resiko infeksi, 2) gangguan integritas kulit, 3) gangguan mobilitas fisik. Hal ini menunjukkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata dimana pada kasus hanya diangkat tiga diagnosa dimana data yang tidak di temukan pada kasus adalah diagnosa nyeri akut tidak di tegakan karena saat melakukan pengkajian tidak di temukan data yang mendukung seperti gelisah, meringis kesakitan, karena kesadaran pasien

menurun. Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata berarti tidak semua penderita ulkus diabetikum di tegakan diagnosa seperti pada teori namun tergantung dari kondisi pasien dan kecepatan dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan sebelumnya. Hal ini sejalan dengan studi kasus yang di lakukan oleh Ratu Alkhar pada tahun 2020 dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan masalah ulkus diabetikum di RS Samarinda “ dimana diagnosa yang di angkat yaitu 1) Resiko infeksi, 2) Gangguan integritas jaringan, 3) Gangguan mobilitas fisik.

3. Intervensi keperawatan

Semua intervensi baik pada tinjauan teoritis maupun pada tinjauan kasus adalah sama intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang di lakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya. Semua intervensi dari diagnosa keperawatan 1-3 telah di laksanakan dengan baik karena adanya peran serta klien dan keluarga dalam membantu perawat di dalam memberikan data-data dan bekerja sama dengan perawat saat melaksanakan intervensi keperawatan, namun beberapa intervensi yang tidak di ambil, di karenakan kesadaran pasien somnolen.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Ny. W.T dengan diagnosa medis ulkus diabetikum berdasarkan tiga diagnosa yangt teah di temukan selama 3 hari. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari

masing-masing diagnosa yang berisi tindakan prealitis mulai dari mengkaji TTV, mengkaji keadaan umum, hingga tindakan mandiri klien, dengan tujuan mengatasi masalah-masalah keperawatan mulai dari resiko infeksi, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik. Hasil implementasi diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam ketiga masalah diatas dapat teratasi. Implementasi pertama dilaksanakan pada tanggal 04 juli 2022, hari kedua dilaksanakan pada tanggal 05-06 juli 2022. Semua implementasi pada kasus nyata telah dilaksanakan berkat adanya kerjasama antar pasien, keluarga dan tenaga kesehatan. Tidak ada perbedaan antara teori dan kasus .

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan melalui catatan perkembangan selama 3 hari. Pada kasus Ny. W. T evaluasi dapat di analisa berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Pada evaluasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi atau rencana kegiatan dari masing-masing diagnosa yang terdapat pada kasus nyata Ny. W. T yaitu untuk masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi, masalah keperawatan gangguan integritas belum teratasi, Untuk masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi belum teratasi. Untuk masalah keterbatasan studi kasus, dalam sttudi kasus ini terdapat hal-hal yang menghambat jalanya studi kasus antara lain waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, kesulitan untuk mencari referensi sebagai bahan acuan teori. Implikasi untuk keperawatan yaitu beberapa peran

perawata yang di temukan dalam studi kasus ini antara lain: 1. Sebagai pendidik: memberikan informasi berupa pengajaran tentang merawat luka secara mandiri di rumah. Pada studi kasus nyata di temukan perawat menjelaskan sudah mengerti dengan apa yang sudah di jelaskan oleh perawat. 2. sebagai advokat : tindakan perawat dalam mencapai suatu kepentingan pasien atau bertindak untuk mencegah kesalahan yang tidak di inginkan ketika pasien sedang menjalani pengobatan. Pada studi kasus nyata di temukan perawat selalu mendampingi pasien apabila pasien mengalami kesulitan dan membutuhkan bantuan. 3. Sebagai pemberi keperawatan: memberikan perawatan secara langsung pada individu, keluarga, kelompok. Pada studi kasus nyata di temukan perawat melakukan Asuhan Keperawatan langsung pada pasien Ny. W. T.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengkajian dari studi kasus pada klien Ny. W. T dan didukung oleh tinjauan teoritis maka dapat di tarik kesimpulan bahwa:

1. Data pengkajian pada pasien Ny. W. T degan diagnosa ulkus diabetikum ditemukan data hampir semuanya sesuai dengan ada di teori. Keluarga klien mengatakan luka di kaki kiri, gatal-gatal lalu timbullah bisul, sulit bergerak, luka bau, luka tidak sembuh-sembuh, adanya ulat pada luka, luas luka 15 cm, kedalaman luka 10 cm, aktivitas di bantu total , TD: 110/70 Mmhg, Nadi: 96x/m, suhu: 36,5⁰c, Spo2: 99%.
2. Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang di angkat pada kasus Ny. W. T yaitu Infeksi berhubungan dengan Hiperglikemia, gangguan integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi.
3. Semua intervensi telah direncanakan sesuai dengan masing- masing diagnosa dan di laksanakan dengan kemampuan perawat serta kesepakatan dengan pasien dan keluarga.
4. Implementasi keperawatan telah dilaksanakan dengan baik berkat kerjasama dan peran serta klien. Keluarga dan di didukung oleh ketaatan penderita dalam mengkonsumsi obat ulkus diabetikum secara teratur. Setelah dilakukan keperawatan dan pengobatan selama 3x24 jam terhadap klien Ny. W. T diperoleh hasil bahwa masalah Infeksi belum teratasi,

gangguan integritas Jaringan belum teratasi, gangguan mobilitas fisik belum teratasi.

5. Evaluasi di laksanakan selama tiga hari , hasil evaluasi menunjukkan bahwa 3 masalah aktual pada pasien belum teratasi.
6. Ada kesenjangan antara Teori data yang di temukan pada kasus nyata, dimana adanya kesenjangan pada diagnosa yaitu pada teori diagnosa yang di angkat Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri, sedangkan yang di angkat pada kasus nyata nyata adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi.

Pada intervensi terdapat kesenjangan dimana pada diagnosa Gangguan mobilitas fisik terdapat 7 intervensi tetapi pada kasus nyata yang di lakukan hanya 3 intervensi.

B. Saran

1. Bagi perawat

Perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada klien dengan ulkus diabetikum

2. Bagi institusi pendidikan

Meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan

3. Bagi klien

Memperhatikan pola hidup yang sehat dan sarana praktek , perpustakaan dan praktek laboratorium yang efektif.teratur untuk berobat ulkus diabetikum dan mematuhi segala anjuran yang di sampaikan oleh petugas kesehatan, mengotrol kadar gula darah secara rutin agar tidak terjadinya komplikasi yang tidak di inginkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Agatha, R., & Aveonita, R., (2015). Effect of aloe vera in lowering blood glucose levels on diabetes melitus. *J Majority*, 4, 104-109, Retrieved from <https://juke.kedokteran.Unila.ac.id/index.php/majority/article/view/533>.
- Aini, N & Aridiana, L.M. 2016. *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Endokrin Dengan Pendekatan NANDA NIC-NOC*. Jakarta Selatan: Salemba Medika
- Antara, H., Keluarga, D., Harga, D., Diabetikum, P. U., & Ruslan, D. K. (2016). *NASKAH PUBLIKASI Diajukan sebagai salah satu syarat untuk meraih gelar Sarjana Keperawatan Disusun Oleh* : 1–30.
- Apsari, N. 2021. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Ulkus Diabetikum Di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan*. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1504/>.
- Arnold, S, V., Inzucchi, S. E., Echouffo-Tcheugui, J. B., Tang, F., Lam, C.S.P., Sperling, L. S., & Kosiborod, M. (2019). Understanding contemporary use of thiazolidinediones an analysis from the diabetes collaborative registry. *Circulation: Heart Failure*, 12(6), 1-5. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.18.005855>.
- Chawla, A., Chawla, R., & Jaggi, S., (2016). Microvascular and macrovascular complications in diabetes melitus: Distinct or continuum *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 20(4), 546-553. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.183480>.
- Dafianto, R. 2016. Pengaruh otot progresif terhadap resiko ulkus kaki diabetik pada pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah kerja puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember. Skripsi. Jember: Universitas Jember.
- Dafriani, P., Niken, N., Ramadhani, N., & Marlinda, R. (2020). Potensi Virgin Coconut Oil (VCO) Pada Minyak Herbal Sinergi (MHS) Terhadap Ulkus Diabetes. *JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal)*, 7(1), 51–56. <https://doi.org/10.33653/jkp.v7i1.418>.
- Faiz, O. Moffat. D. 2003. *Anatomy at a Glance*. In: Safitri A, editor: Erlangga.
- Handayani, W. dan Haribowo, A.S 2008. "Buku Ajar Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Hematologi." Salemba Medika: Jakarta
- Hariani, L. Perdanakusuma, David, S. 2012. *Perawatan Ulkus Diabetes*, Media Jurnal Rekontruksi & Estetik, Volume: 1 No.1 Terbit: 07-2012

- Kochar Kaur, K., Allahbadia, G., & Singh, M. (2019). Importance of Simultaneous Treatment of Obesity and Diabetes Melitus, A. Sequelae to the Understanding of Diabesity-A, Review. *Obesity Research-Open Journal*, 6 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1740/oroj-6-136>.
- Kemenkes, RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar. RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Marissa, N., & Ramadhan, N. (2017). Kejadian ulkus berulang pada pasien diabetes mellitus. *Sel Jurnal Penelitian Kesehatan*, 4(2), 91–99. <https://doi.org/10.22435/sel.v4i2.1471>.
- Mutaqqin, Arif. dan Kumala Sari. 2019. Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan. Jakarta: Salemba Medika
- Nasution, F., & Siregar, A. A. (2020). Edukasi Pencegahan Risiko Diabetes Melitus pada Masyarakat di Pengabdian Pematang Bandar Simalungan. *Harapan Ibu (JPHI)*. 2(2) 35-42, <https://doi.org/10.30644/jphi.v1i1.416>.
- Parkeni, (2013). Konsesus Pengelolaan dan Pencegahan Risiko Diabetes Melitus Tipe 2 d Indonesia. Jakarta: Pengurus Besar Perkumpulan Endokrinologi Indonesia.
- Puspasari, A. Udiyono, and S. Yuliawati, "Gambaran Karakteristik Pasien Komplikasi Diabetes Di Rumah Sakit Kristen Ngesti Waluyo Parakan". *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, Vol.5, no.3,pp.107-112.Aug.2017
- Putri, R. A. S, (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Pre Dan Post Debridement Yang Dirawat Di Rumah Sakit. <http://repository.poltekkeskaltim.ac.id/1073/1/KTI%20RATU%20ALKHAR%20SAHBANA%20PUTRI.pdf>.
- Priscilla, Lemone. dkk. (2017). Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah, Jakarta: EGC
- Rawu, M. 2020 Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diabetes melitus Ulkus pedis sinistra di RRUuang Cempaka Rumah Sakit Polri Titus Ullly. <http://repository.poltekes.kemenkes-kupang.ac.id/1554/>.
- Saberzadeh- Ardestani, B., Karamzadeh, R., Basri, M., Hajizadeh-Saffar, E., Farhadi, A., Shapiro, A, M.J., Baharvand, H., (2018). Type 1 diabetes melitus: cellular and molecular pathophysiology at a glance. *Cell Journal*, 20(3), 294-301. <https://doi.org/10.22074/cellj.2018.5513>.

Setyawati, L.M, Endang S, Wijaya, 2006. Hubungan Shift Kerja Dengan Gangguan Tidur Dan Kelelahan Kerja Perawat Instansi Rawat Darurat RS DR. Sardijo Yogyakarta, Sains Kesehatan vol 19(2). Pp. 235-245.

Siburian, N. D., Batubara, K., & Wahyuni, S. (2021). Pendidikan Kesehatan Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 yang Mengalami Ulkus Diabetikum Dengan Gangguan Konsep Diri: Citra Tubuh Di Rumah Sakit Tk II Putri Hijau Medan 2021. *Jurnal Studi Keperawatan*, 2(2), 1–7. <http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/J-SiKep>.

Tim Pokja PPNI (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia :Definisi Dan Indikator Diagnostik.Edisi 1.Jakarta.DPP.PPNI

Tim Pokja PPNI (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia :Definisi Dan Indikator Diagnostik.Edisi 1.Jakarta.DPP.PPNI

Tim Pokja PPNI (2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia :Definisi Dan Indikator Diagnostik.Edisi 1.Jakarta.DPP.PPNI

World Health Organization (WHO). 2016. Asthma Fact Sheets. Diunduh dari <https://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs307/en/> 30Agustus2016.

INFORMED CONSENT
PERSETUJUAN MENJADI PASRTISIPAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Susana Rianti Karot dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende"

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

Ende, Juli 2022

Saksi Persetujuan


Rahmat Amirullah

Yang Memberi


Muhanna Rimbahan

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Masalah *Ulkus Diabetikum* di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan anak pada pasien dengan masalah *Ulkus Diabetikum* di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui tentang *Ulkus Diabetikum*, klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan *Ulkus Diabetikum*. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksana berupa asuhan keperawatan (pengkajian / pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan / memperburuk status kesehatan Bapak / Ibu / Saudara
4. Keuntungan yang Bapak / Ibu / Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak / Ibu / Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak / Ibu / Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak / Ibu / Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081335818728

Ende, Juli 2022
Peneliti,



Susana Rianti Karot
PO.530320219921

FORMAT LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN



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



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.W.T DENGAN DIAGNOSA MEDIS ULKUS DIABETIKUM DI RPB RSUD ENDE

A. Pengkajian

1. Pengumpulan data

a. Identitas

1) Identitas pasien

Nama : Ny. W. T
Tempat tanggal lahir : Mbongawangi, 26 Juli 1973
Jenis kelamin : perempuan
Umur : 49 tahun
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Alamat : Mbongawani
No RM : 128283
Tanggal masuk RS : 03 Juli 2022

2) Identitas penanggung jawab

Nama : Tn. R. J
Umur : 49 tahun
Hubungan dengan klien : suami
Agama : Islam
Alamat : Mbongawani

Waktu dan tanggal pengobatan

Obat- obat yang terakhir di pakai

NO	NAMA OBAT	DOSIS	PEMBERIAN
1	Ondansetron HCL Dihydrate	4 mg / 2 mg	IV
2	Ceftriaxone Sodium	1 gram	IV
3	Sankorbion	10 mg / ml	IV
4	Furosemide	10 mg / ml	IV
5	Levomir	3 ml	IV
6	Noverapid	3 ml	IV

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama : Keluarga klien mengatakan luka dibagian kaki kiri yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, adanya rasa kesemutan atau rasa berat pada kaki bagian kiri, nyeri pada luka

2) Riwayat kesehatan sekarang:

keluarga klien mengatakan klien masuk rumah sakit dengan keluhan luka pada kaki kiri, sebelum luka muncul, klien mengeluh kesemutan pada kaki bagian kiri, mata kabur, gatal-gatal lalu munculnya seperti bisul di ibu jari bagian kiri, awalnya dianggap sebagai bisul biasa saja lama- kelamaan bisul itu semakin membesar menjadi luka dan tidak sembuh-sembuh, berbau, adanya ulat kecil pada luka.

Pada tanggal 29-06-2022 luka direndam dengan air laut dan digosok menggunakan minyak , karena tidak ada perubahan, luka semakin bau dan dan keadaan klien sudah tidak sadar maka pada tanggal 03-07-2022 keluarga klien mengantarkan klien ke IGD, keadaan umum klien somnolen, terpasang infus di tangan kiri Nacl 0,9 20 tpm, terpasang NGT tertutup

3) Riwayat penyakit dahulu : Keluarga mengatakan klien pernah mempunyai riwayat gula darah tinggi, cek gula darah terakhir di Puskesmas rukun lima pada bulan april 2022, dan mendapat obat metformin 3x1 dan klien minum obat secara teratur

4) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga klien mengatakan bahwa keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan klien

c. Pengkajian perpola

1) Pola aktivitas

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien dapat melakukan aktivitas seperti biasa tanpa dibantu keluarga serta melakukan aktivitas sebagaimana ibu rumah tangga, tidak ada keluhan ketika klien melakukan aktivitas, saat ini aktivitas klien dibantu total, tidak bisa bergerak, tampak lemah, letih, keadaan umum pasien somnolen

2) Pola sirkulasi

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit tidak ada pembengkakan pada kaki bagian kiri, saat sakit dan adanya luka muncullah pembengkakan pada ekstermitas bawah bagian kiri.

3) Pola eliminasi

keluarga klien mengatakan BAK klien sebelumnya sering kencing, terlebih pada malam hari biasa 8-10 kali, saat ini klien memakai pempers, BAB sebelumnya 2 kali sehari dengan konsisten padat, tidak ada keluhan saat BAB, saat dilakukan pengkajian klien belum BAB

4) Pola nutrisi/ cairan

keluarga klien mengatakan klien makan 3-4 kali sehari bahkan bisa lebih dari itu dengan porsi banyak dan dihabiskan karena klien sering merasa kelaparan, klien biasa mengkonsumsi menu seperti nasi, sayur, ikan, kadang-kadang daging, klien tidak ada pantangan dalam makanan, untuk cairan keluarga klien mengatakan klien

juga sering minum air biasanya dalam sehari 10-12 kali. Saat ini klien mengkonsumsi diet susu diabetasole 200 cc/ 3 jam melalui NGT dan dihabiskan

5) Pola istirahat dan tidur

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien tidak pernah istirahat siang, tidur malam biasa jam 22.00 dan bangun pagi jam 05.00, saat ini kesadaran umum pasien somnolen.

6) Neurosensori

keluarga klien mengatakan sebelumnya klien tidak ada gangguan pada penglihatan, saat ini klien mengalami gangguan penglihatan atau mata kabur bagian kiri semenjak bulan februari 2022

7) Nyeri/ kenyamanan

Keluarga klien mengatakan sebelumnya klien mengeluh nyeri di kaki yang luka, biasanya klien berteriak jika tidak bisa menahan nyeri, saat ini keadaan pasien somnolen penulis tidak bisa mengkaji nyeri.

8) Pernapasan

Keluarga klien mengatakan sebelumnya klien tidak pernah mengalami gangguan pernapasan, saat ini klien tidak mengalami gangguan pernapasan.

9) Pola reproduksi

Keluarga klien mengatakan bahwa tidak ada gangguan reproduksi pada klien

10) Pola persepsi kesehatan

Keluarga klien mengatakan bahwa klien sering makan dengan porsi yang makan yang banyak, klien biasa mengkonsumsi nasi, ikan, dan kadang daging, klien juga suka makan jajanan seperti roti jika sudah selesai makan nasi, bahkan tidak ada pantangan makanan pada klien.

d. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum : somnolen, TD 100/70 Mmhg, Nadi 96x/ menit, suhu 36,7⁰c, RR 20x/m, spo2 99%

I : Terdapat luka pada kaki bagian kiri, luka tampak bau, adanya ulat pada luka, warna dasar luka putih, pembengkakan pada kaki kiri, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah- pecah, kemerahan di tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, terdapat jaringan nekrotik, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 2 cm, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses

P : Terdapat eksudat, terdapat PUS pada luka, adanya cairan bercampur darah

P : -

A : -

e. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan Urine

Hari/tanggal : 03/07/2022

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI NORMAL	HASIL
1	Glukosa sewaktu	70-140 mg/dl	567
2	SGOT/AST	0-35 U/L	18,3
3	SGPT/ALT	4-35 U/L	21,0
4	Albumin	3,4-4,8 U/L	3,2
3	Ureum	10-50 mg/dl	238,8
4	Creatinin	0,6-1,2 mg/dl	3,13
5	Natrium	135-145 mmol/L	119
6	Kalium	3,5-5,1 mmol/L	5,6
7	Chlorida	98-106 mmol/L	99
8	HbsAG	Negatif	Negatif

Hari/tanggal : 05/07/2022

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI NORMAL	HASIL
1	Glukosa puasa	<100 mg/dl	282
2	Glukosa 2 jam PP	<140 mg/dl	320
3	Ureum	10-50 mg/dl	195,4
4	Creatinin	0,6-1,2 mg/dl	1,75
5	Natrium	135-145 mmol/L	142
6	Kalium	3,5-5,1 mmol/L	4,2
7	Chlorida	98-106 mmol/L	119
8	Albumin	3,5-4,8 g/dl	3,2

2) Pemeriksaan Darah Lengkap

Hari/tanggal : 03/07/2022

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI NORMAL	HASIL
1	WBC	3,60-11,00 {10 ³ /uL}	16,72
2	LYMPH#	1,00-3,70 {10 ³ /uL}	0,90
3	MONO#	0,00-0,70 {10 ³ /uL}	0,97
4	EO#	0,00-0,40 {10 ³ /uL}	0,00
5	BASO#	0,00-0,10 {10 ³ /uL}	0,01
6	NEUT#	1,50-7,00 {10 ³ /uL}	14,84
7	LYMPH%	25,0-40,0 {%}	5,4
8	MONO%	2,0-8,0 {%}	5,8
9	EO%	2,0-4,0 {%}	0,0
10	BASO%	0,0-0,10 {%}	0,1
11	NEUT%	50,0-70,0 {%}	88,7
12	IG#	0,00-7,00 {10 ³ /uL}	0,01
13	IG%	0,0-72,0 {%}	0,1
14	RBC	3,80-5,20 {10 ⁶ /uL}	3,41
15	HGB	11,7-15,5 {g/dL}	7,5
16	HCT	35,0-47,0 {%}	20,3
17	MCV	80,0-100,0 {fL}	59,5
18	MCH	26,0-34,0 {pg}	22,0
19	MCHC	32,0-36,0 {g/dL}	36,9
20	RDW-SD	37,0-54,0 {fL}	32,5
21	RDW-CV	11,5-14,5 {%}	15,0
22	PLT	150-440 {10 ³ /uL}	260
23	MPV	9,0-13,0 {fL}	10,7
24	PCT	0,17-0,35 {%}	0,28
25	PDW	9,0-13,0 {fL}	13,0

Hari/tanggal : 05/07/2022

NO	JENIS PEMERIKSAAN	NILAI NORMAL	HASIL
1	WBC	3,60-11,00 {10 ³ /uL}	11,75
2	LYMPH#	1,00-3,70 {10 ³ /uL}	0,92
3	MONO#	0,00-0,70 {10 ³ /uL}	0,63
4	EO#	0,00-0,40 {10 ³ /uL}	0,01
5	BASO#	0,00-0,10 {10 ³ /uL}	0,00
6	NEUT#	1,50-7,00 {10 ³ /uL}	10,19
7	LYMPH%	25,0-40,0 {%}	7,8
8	MONO%	2,0-8,0 {%}	5,4
9	EO%	2,0-4,0 {%}	0,1
10	BASO%	0,0-0,10 {%}	0,0
11	NEUT%	50,0-70,0 {%}	86,7
12	IG#	0,00-7,00 {10 ³ /uL}	0,10
13	IG%	0,0-72,0 {%}	0,09
14	RBC	3,80-5,20 {10 ⁶ /uL}	4,02
15	HGB	11,7-15,5 {g/dL}	9,2
16	HCT	35,0-47,0 {%}	26,1
17	MCV	80,0-100,0 {fL}	64,9
18	MCH	26,0-34,0 {pg}	22,9
19	MCHC	32,0-36,0 {g/dL}	35,2
20	RDW-SD	37,0-54,0 {fL}	42,4
21	RDW-CV	11,5-14,5 {%}	18,6
22	PLT	150-440 {10 ³ /uL}	205
23	MPV	9,0-13,0 {fL}	10,8
24	PCT	0,17-0,35 {%}	0,22
25	PDW	9,0-13,0 {fL}	13,0
26	P-LCR	13,0-43,0 {%}	33,0

2. Tabulasi data

Keluarga klien mengatakan luka dibagian kaki kiri, kesemutan atau rasa berat, mata kabur, gatal-gatal lalu timbulah bisul, klien tidak bisa bergerak, lemah, luka tidak sembuh dan berbau, adanya ulat, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, adanya cairan bercampur darah, kemerahan ditepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka : 15 cm lebar luka 10 cm, kedalaman luka 2 cm, keadaan umum pasien somnolen, aktivitas klien di bantu total, pembengkakan pada kaki bagian kiri, terpasang infus di tangan sebelah kiri Nacl 0,9 % 20 tpm, terpasang NGT tertutup, TD: 110/70 Mmhg, nadi 96x/menit, suhu: 36,5⁰, RR: 20x/menit, Spo2 : 99%

3. Klasifikasi data

DS : Keluarga klien mengatakan luka di kaki kiri, kesemutan atau rasa berat, gatal-gatal lalu timbullah bisul, mata kabur, klien sulit bergerak, lemah

DO : Keadaan umum pasien somnlen, terdapat luka yang tidak sembuh dan berbau, ada ulat pada luka, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah- pecah, edema pada kaki kiri, adanya cairan bercampur darah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, terdapat jarngan nekrotik, terdapat eksduadat, derajat luka III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka : 15cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 2 cm, aktivitas dibantu total, terpasang infus di tangan sebelah kiri Nacl 0,9 % 20 tpm, terpasang NGT tertutup, TD: 110/70 Mmhg, nadi 96x/menit, suhu: 36,5⁰, RR: 20x/menit, Spo2 : 99%

4. Analisa data

No	Sign / symptom	Etiologi	Problem
1	<p>DS : Keluarga klien mengatakan gatal-gatal pada kulit lalu timbullah bisul, luka pada kaki kiri</p> <p>DO : Keadaan umum pasien somnolen, terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 2 cm, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses</p>	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit
2	<p>DS : -</p> <p>DO : Adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, kadar leukosit pasien mengalami peningkatan 16.72, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka</p>	Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus)	Resiko infeksi
3	<p>DS : Keluarga klien mengatakan sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah</p> <p>DO : Keadaan umum somnolen, aktivitas di bantu total</p>	Kekakuan sendi	Gangguan mobilitas fisik

5. Prioritas masalah

- a. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (mis. Diabetes melitus)
- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perfusi perifer
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan kekakuan sendi

B. Diagnosa keperawatan

1. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (mis.diabetes melitus) ditandai dengan

DS : -

DO : Adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien mengalami peningkatan 16.72, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.

2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perfusi perifer dan ditandai dengan

DS : Keluarga klien mengatakan gatal-gatal pada kulit lalu timbulah bisul, luka pada kaki kiri

DO : Keadaan umum somnolen, terdapat luka yang tidak sembuh luka yang tidak sembuh-sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah- pecah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka 15 cm, luas luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm.

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi dan ditandai dengan

DS : Keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah

DO : Keadaan pasien somnolen , aktivitas klien dibantu total

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	<p>DS ; -</p> <p>DO : Adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien mengalami peningkatan 16.72, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.</p>	<p>Setelah di lakukan tindakan 3x24 jam di harapkan masalah resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kemerahan menurun 3. Bengkak menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi pengunjung 2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi - Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan - Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian terapi
2	<p>DS : Keluarga klien mengatakan gatal-gatal pada kulit lalu timbul bisul, luka pada kaki kiri</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan masalah gangguan integritas kulit teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - Obsevasi 1. Monitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran, dan bau) 2. Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih

	<p>DO : Keadaan umum somnolen, terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka 15 cm, luas luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Hidrasi meningkat 3. Perfusi jaringan meningkat 4. Kerusakan jaringan menurun 5. Kerusakan lapisan kulit menurun 6. Suhu kulit membaik 7. Tekstur membaik 	<p>nontoksik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Bersihkan cairan nekrotik 4. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka <ul style="list-style-type: none"> - Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri - Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik
--	---	---	---

3	<p>DS : Keluarga klien mengatakan sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah</p> <p>DO : Keadaan umum somnolen, aktivitas di bantu total, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan bagian kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup</p>	<p>Setelah di lakukan tindakan 3x 24 jam di harapkan masalah gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 4. Nyeri menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi - Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
---	--	---	--

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/ tanggal	No.dx	Jam	Implementasi keperawatan	Evaluasi
Senin , 04 Juli 2022	1	09.00	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Hasilnya : Adanya luka di bagian kaki kiri yang berbau, ada ulat pada luka, luka tidak sembuh-sembuh, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, kemerahan di tepi luka, pembengkakan pada kaki kiri</p>	<p>S : -</p> <p>O : Keadaan umum somnolen adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit 16.72, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus, terpasang infus Nacl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.</p> <p>A : Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Intervensi di lanjutkan 1, 3, 4, 5, 6, 7</p>
		09.06	<p>Membatasi pengunjung</p> <p>Hasilnya : Keluarga klien mengatakan bahwa akan mengikuti anjuran yang di berikan oleh perawat demi kebaikan pasien</p>	
		09.10	<p>Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Hasil : Keluarga klien mengulangi kembali teknik aseptik dengan cara mencuci tangan yang benar.</p>	
		09.15	<p>Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Hasil : Keluarga klien mendengarkan dan bisa menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi yang di jelaskan</p>	

		09.18	Mengajarkan cara mencuci tangan yang benar Hasil: Keluarga klien bisa melakukan sendiri cara mencuci tangan yang baik dan benar.menganjurkan	
		09.20	Menganjurkan meningkatkan asupan cairan Hasil : Klien mendapatkan diet susu diabetasole 200 cc/ NGT sesuai anjuran dokter	
		09.30	Mengkolaborasi pemberian terapi Hasil : K\lien mendapatkan terapi obat ceftriaxone sodium 1 gram/ IV dan terapi furosemide 10 mg/ IV	
Senin , 04 Juli 2022	2	09.40	memonitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran, dan bau) Hasil : warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan kulit luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, ukuran luka : 15 cm, luas luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, luka tampak bau.	S : keluarga klien mengatakan klien gatal-gatal pada kulit lalu timbullah bisul, luka pada kaki kiri O : keadaan umum pasien somnolen, terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka,

		10.00	Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik Hasil : luka dibersihkan menggunakan cairan Nacl 0,9 %	derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm,
		10.05	membersihkan jaringan nekrotik Hasil : perawat menggunting jaringan mati yang ada pada luka pasien	terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.
		10.10	Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi Hasil: luka klien setelah dibersihkan dengan cairan Nacl luka di gosok dengan madu asli nusantara dan tempel menggunakan kasa steril	A : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P : intervensi di lanjutkan 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
		10.00	Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Hasil : sebelum merawat luka perawat menggunakan handcon tidak steril untuk membuka kasa yang menutupi luka, setelah sudah di buka semuanya perawat menggantikan menggunakan handscon steril dan membersihkan luka menggunakan cairan Nacl	
		10.15	Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri	

		10.30	<p>Hasil : keluarga klien mendengarkan edukasi dan memperhatikan cara perawatan luka yang di lakukan perawat</p> <p>Mengkolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>Hasil: klien mendapatkan terapi obat sankorbin 5 ml/IV</p>	
Senin , 04 Juli 2022	3	10.40	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</p> <p>Hasil : klien belum bisa melakukan pergerakan</p>	<p>S : keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah</p> <p>O : keadaan umum somnolen, aktivitas klien di bantu total, TD: 100/70 MmHg, Nadi: 96x/m, Suhu: 36,5⁰, SpO2 : 99%, terpasang infus Nacl 0,9 %, terpasang NGT tertutup.</p> <p>A : masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan 2, 3, 5</p>
		10.50	<p>Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi</p> <p>Hasil : TD : 100/70 MmHg, Nadi : 96x/m, Suhu : 36,5⁰, RR: 20x/m, SpO2 : 99%</p>	
		10.55	<p>Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>Hasil: keluarga klien mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi</p>	

Hari / tanggal	No dx	Jam	Implementasi keperawatan	Evaluasi
Selasa , 05 Juli 2022	1	08.05	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematis</p> <p>Hasil : adanya luka dibagian kaki kiri yang berbau, ada ulat pada luka, luka tidak sembuh-sembuh, adanya cairan bercampur darah pada luka, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus, kemerahan di tepi luka, pembengkakan pada kaki kiri</p>	<p>S :</p> <p>O : keadaan umum somnolen, adanya luka berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien mengalami penurunan dari 16.72 menjadi 11.75, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan bagian kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup</p> <p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi di lanjutkan 1, 3, 6, 7</p>
		08.10	<p>Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Hasil : keluarga klien mengulangi kembali teknik aseptik dengan cara mencuci tangan yang benar.</p>	
		08.15	<p>Menganjurkan meningkatkan asupan</p>	

		08.30	<p>cairan</p> <p>Hasil : klien mendapatkan diet susu diabetasole 200 cc/ NGT sesuai anjuran dokter</p> <p>Mengkolaborasi pemberian terapi</p> <p>Hasil : klien mendapatkan terapi obat ceftriaxone sodium 1 gram/ IV dan terapi furosemide 10 mg/ IV</p>	
Hari , selasa 05 Juli 2022	2	08.05	<p>memonitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran, dan bau)</p> <p>Hasil : warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan kulit luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, ukuran luka : 15 cm, luas luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, luka tampak</p>	<p>S : keluarga klien mengatakan gatal-gatal pada kulit lalu timbulah bisul, luka pada kaki kiri</p> <p>O : keadaan umum somnolen, terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerarahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu</p>

		<p>08.40</p> <p>Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik</p> <p>Hasil : luka dibersihkan menggunakan cairan Nacl 0,9 %</p>	<p>dengan dasar luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri</p>
		<p>08.50</p> <p>membersihkan jaringan nekrotik</p> <p>Hasil : perawat menggunting jaringan mati yang ada pada luka pasien</p>	<p>20 tpm, terpasang NGT tertutup.</p> <p>A : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p>
		<p>09.00</p> <p>Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi</p> <p>Hasil: luka klien setelah di bersihkan dengan cairan Nacl luka di gosok dengan madu asli nusantara dan tempel menggunakan kasa steril</p>	<p>P : intervensi di lanjutkan 1, 2, 3, 4, 8</p>
		<p>08.05</p> <p>Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Hasil : sebelum merawat luka perawat menggunakan handcon</p>	

		09.10	<p>tidak steril untuk membuka kasa yang menutupi luka, setelah sudah di buka semuanya perawat menggantikan menggunakan handscon steril dan membersihkan luka menggunakan cairan Nacl</p> <p>Menganjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>Hasil : keluarga klien mendengarkan edukasi dan memperhatikan cara perawatan luka yang di lakukan perawat</p>	
		09.20	<p>Mengkolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>Hasil: klien mendapatkan terapi obat sankorbin 5 ml/IV</p>	
Selasa , 05 Juli 2022	3	10.00	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</p> <p>Hasil : klien belum bisa melakukan pergerakan</p>	<p>S : keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah</p>

		10.05	<p>Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi</p> <p>Hasil : TD : 100/70 MmHg, Nadi : 96x/m, Suhu : 36,5⁰, RR: 20x/m, Spo2 : 99%</p>	<p>O : keadaan umum somnolen, aktivitas di bantu total, TD: 100/70 MmHg, Nadi : 96x/m, Suhu : 36,5⁰c, RR: 20x/m, Spo2: 99%, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.</p>
		10.10	<p>Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>Hasil: keluarga klien mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi</p>	<p>A : masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan 1.2</p>

Hari/ tanggal	No dx	Jam	Implementasi keperawatan	Evaluasi
Rabu , 06 Juli 2022	1	08.05	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik</p> <p>Hasil : adanya luka dibagian kaki kiri yang berbau, ada ulat pada luka, luka tidak sembuh-sembuh, adanya cairan bercampur darah pada luka, terdapat jaringan</p>	<p>S :</p> <p>O : keadaan umum koma, adanya luka berbau, adanya ulat pda luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien mengalami penurunan dari 16.72 menjadi 11.75, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan</p>

		<p>08.10 nekrtik, terdapat eksudat, terdapat pus, kemerahan di tepi luka, pembengkakan pada kaki kiri</p> <p>Mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>Hasil : keluarga klien mengulangi kembali teknik aseptik dengan cara mencuci tangan yang benar.</p>	<p>nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan bagian kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup</p> <p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi di lanjutkan 1, 3, 6, 7</p>
		<p>08.15 Menganjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Hasil : klien mendapatkan diet susu diabethasole 200 cc/ NGT sesuai anjuran dokter</p>	
		<p>08.30 Mengkolaborasi pemberian terapi</p> <p>Hasil : klien mendapatkan terapi obat ceftriaxone sodium 1 gram/ IV dan terapi furosemide 10 mg/ IV</p>	
Rabu , 06 Juli 2022	2	<p>08.05 memonitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran, dan bau)</p> <p>Hasil : warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam, kemerahan pada tepi luka, batasan tepi luka</p>	<p>keluarga klien mengatakan gatal-gatal pada kulit lalu timbullah bisul, luka pada kaki kiri</p> <p>O : keadaan umum koma,</p>

		<p>terlihat menyatu dengan kulit luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, ukuran luka : 15 cm, luas luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, luka tampak bau</p> <p>08.40 Membersihkan luka dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik</p> <p>Hasil : luka dibersihkan menggunakan cairan Nacl 0,9 %</p>	<p>terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerarahan pada tepi luka, batasan tepi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, derajad luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.</p>
		<p>08.50 membersihkan jaringan nekrotik</p> <p>Hasil : perawat menggunting jaringan mati yang ada pada luka pasien</p>	<p>A : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p>
		<p>09.00 Memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi</p> <p>Hasil: luka klien setelah di bersihkan dengan cairan Nacl luka di gosok dengan madu asli nusantara dan tempel menggunakan kasa steril</p>	
		<p>08.05 Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Hasil : sebelum merawat luka perawat menggunakan handcon tidak steril untuk</p>	

		09.20	<p>membuka kasa yang menutupi luka, setelah sudah di buka semuanya perawat menggantikan menggunakan handscon steril dan membersihkan luka menggunakan cairan Nacl</p> <p>Mengkolaborasi pemberian antibiotik</p> <p>Hasil: klien mendapatkan terapi obat sankorbin 5 ml/IV</p>	
Rabu , 06 Juli 2022	3	10.00	<p>Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan</p> <p>Hasil : klien belum bisa melakukan pergerakan</p>	<p>S : keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah</p> <p>O : keadaan umum koma, aktivitas di bantu total, TD: 110/80 MmHg, Nadi: 96x/m, Suhu: 36,5⁰c, RR: 20x/m, Spo2: 99%</p> <p>A : masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi 2, 3</p>
		10.05	<p>Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi</p> <p>Hasil : TD : 100/70 MmHg, Nadi : 96x/m, Suhu : 36,5⁰, RR: 20x/m, Spo2 : 99%</p>	
		10.10	<p>Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>Hasil: keluarga klien mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi</p>	

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari / tanggal	No dx	Catatan perkembangan
1	Rabu , 06 Juli 2022	1	<p>S :</p> <p>O : keadaan umum klien koma, adanya luka yang berbau, adanya ulat pada luka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien 11.75, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup</p> <p>A : masalah resiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi 1, 6, 7</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none">1. jam 08. 00 WITA memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik dengan hasil: adanya luka di kaki kiri yang berbau, ada ulat pada luka, luka tidak sembuh-sembuh, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus, kemerahan di tepi luk, pembengkakan pada kaki kiri2. Jam 08.15 menganjurkan meningkatkan asupan cairan dengan hasil: klien mendapatkan diet susu diabetasole 200 cc/NGT sesuai anjuran dokter3. Jam 08.20 mengkolaborasi pemberian terapi dengan hasil: klien mendapatkan terapi obat ceftriaxone sodium 1 gram/IV dan furosemide 10 mg/IV <p>E : keadaan umum klien koma, adanya luka yang berbau, adanya ulat pada lka, pembengkakan pada kaki kiri, kadar leukosit pasien 11.75, adanya cairan bercampur darah, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.</p>

2		<p>2</p> <p>S : keluarga klien mengatakan klien gatal-gatal pada kulit lalu timbulah bisul, luka pada kaki kiri</p> <p>O : keadaan umum koma, terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka, batasan epi luka terlihat menyatu dengan dasar luka, derajat luka merupakan derajat III sampai ke tulang dan pembentukan abses, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, terpasang Nacl 0,9% di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.</p> <p>A : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan 1, 2, 3, 4, 8</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam 09.00 memonitor karakteristik luka (drainase warna, ukuran, bau) dengan hasil: warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat terdapat pus, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm 2. Jam 09.05 membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih non toksik dengan hasil: luka klien dibersihkan menggunakan cairan Nacl 0,9 % 3. Jam 09.10 membersihkan jaringan nekrotik dengan hasil : perawat menggunting jaringan mati dan ditemukan banyak jaringan mati pada luka pasien 4. Jam 09.15 memberikan salep yang sesuai dengan kulit/lesi dengan hasil: luka klien setelah di bersihkan dengan cairan Nacl, luka di gosok dengan madu asli nusantara dan tempel menggunakan kasa steril 5. Jam 09.20 mengkolaborasi pemberian
---	--	--

			<p>antibiotik dengan hasil : klien mendapatkan terapi sankorbin 5 ml/IV</p> <p>E : keadaan umum klien koma, terdapat luka yang tidak sembuh-sembuh, warna dasar luka putih, lapisan kulit berwarna hitam dan pecah-pecah, kemerahan pada tepi luka, terdapat jaringan nekrotik, terdapat eksudat, terdapat pus pada luka, panjang luka 15 cm, lebar luka 10 cm, kedalaman luka 3 cm, terpasang infus Nacl 0,9 % di tangan kiri 20 tpm, terpasang NGT tertutup.</p>
3		3	<p>S : keluarga klien mengatakan klien sulit bergerak, kesemutan atau rasa berat pada kaki kiri, lemah</p> <p>O : keadaan umum klien koma, aktivitas klien di bantu total, TD : 100/80 MmHg, Nadi : 96x/m, Suhu : 36.5^oc , RR: 20x/m, Spo2 : 99%</p> <p>A : masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan 2, 3</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam 10.00 mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan dengan hasil: klien belum bisa melakukan pergerakan 2. Jam 10.05 memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi dengan hasil : TD: 100/80 MmHg, Nadi: 96x/m, Suhu : 36,5^oc, RR: 20 x / m, Spo2: 99% <p>E : keadaan umum pasien koma, aktivitas klien di bantu total, TD : 100/80 MmHg, Nadi : 96x/m, Suhu : 36.5^oc , RR: 20x/m, Spo2 : 99%</p>

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Susana Rianti Karot
Tempat/Tanggal lahir : Bakit, 11 Agustus 1998
Alamat : Jl. Perwira
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. SDI Lewurla
2. SMPS Gising Subur Wukir
3. SMAS Maximilianus Kolbe

MOTTO

**"RAHASIA KESUKSESAN ADALAH MENGETAHUI
YANG ORANG LAIN BELUM KETAHUI"**

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

NAMA : Susana Rianti Karot
 NIM : PO.530320219921
 PEMBIMBING : IRWAN BUDIANA, M.Kep
 JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.W.T
 DENGAN MASALAH ULKUS DIABETIKUM

No	Hari Tanggal	Hasil Konsul	PARAF PEMBIMBING
		PROPOSAL	
1	Senin, 14/02/2022	1. Konsultasi latar belakang hipertensi 2. Ganti kasus sesuai 10 kasus terbanyak di Ende 3. Ganti kasus appendicitis	
2	Rabu, 16/02/2022	1. Konsultasi via WA mengenai kasus apendicitis 2. Mencari sumberdan teori yang mendukung appendicitis	
3	Kamis, 21/02/2022	1. Ganti lagi kasus menjadi ulkus diabetikum karena teori yang mendukung appendicitis hanya ada tahun 2010 kebawah	
4	Kamis, 03/03/2022	1. konsultasi online latar belakang ulkus diabetikum	
5	Jumad, 04/03/2022	1. gambarkan venomena sebelum teori 2. Lihat panduan penulisan ketukan/spasinya 3. Gunakan referensi lima tahun terakhir 4. Sertakan referensi untuk ulkus diabetikum 5. Gunakan kata sambung pada tiap perpindahan data global	

		<p>kenasional dan seterusnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Paragraf tidak boleh dua garis, prevelansi masalah di Ende 7. Gambarkan masalah dan data-data asuhan keperawatan pada lima proses askop 8. Lihat penulisan KTI sebelumnya 9. Lanjut ke Bab II 	f
6	Kamis, 10/03/2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. tingkat copas minimal 50%, paraprse jurnal atau teori yang kita ambil tanpa merubah makna 2. Tambahkan dilatar belakang venomenu secara Global, Nasional, Provinsi Kabupaten 3. Faktor permasalahan 4. Peran perawat 5. Pengkajian, diagnosa 6. Perbaiki rumusan masalah 7. Tujuan umumdan tujuan khusus serta sistematika penulisan 	f
7	Selasa, 15/03/2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengkapi dari latar belakang sampai daftar pustaka 	f
8	Jumad, 1/03/2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan margin, spasi setelah titik 2. Tambahkan data ulkus diabetikum terbaru 3. Sertakan nomor 4. Referensi peran perawat, fenomena Dm, ceritakan data ulkus 5. Daftar pusataka spasi 1,5, tambahkan masalah keperawatan di latar belakang. pada setiap bab dikasih nomor, tambahkan pengertian dikeluhan utama, penyakit 	f

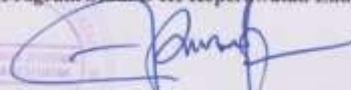
		sekarang, rancangan metode penelitian 6. Tambahkan instrumen di BAB 3	
9	Kamis, 24 maret 2022	1. Perbaiki kata pengantar, perbaiki halaman, daftar isi, konsep dasar di bold, tambahkan prioritas masalah.	1
10	Senin, 28 maret 2022	1. ACC 2. Lanjutkan pembimbing/ untuk diajukan ujian KTI	1
1	Senin, 04 Agustus 2022	1. pelajari manajemen luka 2. cari buku perawatan luka 3. cari pengkajian luka	1
2	Selasa, 05 Juli 2022	1. lengkapi pengkajian sesuai proposal	1
3	Rabu, 06 Juli 2022	1. konsultasi implementasi 2. lengkapi pengkajian	1
4	Jumad, 05 Agustus 2022	1. pada keluhan utama di perjelas 2. pada pengkajian perpola lihat 11 pola gordon 3. pada pola nyeri/kenyamanan ceritakan nyeri saat ini pada pasien 4. pada diagnosa Resiko Infeksi cari data subjektif di buku sumber lain 5. pada diagnosa resiko infeksi cari DS di buku sumber lain 6. intervensi dibuat pake paragraf 7. pada implementasi resiko infeksi jelaskan tanda dan gejala infeksi (lukatador), ada peningkatan asupan cairan atau tidak.	1

		<p>8. tambahkan hasil pada diagnosa gangguan mobilitas fisik pada intervensi ke-7.</p> <p>9. pembahasan tambahan tahun jurnal yang di ambil</p>	
5	Selasa , 08 Agustus 2022	<p>1.konsultasi abstrak</p> <p>- Latar belakang: uraikan masalah bukan pengertiannya dan jadikan satu paragraf</p> <p>- tujuan : jangan mengunakan kata untuk</p> <p>- Hasil : ringkasan 5 proses keperawatan</p> <p>- kesimpulan : tujuan dan kriteria hasil –evaluasi</p>	f
6	Rabu , 09 Agustus 2022	<p>1.konsultasi abstrak</p> <p>- latar belakang : tambahkan venomena</p> <p>- metode : instrumen , cara pengumpulan data</p> <p>Hasil : tambahkan analisa data Dan intervensi prioritas.</p>	f
7	Senin , 15 Agustus 2022	<p>1.abstrak di peringkas, perhatikan huruf besar dan kecil</p> <p>2. pemeriksaan penunjang perhatikan tulisan</p> <p>4. pembalusan bandingkan kesenjangan dan penelitian orang lain minimal 3 sumber</p>	f
8.	Kamis, 18-08-2022	<p>1. Pastikan spasi semua halaman sama</p> <p>2. Sambungkan narasinya...begitupun dengan</p>	f

	<p>halaman lainnya</p> <p>3. Penulisan menggunakan narasi di konsistensika</p> <p>4. Semua penulisan sesuaikan dengan hasil konsul sebelumnya..</p> <p>5. Bandingkan dengan Literatur lainnya</p> <p>6. Fokus saja ke pra dan pasca pemberian asuhan dan kesenjangan dengan sumber lainnya</p> <p>7. Untuk daftar pustaka Pastika semua sumber ini ada dalam laporan</p>	
Jumat, 19-08-2022	<p>1. ACC</p> <p>2. Kontrka waktu penguji siap ujian</p>	

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns,Sp.Kep.Kom
 NIP. 196601141991021001



LEMBAR KONSULTASI PENGUJI UTAMA KTI

NAMA : Susana Rianti Karot
NIM : PO.530320219921
PENGUJI : Anatolia K. Doondori, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.W. T
DENGAN MASALAH ULKUS DIABETIKUM DI RPB
RSUD ENDE

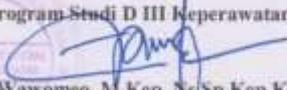
NO	HARI/TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa, 12 April 2022	<p>PROPOSAL</p> <ol style="list-style-type: none">Menjawab pertanyaan yang belum di jawab saat ujian<ol style="list-style-type: none">kenapa di ambil masalah ulkus DMpenyebab ulkus DMkomplikasi ulkus DMkenapa sampe terjadi ulkus DMhal apa saja yang di lakukan dengan pasien ulkus DMKomplikasi harus di jelaskanpenatalaksanaan harus ada medis dan keperawatanperbaiki daftar pustaka	
2.	Senin, 23 Mei 2022	<ol style="list-style-type: none">perhatikan alineaperhatikan titik dan koma setelah tanda bacapisahkan penatalaksanaan medis dan keperawatanlihat lagi pola untuk ulkus DMrubah pathway ulkustabulasi data di ambil dari pengkajian	

3.	Kamis, 02 Juni 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. perhatikan titik koma, alinea 2. perhatikan penulisan nama dan gelar 3. data yang di tabulasi data harus dari pengkajian 4. menggunakan huruf besar pada nama orang 	
4.	Senin, 06 Juni 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan gelar "Ns" Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende setiap sub bab no. nya dibagian bawah 2. rubah daftar pustaka sesuai abjad serta penulisan yang benar 3. rubah daftar pustaka sesuai abjad serta penulisan yang benar 4. tambahkan " pelaksanaan akan dilakukan selama 3 hari di RPB RSUD Ende " di prosedur studi kasus 	
5.	Selasa, 07 Juni 2022	ACC	
6.	Kamis, 25 Agustus 2022	<p style="text-align: center;">KTI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan prioritas masalah berada dimana dari 5 proses keperawatan 2. BAB III: pada subjek penelitian tambahkan nama pasien, lokasi dan waktu di jadikan satu. 3. BAB IV : tambahkan no cm, riwayat penyakit sekarang ceritakan sebelum mask RS, pengkajian perpolo sesuaikan kata-kata menggunakan bahasa indonesia yang benar dan mudah di mengerti, tabulasi data tambahkan cek gula darah yan ada pada data penunjang, jangan lupa satuannya, implementasi perbaiki pada kolaborasi pemberian obat, pada pembahasan lihat tanda dan gejala pada teori lalu bandingkan dengan kasus nyata 4. Tambahkan daftar pustaka 	

7.	Selasa, 30 Agustus 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB III: rubah pada rancangan desain studi kasus tambahkan nama pasien 2. metode/ prosedur penelitian : tambahkan studi kasus terhadap Ny. W. T yang di lakukan perawatan selama tiga hari , selanjutnya di buat dalam bentuk askep. 3. Diagnosa keperawatan: pada diagnosa resiko infeksi tambahkan Ds sesuai riwayat penyakit sekarang sebelum masuk RS 4. Pembahasan: apakah tanda dan gejala pada kasus sejalan atau tidak dengan penelitian terdahulu tentang Ulkus diabetikum 5. Perhatikan alinea 	J
8.	Selasa, 06 September 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. BAB IV : Pada diagnosa rubah menjadi infeksi 2. Pembahasan : tambahkan penyebab kenapa tidak terjadi atrofi kaki 	J
9	Rabu, 07 September 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembahasan : tambahkan " Pasien melakukan aktivitas walaupun terbatas serta sebagian di bantu oleh keluarga" 2. Berdasarkan hal ini buat alinea sendiri 3. Tambahkan hal ini sejalan juga pada studi kasus terdahulu 	J
10	Kamis, 09 September 2022	Acc	J

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende


Aris Wawomeo, M.Kep.Ns Sp.Kep.Kom

NIP. 196601141991021001