

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY M.I DENGAN
DIAGNOSA MEDIS ULKUS DIABETIKUM DI RUANGAN
PERAWATAN BEDAH RSUD ENDE**



OLEH:

**KLAUDIA SARINA KURNIA
NIM : PO5303202210015**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2023/2024**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY M.I DENGAN
DIAGNOSA MEDIS ULKUS DIABETIKUM DIRUANGAN
PERAWATAN BEDAH RSUD ENDE**

Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan program pendidikan
Diploma III Keperawatan Pada program Studi Keperawatan pada
Program Studi Keperawatan Ende



OLEH:

KLAUDIA SARINA KURNIA
NIM.PO.5303202210015

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE
2023/2024**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan :

Nama : Klaudia Sarina Kurnia

NIM : PO. 5303202210015

Program Studi : D III Keperawatan Ende

Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Ny M.I dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan 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, 23 Agustus 2024

Yang Membuat Pernyataan



Klaudia Sarina Kurnia
PO.5303202210015

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY MLI DENGAN DIAGNOSA MEDIS
ULKUS DIABETIKUM DI RUANGAN PERAWATAN BEDAH**

RSUD ENDE

OLEH

KLAUDIA SARINA KURNIA

NIM,PO.5303202210015

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

Ende 23 Agustus 2024

Pembimbing



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., MSc

NIP. 197401132002122001

Mengetahui

↳ Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

NIP. 196601141991021001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY M.I DENGAN DIAGNOSA MEDIS
ULKUS DIABETIKUM DI RUANGAN PERAWATAN BEDAH
RSUD ENDE**

OLEH

KLAUDIA SARINA KURNIA
NIM,PO.5303202210015

Karya Tulis Ilmiah Telah Diujikan dan Dipertanggung jawabkan pada tanggal 23
Agustus 2024

Penguji ketua



Martina Bedho, S.ST.,M.Kes
NIP.196006271985032001

Penguji Anggota



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP. 197401132002122001

Disahkan Oleh:

†Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tentang “Asuhan keperawatan pada Ny M.I dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende” dapat terselesaikan dengan baik. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Ende. Penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan namun berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, sudah sepantasnya penulis mengucapkan rasa hormat dan terimakasih banyak kepada :

1. Bapak Irfan, SKM, M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk menempuh pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns.Sp.Kep.Kom selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk pendidikan di Program Studi Diploma III Keperawatan Ende.
3. Dr. Ester Puspita Jelita, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan Studi Kasus di RSUD Ende.
4. Ibu Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns.,MSc Selaku pembimbing dan penguji yang telah meluangkan waktu serta pikiran dalam proses bimbingan karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Martina Bedho, S.ST., M.Kes Selaku penguji yang telah memberikan masukan terkait penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.
6. Kepada kedua ayah dan ibunda tercinta yang sangat penulis cintai, sayangi dan hormati yang senantiasa memberikan dukungan, kasih sayang, perhatian dan doa yang tidak hentinya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Teman- teman seperjuangan Program Studi DIII Keperawatan Ende yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis selama perkuliahan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat membutuhkan masukan dan koreksi yang bersifat membangun dari kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terimakasih dan berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membacanya

Ende, 23 Agustus 2024

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY M.I DENGAN DIAGNOSA MEDIS ULKUS DIABETIKUM DI RUANGAN PERAWATAN BEDAH

RSUD ENDE

Klaudia Sarina Kurnia

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep. Ns., MSc

Latar belakang penyakit Ulkus Diabetikum penyakit metabolic yang memiliki tanda spesifikasi berupa kadar gula darah yang tinggi (hiperglikemi).

Tujuan dari penulis ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan pada Ny M.I dengan Diagnosa medis Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Ende.

Metode yang dilakukan dalam karya Tulis Ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi Keperawatan.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny M.I ditemukan kaki terasa kebas, gatal-gatal, sering merasakan haus dan sering BAK jika dimalam hari ataupun disiang hari, penglihatan kurang normal, luka yang tidak kunjung sembuh, luka tampak berwarna kemerahan hitam dan bernanah, tampak udem pada kaki kanan, mukosa bibir tampak kering, akral teraba dingin, turgor kulit tampak menurun tampak lemah, konsistensi urin meningkat pasien tampak sering mengkonsumsi air, urin tampak berwarna putih dan tidak ada aroma. TD:100/70 mmhg, S: 36°C, N: 80 x/m, RR: 19 x/m, SPO₂: 113%. Diagnose keperawatan pada Ny M.I yaitu gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Intervensi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditunjukkan untuk mengatasi masalah yang dialami oleh pasien. Implementasi yang telah dilakukan oleh penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan. Evaluasi yang didapatkan setelah penulis melakukan implementasi dari tanggal 13, 14, 15 Agustus 2024 yaitu lima diagnose keperawatan yang muncul. Dari lima diagnose keperawatan yaitu gangguan eliminasi urin, hipovolemia, intoleransi aktifitas, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit dari kelima diagnose tersebut belum teratasi.

Kesimpulan dari Studi kasus ini adalah masalah pada Ny M.I belum teratasi. Saran untuk keluarga dan pasien mengetahui cara perawatan luka yang benar pada pasien dan berperan aktif dalam proses penyembuhan pasien.

Kata Kunci: Asuhan keperawatan Ulkus Diabetikum

ABSTRACT

NURSING CARE FOR Mrs. M.I WITH A MEDICAL DIAGNOSIS OF DIABETIC ULCERS IN THE SURGICAL CARE ROOM ENDE HOSPITAL

Klaudia Sarina Kurnia

Dr. Sisilia Leny Cahyani, S. Kep. Ns., MSc

Background Diabetic Ulcer disease is a metabolic disease that has specific signs in the form of high blood sugar levels (hyperglycemia).

The purpose of this author is to provide Nursing Care for Mrs. M.I with a Medical Diagnosis of Diabetic Ulcers in the Surgical Care Room of Ende Regional General Hospital.

The method used in this Scientific Paper is a case study method with a Nursing Care approach that includes assessment, nursing diagnosis, nursing intervention, implementation and evaluation of Nursing.

The results of the assessment conducted on Mrs. M.I found that her feet felt numb, itchy, often felt thirsty and often urinated at night or during the day, her vision was less than normal, wounds that did not heal, wounds appeared reddish black and purulent, edema appeared on the right foot, the mucous membrane of the lips appeared dry, the acral felt cold, skin turgor appeared decreased and appeared weak, urine consistency increased, the patient appeared to often consume water, urine appeared white and had no aroma. BP: 100/70 mmhg, S: 36⁰C, N: 80 x / m, RR: 19 x / m, SPO2: 113%. Nursing diagnoses for Mrs. M.I are impaired urinary elimination related to decreased bladder capacity, hypovolemia related to lack of fluid intake, activity intolerance related to weakness, ineffective peripheral perfusion related to hyperglycemia, impaired skin integrity related to peripheral neuropathy. Nursing interventions are in accordance with the nursing plan that has been indicated to overcome the problems experienced by the patient. The implementation that has been carried out by the author to overcome the problems faced is in accordance with the planned intervention. The evaluation obtained after the author carried out the implementation from 13, 14, 15 August 2024, namely five nursing diagnoses that emerged. Of the five nursing diagnoses, namely impaired urinary elimination, hypovolemia, activity intolerance, ineffective peripheral perfusion, impaired skin integrity, the five diagnoses have not been resolved.

The conclusion of this case study is that the problem in Mrs. M.I has not been resolved. Suggestions for families and clients to know the correct way to care for wounds in patients and play an active role in the patient's healing process.

Keywords: Nursing care for Diabetic Ulcer

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penulisan	5
D. Manfaat studi kasus.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Dasar Penyakit.....	7
1. Pengertian	7
2. Anatomi Fisiologi	9
3. Etiologi	13
4. Patofisiologi	15

5. Pathway	16
6. Manifestasi Klinis	18
7. Pemeriksaan Diagnostik	19
8. Pencegahan	21
9. Penatalaksanaan	22
10. Komplikasi	23
B. Konsep Masalah Keperawatan	30
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Dasar	40
1. Pengkajian Keperawatan	40
2. Diagnose Keperawatan	47
3. Intervensi Keperawatan	49
4. Implementasi Keperawatan	64
5. Evaluasi Keperawatan	64
BAB III METODE STUDI KASUS	65
A. Desain Studi Kasus	65
B. Subyek studi kasus	65
C. Batasan istilah	65
D. Batasan Istilah	66
E. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	66
F. Teknik pengumpulan data	66
G. Instrumen Pengumpulan Data	67
H. Keabsahan Data	67
I. Analisa Data.....	68

BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	69
A. Hasil Studi Kasus	69
1. Gambaran Lokasi Studi Kasus	96
2. Pengkajian	70
3. Diagnose keperawatan	81
4. Intervensi keperawatan.....	84
5. Implementasi keperawatan	89
6. Catatan perkembangan	101
B. Pembahasan	107
BAB V PENUTUP.....	111
A. Kesimpulan	111
B. Saran.....	112
DAFTAR PUSTAKA	114

DAFTAR GAMBAR

2.1 Anatomi Pankreas (Alfahealt, 2019)	9
2.2 Anatomi Kulit (Hellosehat, 2022).....	11
2.3 Phatway (Rissa Fitriani, 2020).....	18

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data.....	46
Table 4.1. Pemeriksaan Penunjang	77
Tabel 4.2 Penatalaksanaan/Pengobatan	78
Tabel 4.3. Analisa Data	80
Table 4.4. Intervensi keperawatan	84
Tabel 4.5. Implementasi keperawatan.....	89
Tabel 4.6. Catatan perkembangan.....	101

DAFTAR LAMPIRAN

Asuhan Keperawatan	116
Kartu Konsul KTI	122
Jadwal Kegiatan	125
Penjelasan Sebelum Melakukan Studi Kasus	126
Informant Consent.....	127
Daftar Riwayat Hidup	128

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes sering didefinisikan sebagai sebuah penyakit metabolik yang memiliki tanda spesifikasi berupa kadar gula darah yang tinggi (hiperglikemi). Menurut WHO (2019) Istilah diabetes merupakan kumpulan gangguan metabolisme yang ditandai dan diidentifikasi dengan adanya hiperglikemia. Kementerian Kesehatan RI., (2020) juga menjelaskan bahwa diabetes merupakan penyakit kronis berupa gangguan metabolik yang ditandai dengan kadar glukosa darah melebihi batas normal. Selain itu Hasibuan, Dur, dan Husein (2022) secara mendetail memaparkan bahwa pankreas yang rusak akibat diserang atau dihancurkan oleh sistem imunitas dapat menyebabkan kadar glukosa darah menjadi naik, sehingga berdampak pada organ-organ dalam tubuh mengalami kerusakan. Diabetes Melitus merupakan gangguan metabolisme tubuh dimana terjadi gangguan hingga kerusakan pankreas karena serangan imunitas tubuh sehingga produksi insulin terganggu dan hal tersebut berdampak pada terganggunya penyerapan glukosa hingga terjadinya gula darah tinggi (hiperglikemi).

International Diabetes Federation (IDF) (2021), menjelaskan bahwa terdapat 537 juta orang diseluruh dunia menderita Diabetes Melitus dan diperkirakan data tersebut akan terus meningkat ditahun 2045 yaitu menjadi 46%. Prevalensi Diabetes Melitus di Indonesia dengan kategori semua umur dideskripsikan oleh Riskesdas pada tahun 2018 Indonesia memiliki angka

penderita DM sebanyak 1.017.290 penderita. Data terbaru menurut Kementerian Kesehatan RI (Kemenkes) (2020) mendeskripsikan prevalensi 10 negara penghasil Diabetes Melitus tertinggi didunia pada penduduk umur 20-79 tahun yaitu Cina 116,4 juta, India 77,0 juta, Amerika Serikat 31,0 juta, Pakistan 19,4 juta, Brasil 16,8 juta, Meksiko 12,8 juta, Indonesia 10,7 juta, Jerman 9,5 juta, Mesir 8,9 juta, dan Bangladesh 8,4 juta. Berdasarkan prevalensi DM tersebut digambarkan bahwa penderita DM di Indonesia mencapai angka 10,7 juta penderita dan menempatkan Indonesia di urutan ke tujuh tertinggi dunia setelah Meksiko. Indonesia merupakan negara kepulauan dengan 38 provinsi dan memiliki pola kehidupan serta kebiasaan yang berbeda tiap daerahnya. Hal ini dipengaruhi dengan berbagai komplikasi yang ditimbulkan, salah satu komplikasi yang terjadi akibat Diabetes Militus adalah Ulkus Diabetikum.

International Diabetes Federation (2018) Prevelens penderita Ulkus Diabetikum didunia sekitar 15% dengan resiko amputasi 30%, angka mortalitas 32% . Prevelens penderita Ulkus Diabetikum di Amerika serikat sebesar 15-46 kali lebih tinggi dibandingkan dengan penderita non Diabetes Melitus. Prevelens penderita Ulkus Diabetikum di indonesia sekitar 15%, angka amputasi 30% selain itu angka pasca amputasi sebesar 14,8%, bahkan jumlah penderita Ulkus Diabetikum di Indonesia dapat terlihat dari kenaikan prevelensi sebanyak 11% (Rikesdes, 2018).

Riskesdas Nasional (2018), mendeskripsikan bahwa Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) memiliki total prevalensi penderita Diabetes Militus

dengan total penderita dari 22 kabupaten/kota di NTT yaitu sebanyak 44.782 penderita dengan persentase 0,57% dari total penduduk di Povinsi NTT. Selain itu berdasarkan data yang dipaparkan disimpulkan bahwa rata-rata kabupaten/kota di NTT memiliki penderita Diabetes Militus, Kabupaten Ende menjadi salah satu kabupaten penyumbang Penderita Diabetes Mellitus di NTT. Data Riskesdas Provinsi NTT tahun 2018 mendeskripsikan bahwa Kabupaten Ende berada dalam 10 besar. Berdasarkan data Rekam Medis di RSUD Ende diketahui pada tahun 2020 sampai dengan tahun 2021 penderita Ulkus Diabetikum sebanyak 27 kasus, sedangkan pada tahun 2022 sampai tahun 2023 kasus Ulkus Diabetikum mengalami peningkatan yaitu 65 kasus dan pada tahun 2024 dari bulan januari sampai dengan bulan juni kasus Ulkus Diabetikum sebanyak 13 kasus (RSUD Ende 2024)

Ulkus Diabetikum memiliki dampak negatife yang dirasakan pasien karena berkurangnya mobilitas dan mengakibatkan berkurangnya kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari. Hal ini akan meningkatkan kepercayaan orang lain dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari. Kemungkinan komorbiditas psikologis terjadi pada pasien dengan Ulkus Diabetikum seperti kecemasan, ketakutan,rendah diri, malu, putus asa, tidak berdaya dan depresi. Selain itu komorbiditas psikologis ini bisa beresiko pada pasien dengan diabetes menghasilkan perawatan diri kualitas hidup terkait kesehatan yang lebih buruk. Perasaan stres yang berhubungan dengan penyembuhan luka atau reulserasi dan ketakutan akan amputasi kaki meningkatkan suasana hati dan menyebabkan gangguan tidur pada pasien

dengan Ulkus Diabetik. Ulkus diabetik bisa menyebabkan pemotongan ekstremitas bawah dan tidak jarang itu berakhir dengan keterbatasan dan kematian (Alrub, 2019).

Diabetes adalah penyakit metabolik kronis, yang mempengaruhi sistem pembuluh darah secara luas di seluruh tubuh. Komplikasi metabolik pada DM harus ditangani secara bersamaan tanpa bias dalam menangani salah satu komplikasi metabolik dibandingkan komplikasi lainnya. Penyakit metabolik sekunder akibat DM harus dikendalikan dan nilai target harus dijaga dibawah standar yang direkomendasikan. Oleh karena itu, tindakan pencegahan harus diambil untuk mengendalikan neuropati yang merupakan penyebab utama. Upaya pencegahan dan penatalaksanaan komplikasi diabetes militus yaitu, Modifikasi gaya hidup, Kontrol tekanan darah, Manajemen lipid, Kontrol glikemik, Penghentian merokok.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA MEDIS ULKUS DIABETIKUM DI RUANGAN PERAWATAN BEDAH RSUD ENDE”**.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penulisan proposal karya tulis ilmiah ini adalah Bagaimana Gambaran Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende.

C. Tujuan Penulisan

Adapun tujuan dari penulisan ini terdiri dari 2 tujuan antara lain :

1. Tujuan Umum

Meningkatkan wawasan dan pola pikir penulis dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende melalui pendekatan proses keperawatan

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui teori Ulkus Diabetikum
- b. Melakukan pengkajian pada pasien Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.
- c. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.
- d. Menetapkan perencanaan tindakan keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.
- e. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.
- f. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum di RPB RSUD Ende.
- g. Menganalisa kesenjangan teori dan praktek dalam Asuhan Keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum di ruang perawatan bedah RSUD Ende

D. Manfaat Studi Kasus

Adapun manfaat dari penelitian ini terdiri 3 yaitu :

1. Bagi peneliti

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi serta memperdalam keterampilan dalam pemberian Asuhan Keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum.

2. Bagi instansi rumah sakit

Sebagai masukan dalam pelayanan kesehatan untuk meningkatkan Asuhan Keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum.

3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang Asuhan Keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Ulkus Diabetikum

1. Pengertian

a. Diabetes Mellitus

Istilah diabetes merupakan sekumpulan gangguan metabolisme yang ditandai dan diidentifikasi dengan adanya kadar gula darah yang tinggi (hiperglikemia) (WHO, 2019). Diabetes Militus (DM) juga diartikan sebagai penyakit kronis yang muncul saat tubuh tidak dapat menghasilkan cukup insulin atau memanfaatkan insulin secara efektif (Herawati et al, 2016). Menurut Prawitasari (2019) Diabetes Militus (DM) merupakan salah satu penyakit tidak menular yang digolongkan dalam suatu kelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan keadaan hiperglikemia kronis akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin maupun keduanya. Menurut Hasibuan et al (2022) Diabetes Militus (DM) merupakan penyakit yang timbul karena sistem kekebalan (imunitas) tubuh penderita/pasien menyerang dan menghancurkan sel-sel pankreas yang berfungsi untuk menghasilkan insulin.

Kesimpulannya Diabetes Militus merupakan gangguan metabolisme tubuh dimana terjadi gangguan hingga kerusakan pankreas karena serangan imunitas tubuh sehingga produksi urin

terganggu dan hal tersebut berdampak pada terganggunya penyerapan glukosa hingga terjadinya hiperglikemi.

b. Ulkus Diabetes Mellitus (DM)

Ulkus Diabetikum merupakan salah satu manifestasi dari komplikasi DM. Awal terjadinya ulkus yaitu neuropati atau hilangnya sensasi di kaki dan sering dikaitkan dengan luka pada kaki yang beresiko tinggi untuk mengalami ulkus hingga amputasi. Ulkus tidak menimbulkan nyeri namun disertai lebam (Fitria et al., 2017). Neuropati merupakan hilangnya sensasi proteksi atau kehilangan proses sensasi dan biasa terjadi pada penderita DM di area kaki. Prinsip penyebab luka kaki adalah Venous Insufisiensi, gangguan arterial atau gabungan dari gangguan vena dan arteri.

Secara teori kesimpulan yang diambil adalah bahwa ulkus diabetikum merupakan salah satu bentuk dari komplikasi kronik penyakit diabetes melitus berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai adanya kematian jaringan setempat. Ulkus diabetik merupakan luka terbuka pada permukaan kulit akibat adanya penyumbatan pada pembuluh darah di tungkai dan neuropati perifer akibat kadar gula darah yang tinggi sehingga penderita sering tidak merasakan adanya luka-luka terbuka yang dapat berkembang menjadi infeksi disebabkan oleh bakteri aerob maupun anaerob ulkus pada kaki.

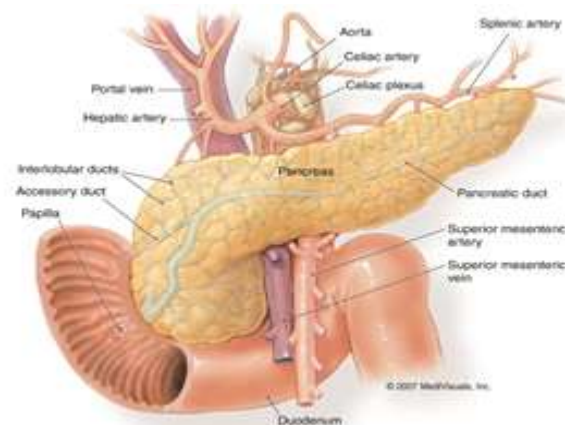
Menurut (Gitarja, 2015:86) ada beberapa karakteristik luka

Diabet yaitu :

- 1) Perubahan kondisi kulit
- 2) Kedalaman luka yang bervariasi
- 3) Exudat jumlah bervariasi
- 4) Edema
- 5) Kulit sekitar hangat
- 6) Infeksi
- 7) Reflek berkurang/kurang sensitif
- 8) Perpheral pulse teraba
- 9) Lokasi biasanya terdapat pada : tumit, jari, plantar, phalangeal, metatarsal.

2. Anatomi fisiologi

a. Pankreas



Gambar 2.1 Anatomi Pankreas (Alfahealt, 2019)

Pankreas merupakan organ pada sistem pencernaan.

Pankreas memiliki dua fungsi utama yakni memproduksi enzim

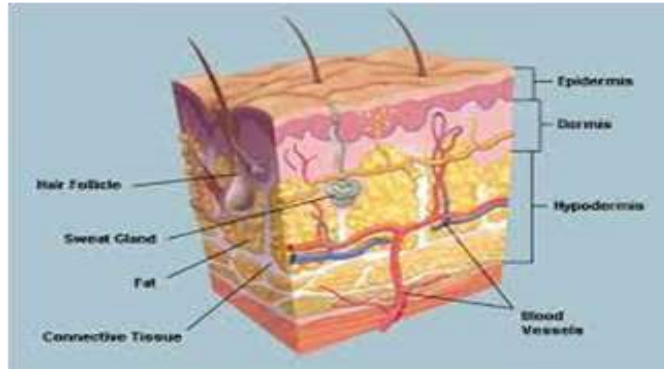
pencernaan serta beberapa hormon penting seperti insulin. Fungsi dari insulin yaitu untuk membantu penyerapan glukosa dalam sel-sel tubuh untuk mengendalikan kadar gula dalam darah. Pankreas berada pada bagian posterior perut dan berhubungan erat dengan duodenum (usus dua belas jari). Terdapat 2 jaringan dasar pembentuk pankreas yakni Asini yang memproduksi enzim-enzim pencernaan, dan pulau pankreas yang memproduksi hormone insulin.

Pankreas mengeluarkan enzim pencernaan ke dalam duodenum dan mengeluarkan hormon ke dalam darah. Enzim yang dikeluarkan oleh pankreas akan mencerna karbohidrat lemak dan protein,. Enzim proteolitik membagi protein ke dalam bentuk yang dapat dimanfaatkan oleh tubuh dan dikeluarkan dalam bentuk inaktif. Enzim tersebut akan aktif jika sudah berada pada saluran pencernaan. Pankreas juga mengeluarkan sebagian besar sodium bikarbonat, yang memiliki fungsi untuk melindungi duodenum dengan cara menetralkan asam lambung (Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangkaraya, 2019)

Fungsi utama insulin adalah meningkatkan penggunaan glukosa untuk energy, asam lemak dan asam amino dalam bentuk glikogen. Peristiwa ini merupakan anabolisme. Namun yang terpenting efek utama dari insulin adalah menurunkan konsentrasi glukosa darah, asam lemak dan asam amino. Mekanisme kerja dari

insulin adalah memindahkan glukosa darah masuk kedalam sel melalui membrane plasma.

b. Kulit



Gambar 2.2 Anatomi Kulit (Hellosehat, 2022)

Lapisan Kulit terbagi menjadi Epidermis, Dermis dan Hypodermis. Kulit memiliki luas 2 m² dengan berat 16% dari BB. Kulit memiliki tebal 0,5 mm kurang lebih 5 mm (rata-rata 1 mm – 2 mm). Epidermis

Epidermis berfungsi sebagai pelindung. Epidermis memproduksi sel epitel, melanin dan juga pH darah (pH = 5-6, 5). Epidermis paling tebal ditelapak tangan dan kaki. Epidermis dibentuk oleh corneum, lucidum, granulosum, spinosum, basale.

1) Dermis

Terdiri atas jaringan ikat yang menyokong epidermis dan menghubungkannya dengan jaringan subkutis. Tebal berbeda-beda, paling tebal di abdomen.

Lapisan Dermis terdiri dari 2 lapis yaitu

- a) Lapisan papiler, tipis dan mengandung jaringan ikat longgar.

Lapisan papilarea memiliki ciri-ciri yakni disamakan dengan sub-epitel, merupakan jaringan penunjang longgar, terdapat serat kolagen, bentuk seperti jari tangan, terdapat kapiler dan ujung syaraf, meissner, terdapat pola ornamen pada jempol.

- b) Lapisan retikuler, tebal dan terdiri dari jaringan ikat padat dengan bertambah usia sintesa kolagen berkuang keriput.

Berbentuk seperti jala, jaringan penunjang padat, terdapat serat kolagen, terdapat pola sulkus yang sama seperti garis langer, insisi pada garis langers berpengaruh pada penyembuhan.

Lapisan dermis memiliki banyak pembuluh darah, folikel rambut, kelenjar sebacea dan kelenjar keringat. Banyak tidaknya derivat epidermis di dalam dermis mempengaruhi kualitas kulit.

2) Hypodermis

Merupakan lapisan di bawah dermis yang terdiri dari lapisan lemak, jumlah dan ukuran berbeda-beda menurut daerah tubuh dan keadaan nutrisi individu (Gitarja, 2015).

3. Etiologi

Berikut beberapa penyebab Diabetes Mellitus (DM)

a. Auto Imun

Sistem imunitas menyerang sel β sehingga menyebabkan insulin tidak dapat diproduksi oleh pankreas.

b. Genetik (Anies, 2016)

Penyebab diabetes melitus adalah faktor genetik. Dalam Keluarga yang memiliki keluarga yang menderita DM maka kemungkinan besar dapat menderita penyakit diabetes melitus

c. Berat Badan

Berat badan yang berlebihan memungkinkan untuk menderita penyakit diabetes. Nurrahmani (2017) menjelaskan bahwa kegemukan atau obesitas membuat sel-sel lemak menggemuk dan menghasilkan beberapa zat yang digolongkan sebagai adipositokin yang berjumlah lebih banyak dibandingkan pada keadaan tidak gemuk. Zat-zat adipositokin inilah yang menyebabkan resistensi insulin. Namun diantara zat-zat yang merusak ada zat baik yang dikenal adiponektin dengan fungsi untuk mencegah timbulnya resistensi insulin. Pada keadaan lemak menggemuk dapat menghancurkan adiponektin sehingga kondisi obesitas menjadi faktor penyebab terjadinya DM.

d. Makanan

Mengonsumsi makanan berlemak tinggi ataupun kadar manis tinggi menjadi salah satu penyebab munculnya DM. Nurrahmani (2017) menjelaskan bahwa makanan memegang peranan dalam peningkatan kadar gula darah. Proses makanan yang dimakan akan dicerna didalam saluran cerna dan kemudian diolah menjadi bentuk glukosa. Gula yang diserap oleh dinding usus kemudian beredar keseluruh tubuh. Gangguan pada lemak dapat mendeskripsikan trigliserida yang tinggi, kolesterol dengan hasil yang tinggi, dan kolesterol HDL (high density lipoprotein) rendah.

e. Rokok

Rokok dapat menjadi penyebab terjadi diabetes melitus. Dwi Ario (2014) dalam penelitiannya mendeskripsikan bahwa nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki pengaruh terhadap terjadinya DM tipe 2. Pengaruh nikotin terhadap insulin di antaranya menyebabkan penurunan pelepasan insulin karena aktivasi hormon katekolamin, pengaruh negatif pada kerja insulin, gangguan pada sel β pankreas dan perkembangan ke arah resistensi insulin.

f. Asma

Menurut Nurrahmani (2017) konsumsi obat asma juga akan memicu terjadinya diabetes, hormon yang digunakan pada obat asma adalah steroid yang cara kerjanya berlawanan dengan insulin yakni menaikkan gula darah. Steroid dengan dosis yang tinggi

mampu menyebabkan DM dan DM akan hilang ketika konsumsi dihentikan.

g. KB

Pil kontrasepsi adalah salah satu obat yang mengandung steroid

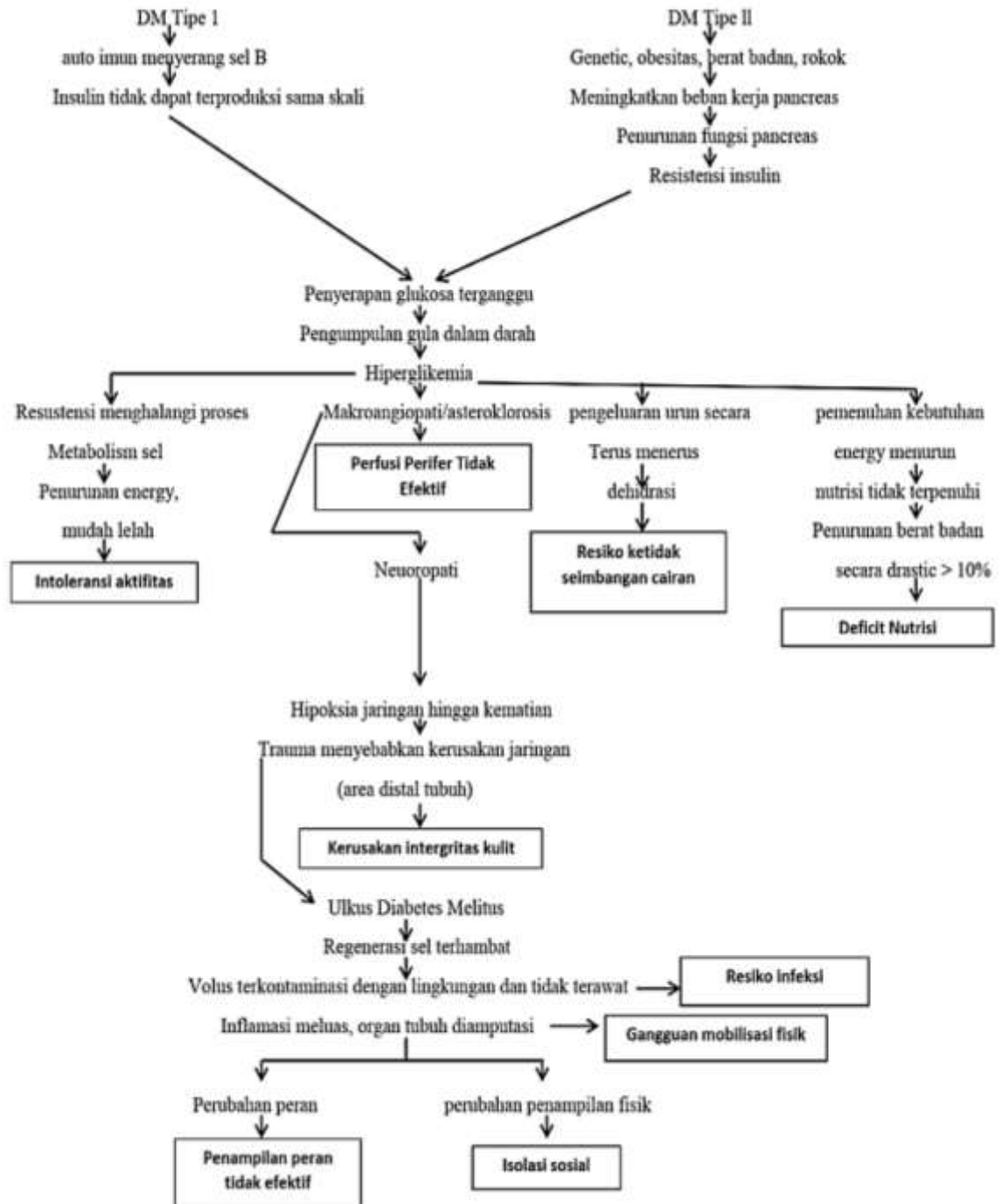
4. Patofisiologi

Auto Imun menyerang sel β menjadi penyebab terjadinya DM Tipe 1 sehingga insulin tidak diproduksi sama sekali. Genetik, berat badan, obesitas, rokok dan lain-lain menjadi faktor terjadinya resistensi insulin adalah proses terjadinya DM Tipe 2. Kadar insulin yang menurun atau tidak diproduksi (resistensi insulin) dalam tubuh mengganggu proses penyerapan dan penggunaan glukosa darah oleh tubuh. Resistensi insulin menghalangi proses metabolisme sel sehingga glukosa yang dibutuhkan tidak dapat diolah menjadi energi pada akhirnya tubuh mengalami defisit energi sehingga penderita sering merasa cepat lelah dan juga susah untuk beraktivitas secara normal hal tersebut mendorong muncul masalah keperawatan adalah intoleransi aktivitas. Hiperglikemi berdampak pada gangguan sistem saraf yang disebut neuropati. Hiperglikemia juga terjadi pada pembuluh darah berupa terjadinya penebalan dinding pembuluh darah besar (makroangiopati) atau aterosklerosis. Manifestasi yang sering muncul pada tungkai kaki akibat aterosklerosis berupa keluhan kaki terasa dingin, kram (kejang) otot tungkai, dan kulit kering sehingga muncul masalah keperawatan berupa perfusi perifer tidak efektif.

Menurut (Nurrahmani, 2017) ulkus diabetikum memiliki tahapan proses neuropati pada tungkai dan kaki yang dirasakan berupa tungkai bawah dan kaki sisi sinistra ataupun dextra merasakan kesemutan. Jika stadium berlanjut dapat terjadi baal (kebas, kurang/mati rasa). tanda lain yang dirasakan berupa panas seperti kena cabai dan sebagian pada orang dapat menyebabkan nyeri, berdenyut terus-menerus hingga berdampak pada kebutuhan tidur juga terganggu. Selain itu, juga terjadi komplikasi pada pembuluh darah tungkai dan kaki yaitu terjadi akibat penebalan dinding pembuluh darah besar (macroangiopati) atau yang sering disebut aterosklerosi, kemudian menyebabkan aliran darah ke tungkai menjadi tidak lancar dan berkurang, penderita juga mengeluh timbul berupa kaki terasa dingin, kram (kejang) otot tungkai dan kulit kering. Gejala tambahan berupa makroangiopati. Jika timbul vulnus dan tidak diatasi maka terjadi infeksi dan karena regenerasi sel terhambat maka proses invasi bakteri semakin cepat sehingga memperparah kondisi tungkai kaki yang mengalami infeksi. Vulnus akibat trauma pada kaki juga akan semakin cepat proses invasi bakterinya sehingga pembusukan jaringan akan semakin cepat. Neuropati membuat penderita tidak menyadari terjadinya trauma hingga vulnus yang meluas pada tungkai kaki sehingga timbul masalah keperawatan berupa gangguan integritas kulit. Penderita tidak mampu merasakan apapun walaupun kaki atau tungkainya terluka parah sehingga apabila terlambat diatasi maka invasi kuman semakin cepat

dan terjadi abses di dalam jaringan dan proses infeksi juga membusukan jaringan juga semakin cepat hal tersebut memunculkan masalah keperawatan yaitu resiko infeksi. Proses kerusakan integritas kulit yang berlanjut hingga infeksi kemudian karena terlambat untuk diatasi jaringan tersebut mati dan organ yang mengalami kematian jaringan harus diamputasi agar tidak menimbulkan komplikasi lanjutan atau penyebaran jaringan mati ke jaringan yang masih normal. Amputasi yang diberikan pada penderita ulkus diabetes mellitus menyebabkan penderita sulit untuk melakukan gerakan sehingga muncul masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

5. Pathway



Gambar 2.3 Pathway (Rissa Fitriani, 2020)

6. Manifestasi Klinis

Gejala khas diabetes melitus

- a. Poliuri. Poliuri merupakan gejala diabetes berupa rasa ingin selalu kencing atau banyak kencing. Frekuensi buang air kecil ini akan meningkat pada malam hari.
- b. Polidipsi. Polidipsi merupakan gejala sering haus atau mudah merasa haus oleh penderita diabetes melitus. Mulut penderita akan mudah kering.
- c. Polifagi. Polifagi merupakan gejala diabetes yang mendorong penderita cepat merasakan lapar dikarenakan sistem metabolisme yang mengalami gangguan.
- d. Berat badan turun dan menjadi kurus. Penyerapan glukosa dan energi dari makanan yang terhambat sehingga metabolisme juga terhambat hal tersebut menghambat terjadinya perkembangan otot dan lemak sehingga terjadi penurunan berat badan secara drastis.
- e. Merasa lemah dan gampang kelelahan. Hiperglikemi menghambat penyerapan energi oleh sel sehingga kebutuhan energi tidak terpenuhi.
- f. Penglihatan kabur. Hiperglikemi membuat arteri menjadi semakin sempit sehingga pembuluh darah menyempit dan bahkan rusak. Hal ini menghambat aliran darah dan proses metabolisme ke organ mata sehingga penglihatan mengalami penurunan fungsi.

- g. Mudah menderita infeksi. Sel membutuhkan energi dalam proses regenerasi namun karena hiperglikemia sel mengalami keterhambatan dalam menyerap energi dan oksigen dalam darah sehingga sel mengalami penurunan fungsi dan menyebabkan tubuh rentan terkena infeksi akibat ketidakmampuan sel dalam proses regenerasi tersebut. (Anies, 2016).
- h. Distensi kandung kemih, Volume residu urine meningkat.
- i. Suhu tubuh meningkat, pengisian vena menurun, status mental berubah,
- j. Kadar glukosa dalam darah/urine tinggi
- k. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Gejala lain yang juga ditemukan pada penderita DM yang merupakan gejala awal terjadinya ulkus DM adalah :

- a. Kesemutan di kaki dan tangan. Kesemutan timbul akibat kerusakan saraf dan merupakan gejala proses neuropati.
- b. Gatal-gatal atau luka yang tidak sembuh-sembuh (Nurrahmani, 2017),
- c. Rambut kaki menipis,
- d. Kelainan bentuk dan warna kuku (kuku yang menebal, rapuh, ingrowing nail),
- e. Kalus (mata ikan) terutama di bagian telapak kaki,
- f. Perubahan bentuk jari-jari dan telapak kaki dan tulang-tulang kaki yang menonjol,

- g. Bekas luka atau riwayat amputasi jari-jari,
- h. Kaki terasa dingin
- i. Perubahan warna kulit kaki (kemerahan, kebiruan, atau kehitaman)
(Kementrian Kesehatan Reublik Indonesia, 2020)
- j. Edema, penyembuhan luka lambat

7. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada penderita DM adalah:

- a. Pemeriksaan kadar glukosa darah
 - 1) Glukosa puasa Terganggu (GPT) antara 100-125 mg/dl
 - 2) Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO) glukosa 2 jam < 140 mg/dl
 - 3) Toleransi glukosa terganggu (TGT) bila hasil pemeriksaan glukosa 2 jam setelah TTGO antara 140-199 mg/dl
- b. Pemeriksaan GbA1C > 6,5% dengan metode high perfrmance liquid chromatography (HPLC) yang terstandarisasi.

Pemeriksaan diagnostik pada ulkus diabetikum

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mendeteksi kaki dabetes yang berpotensi terjadi ulkus menurut (Mulyaningsih & Handayani, 2021) adalah:

- a. Ankle Brachial Index (ABI)

Pemeriksaan ABI dimanfaatkan untuk mendiagnosis terjadinya iskemia di tungkai bawah. Pembuluh darah merupakan salah satu faktor penting yang akan menyebabkan

masalah-masalah lainnya pada pasien DM seperti makrovaskular dan mikrovaskuler. Nilai ABI yang normal menggambarkan perputaran aliran darah dalam tubuh tidak memiliki gangguan, namun jika tidak normal maka darah dalam tubuh memiliki gangguan dalam pengaliran.

Nilai parameter ABI normal berdasarkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022) berkisar dari 1,0-1,4. Nilai ABI mendeskripsikan tentang keadaan Peripheral Artery Disease (PAD) dalam keadaan normal atau tidak.

b. Monofilament

Monofilament dimanfaatkan untuk mendeteksi ada tidaknya sensasi tekanan kutaneus dan pemeriksaan ini dilakukan dengan menggunakan monofilament semmes-weinstein 10g. Monofilament dimanfaatkan untuk mendeteksi adanya neuropati yang berujung kemudian merupakan tahapan terjadinya ulkus diabetikum.

8. Pencegahan

Tindakan pencegahan menurut Anies (2016) adalah

- a. Menjaga asupan makanan. Makanan dengan kadar lemak tinggi dan manis sebaiknya tidak dikonsumsi karena dapat meningkatkan kadar gula darah di dalam tubuh.
- b. Sebaiknya melakukan olahraga secara teratur karena akan membuat kadar gula darah di dalam tubuh tetap normal.

- c. Hindari rokok serta minuman yang mengandung alkohol karena dapat meningkatkan kadar gula darah dengan cepat.

Untuk pencegahan Ulkus DM menurut Gitarja (2015) adalah

- a. Melakukan pemeriksaan rutin
- b. Senam kaki
- c. Memberikan perlindungan pada kaki dengan melakukan perawatan kuku, memakai alas kaki, menggunakan kaos kaki dan sepatu yang tepat
- d. Melakukan pemeriksaan rutin gula darah
- e. Berhenti merokok

9. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan pada kasus Diabetes Militus yaitu
 - a) Penatalaksanaan medis

1) Terapi farmakologis yang diberikan berdasarkan kementerian kesehatan Reublik Indonesia (2020) adalah:

- a) Obat anti hiperglikemia oral

Dibagi menjadi lima golongan :

- a) Tiazolidinedion (untuk mempertahankan control glikemik pada penderita DM)
- b) Metformin : menurunkan glukosa darah dengan memperbaiki resistensi insulin namun tanpa mempengaruhi sekresi insulin.

c) Tiazolidinedion (TZD) : obat dengan cara kerja sebagai enzim peroxisome proliferasi aktivasi reseptor gamma (PPAR- γ), yaitu reseptor insulin yang terdapat di sel otot, lemak, dan hati.

d) Pemacu sekresi insulin (insulin sekretagog)

1) Sulfonilurea merupakan obat golongan insulin sekretagog dengan kerjanya memacu sekresi insulin oleh sel β pankreas.

2) Meglitine (Glinid) merupakan obat yang proses kerjanya sama seperti sulfonilurea, dengan penekanan pada peningkatan sekresi insulin fase pertama.

3) Penghambat absorpsi glukosa : inhibitor alfa (α) glukosidase

Golongan ini bekerja dengan cara memperlambat absorpsi karbohidrat pada saluran cerna, sehingga bermanfaat untuk menurunkan glukosa darah setelah makan. Contoh obat seperti acarbose dan voglibose.

4) Penghambat dipeptidil peptidase-4 (dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitor)

DPP-4 ini merupakan suatu serin protease yang disalurkan secara luas dalam tubuh. Fungsi enzim ini adalah pemecah dua asam amino dari peptida yang

mengandung alanine atau proline di posisi kedua peptida N-terminal

b) Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Dengan menerapkan pola hidup sehat disertai dengan intervensi farmakologis dengan obat antihiperqlikemia secara oral baik diberikan secara terapi tunggal atau kombinasi
- 2) Mengedukasi tentang promosi hidup sehat sebagai bagian dari upaya pencegahan dan menjadi bagian penting dari pengolahan DM secara menyeluruh.
- 3) Mengedukasi proses diet pada penderita DM seperti anjuran pola makan sehat dan anjuran makanan seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu
- 4) Mengedukasi latihan fisik pada penderita yang dibagi menjadi tiga yaitu latihan fisik untuk preventif, latihan fisik untuk pasien DM tanpa komplikasi dan latihan fisik untuk pasien DM dengan komplikasi

b. Penatalaksanaan ulkus diabetikum

Menurut Kementrian Kesehatan Reublik Indonesia (2020) penatalaksanaan kaki diabetik dengan ulkus yaitu:

- 1) Kendali metabolik (metabolic control). Fokus Pengendalian kadar glukosa darah, lipid, albumin, hemoglobin dan sebagainya sebaik mungkin.

2) Kendali vaskular (*vascular control*). Perbaikan asupan vaskular (dengan operasi atau angioplasti), sering digunakan pada penderita dengan ulkus iskemik.

3) Kendali infeksi (*infection control*)

4) Pengobatan infeksi diberikan secara agresif jika terlihat tanda-tanda klinis infeksi. Kolonisasi pertumbuhan organisme pada hasil usap, namun tidak disertai tanda-tanda klinis, bukan merupakan infeksi.

5) Kendali luka (*wound control*)

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

a) *Tissue debridement* (membersihkan luka dari jaringan mati)

b) *Inflammation and infection control* (kontrol inflamasi dan infeksi)

c) *Moisture balance* (menjaga keseimbangan kelembaban)

d) *Epithelial edge advancement* (mendekatkan tepi epitel)

6) Kendali tekanan (*pressure control*)

Tekanan berulang dapat menyebabkan ulkus sehingga perlu dihindari. Pembuangan kalus dan menggunakan sepatu dengan ukuran yang sesuai diperlukan untuk mengurangi tekanan

10. Komplikasi

Nurrahmani (2017) menjelaskan bahwa berdasarkan dari timbulnya dan lama perjalanan penyakit komplikasi diabetes digolongkan menjadi komplikasi mendadak (akut) dan komplikasi menahun (kronis).

a. Komplikasi mendadak (akut)

1) Infeksi yang sulit sembuh dan lebih sering terjadi

Gambaran berupa masuknya kuman ke dalam tubuh, seperti flu, borok, radang paru. Penderita diabetes mudah terkena infeksi dan lebih sulit sembuh terlebih ketika kadar glukosanya meningkat. Khususnya wanita sering mengalami infeksi jamur.

2) Koma hiperglikemik (koma diabetik)

Koma hiperglikemik adalah keadaan hiperglikemik yang menyebabkan koma pada penderita. Koma merupakan istilah medis yang mendeskripsikan keadaan seseorang tubuhnya hidup, jantung, paru-paru, ginjal, semuanya masih berfungsi namun penderita tidak sadar dan tidak dapat berbuat apa-apa. Koma hiperglikemik yang sering terjadi adalah koma ketoasidotik yang berlangsung sehari hingga beberapa hari. Koma diabetik ketoasidotik didefinisikan sebagai suatu keadaan diabetes mellitus yang muncul dengan tanda dan gejala berupa hiperglikemia dan ketonemia yang tinggi.

3) Hipoglikemi dan hipoglikemik

Hipoglikemi bukan komplikasi murni DM. Keadaan tersebut karena penderita yang mendapat pengobatan yaitu obat-obat penurun gula, khususnya obat golongan sulfonilurea atau suntikan insulin. Hipoglikemi yang terjadi pada pasien saat sudah mengkonsumsi obat golongan syfonulurea, atau suntikan insulin kemudian terlambat makan, lupa makan, ataupun makan namun jumlahnya kurang. Penyebab lain yaitu penyuntikan insulin dengan dosis yang berlebih

a) Masalah pada mata

1. Retinopati merupakan kelainan yang mengenai pembuluh darah pada retina.
2. Katarak merupakan proses menjadi buramnya lensa mata.
3. Glaukoma merupakan proses terjadinya peningkatan tekanan dalam bola mata.

b) Komplikasi saraf

Dibagi menjadi

(1).Neuropati pada tungkai dan kaki

Gejala neuropati yang sering terasa adalah tungkai bawah dan kaki sisi sinistra ataupun dextra merasakan kesemutan. Jika stadium berlanjut dapat terjadi baal (kebas, kurang/mati rasa). tanda lain yang dirasakan

berupa panas seperti kena cabai dan sebagian pada orang dapat menyebabkan nyeri, berdenyut terus-menerus hingga berdampak pada kebutuhan tidur juga terganggu.

(2).Neuropati pada saluran pencernaan

Pada saluran pencernaan manifestasi berupa diare. Diare ini sering terjadi pada malam hari sehingga disebut juga nocturnal diarrhe atau diare malam hari. Neuropati pada saluran cerna dapat menyebabkan konstipasi (sulit BAB).

(3).Neuropati kandung kemih

Menyebabkan BAK tidak lancar dan keluhan semakin memberat jika disertai infeksi di saluran tersebut.

b. Komplikasi pada pembuluh darah tungkai dan kaki

Proses komplikasi pada pembuluh darah tungkai dan kaki adalah

- 1) Terjadi akibat penebalan dinding pembuluh darah besar (macroangiopati) atau yang sering disebut aterosklerosi,
- 2) Aliran darah ke tungkai menjadi tidak lancar dan berkurang,
- 3) Keluhan timbul berupa kaki terasa dingin, kram (kejang) otot tungkai dan kulit kering.
- 4) Makroangiopati dan neuropati pada kaki diabetes sering disebut diabetic foot (kaki diabetik).

5) Jika tidak diatasi maka terjadi infeksi dan juga mempercepat proses invasi bakteri sehingga memperparah kondisi tungkai kaki yang mengalami infeksi. Vulnus akibat trauma pada kaki juga akan semakin cepat proses invasi bakterinya sehingga pembusukan jaringan akan semakin cepat.

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Pengertian

Diagnose keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik secara langsung actual maupun potensial. Diagnosa Keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017)

2. Kriteria Masalah dalam kriteria masalah terdapat tanda/gejala yaitu: kriteria mayor dan minor.

a. Kriteria Mayor : tanda/gejala ditemuka sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa

b. Kriteria Minor : tanda/gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat menudukung penegakan diagnosis. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Faktor yang berhubungan

Kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien mengalami masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

4. Masalah keperawatan pada Ulkus Diabetikum

Berikut ini adalah uraian dari masalah keperawatan yang muncul pada pasien Ulkus Diabetikum berdasarkan standar Diagnosis Keperawatan (PPNI, 2017):

a. Gangguan eliminasi uring

Defenisi :

Disfungsi eliminasi urin

Penyebab :

- 1) Penurunan kapasitas kandung kemih
- 2) Iritasi kandung kemih
- 3) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- 4) Efek tindakan medis dan diagnostic (mis. Operasi ginjal, oprasi saluran kemih, anestesi dan obat-obatan)
- 5) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. Imboilisasi)
- 6) Kelemahan otot pelvis
- 7) Hambatan lingkungan
- 8) Ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi
- 9) *Outlet* kandung kemih tidak lengkap (mis. Anomali saluran kemih kongenital)
- 10) Imunitas (pada anak usia < 3 tahun)

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

Objektif:

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Desakan berkemih (urgensi) | 1. Distensi kandung kemih |
| 2. Urin menetas (dribbling) | 2. Berkemih tidak tuntas
(<i>hesitancy</i>) |
| 3. Sering buang air kecil | |
| 4. Nokturia | 3. Volume residu urin meningkat |
| 5. Mengompol | |

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :

(Tidak tersedia)

Objektif :

(tidak tersedia)

b. Hipovelemia

Defenisi :

Penurunan volume cairan intravascular, interstisial, dan/atau intraseluler

Penyebab :

- 1) Kehilangan cairan aktif
- 2) Kegagalan mekanisme regulasi
- 3) Peningkatan permeabilitas kapiler
- 4) Kekurangan intake cairan
- 5) Evaporasi

Gejala dan tanda mayor :

Subyektif :

(tidak tersedia)

objektif :

1. Frekuensi nadi meningkat
2. Nadi teraba lemah
3. Tekanan darah menurun
4. Tekanan nadi menyempit

5. Turgor kulit menurun
6. Membrane mukosa kering
7. Volume urin menurun
8. Hematocrit meningkat

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :

1. Merasa lemah
2. Mengeluh haus

Objektif :

1. Pengisian vena menurun
2. Status mental berubah
3. Suhu tubuh meningkat
4. Konsentrasi urin meningkat
5. Berat badan turun tiba-tiba

c. Ketidakseimbangan kada glukosa darah

Defenisi :

Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal

Penyebab :

Hiperglikemia

- 1) Disfungsi pancreas
- 2) Resistensi insulin
- 3) Gangguan toleransi glukosa darah
- 4) Gangguan glukosa darah puasa

Hipoglikemia

- 1) Penggunaan insulin atau obat glikemik oral
- 2) Hiperinsulinmia (mis. Insulinoma)
- 3) Endrokinopati (mis. Kerusakan adrenal atau pituitary)
- 4) Disfungsi hati

- 5) Disfungsi ginjal kronis
- 6) Efek agen farmakologis
- 7) Tindakan pembedahan
neuroplasma
- 8) Gangguan metabolic bawaan
(mis. Gangguan penyimpanan
lisosomal, galaktosemia

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

Hipoglikemia

- 1. Mengantuk
- 2. Pusing

Hiperglikemia

- 1. Lelah atau lesuh

Objektif :

Hipoglikemia

- 1. Gangguan koordinasi
- 2. Kadar glukosa dalam
darah/urin rendah

Hiperglikemia

- 1. Kadar glukosa dalam
darah/urin rendah

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :

Hipoglikemia

- 1. Palpitasi
- 2. Mengeluh laper

Objektif :

hipoglikemia

- 1. Gemetar
- 2. Kesadaran menurun
- 3. Perilaku aneh
- 4. Sulit bicara

5. Berkeringat

d. Deficit Nutrisi

Defenisi :

Asupan nutris tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab :

- 1) Ketidakmampuan menelan makan.
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- 3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- 5) Factor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
- 6) Factor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan tanda Mayor :

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

1. Berat badan menurun minimal
10% dibawah rentang normal

Gejala dan tanda Minor :

Subjektif :

1. Cepat kenyang setelah makan
2. Kram/nyeri abdomen
3. Nafsu makan menurun

Objektif :

1. Bising usus hiperaktif
2. Otot pengunyah lemah
3. Otot menelan lemah
4. Membrane mukosa pucat
5. Serum albumin menurun
6. Rambut rontok berlebihan

e. Intoleransi aktifitas

Defenisi :

Ketidakcukupan energy untuk melakukan aktifitas sehari-hari

Penyebab :

- 1) Ketidkseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- 2) Tirah baring
- 3) Kelemahan
- 4) Imobilitas
- 5) Gaya hidup monoton

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

1. Mengeluh leleh

Objektif :

1. Frkansi jantung meningkat
>20% dari kondisi istirahat

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :

1. Dispnea saat/setelah aktivitas
2. Merasa tidak nyaman setelah beraktifitas
3. Merasa lemah

Objektif :

1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
2. Gambaran EKG menunjukan eritmia saat/setelah aktivitas
3. Gambaran EKG menunjukan iskemia
4. Sianosis

f. Perfusi perifer tidak efektif

Defenisi :

Penurunan sirkulasi pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

Penyebab :

- 1) Hiperglikemia
- 2) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- 3) Peningkatan tekanan darah
- 4) Kekurangan volume cairan
- 5) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- 6) Kurang terpapar informasi tentang factor pemberat (mis. Merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imboilitas)
- 7) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (mis. Diabetes militus, hyperlipidemia)
- 8) Kurang aktifitas fisik

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

1. Pengisian kapiler >3 detik
2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba
3. Akral teraba dingin
4. Warna kulit pucat
5. Turgor kulit menurun

Gejala dan tanda Minor :

Subjektif :

1. Prastesia
2. Nyeri ekstermitas (klaudiakasi intermiten)

Objektif :

1. Edema
2. Penyembuhan luka lambat
3. Indeks ankie-brachial <0,90
4. Bruit femoral

g. Gangguan intergritas kulit

Defenisi :

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

Penyebab :

- 1) Perubahan sirkulasi
- 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- 3) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- 4) Penurunan mobilitas
- 5) Bahan kimia iritatif
- 6) Suhu lingkungan yang ekstrim
- 7) Factor makanan (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau factor elekstris (elektrodiatermi, energy listrik bertegangan tinggi)
- 8) Efek samping terapi radiasi
- 9) Kelembaban penuaan
- 10) Proses penuaan

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :

(tidak tersedia)

Objektif :

1. Nyeri
2. Perdarahan
3. Kemerahan
4. Hematoma

h. Resiko infeksi

Defenisi :

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Factor resiko :

- 1) Penyakit kronis (mis. Diabetes militus)
- 2) Efek prosedur invasive
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme
- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh

C. Konsep Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan pada penderita diabetes yaitu:

1) Identitas

a) Usia

Untuk DM Tipe 1 usia < 30 tahun. DM Tipe 2 Usia > 30 Tahun, cenderung meningkat pada usia >65 tahun. Menurut penelitian Arania et al (2021) menjelaskan bahwa usia juga merupakan salah satu faktor terjadinya diabetes melitus.

b) Jenis Kelamin

Kasus DM pada perempuan memiliki faktor resiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Faktor resiko pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki yaitu 2-3 kali, wanita hamil biasanya mengalami diabetes kehamilan. Jika memiliki riwayat diabetes insulin dan adaptasi mungkin diperlukan

2) Keluhan Utama

Merasa ingin selalu BAK, sering merasa haus, sering merasa lapar, merasa lemah dan gampang kelelahan, penglihatan kabur, mudah menderita infeksi. Gejala lain yang juga ditemukan pada penderita DM yang merupakan gejala awal terjadinya ulkus DM

adalah kesemutan di kaki dan tangan, gatal-gatal atau luka yang tidak sembuh-sembuh.

3) Riwayat Penyakit sekarang

Mengkaji adanya gatal pada kulit dan disertai luka yang memiliki proses sembuh yang lama, sering kesemutan, penurunan berat badan, peningkatan nafsu makan, sering haus, banyak kencing, penglihatan kabur.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Penyakit DM dapat menyerang saat kehamilan, atau penderita yang memiliki hipertensi, ISK berulang, obesitas.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga yang memiliki gen diabetes dari memiliki resiko untuk diturunkan.

6) Pemeriksaan Luka

Menurut Gitarja (2015) pemeriksaan luka meliputi pemeriksaan stage (1-4), warna dasar luka (merah-kuning-hitam), Type of issue (Epitelisasi-granulasi-slough), Dimention (pengukuran luka), exudates (cairan luka) odor (bau tidak sedap), wound edge (tepi luka), periwound skin (kulit sekitar luka), tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, function laesa), nyeri luka.

Pengkajian Ulkus DM perlu memperhatikan karakteristik luka DM yaitu:

- a) Perubahan kondisi kulit
- b) Kedalaman luka
- c) Exudat dengan jumlah bervariasi
- d) Edema
- e) Kulit sekitar hangat
- f) Infeksi
- g) Reflek berkurang/kurang sensitif
- h) Gangguan saat berjalan
- i) Tekanan perifer teraba
- j) CRT (capillary refill time)
- k) Lokasi luka yang sering terjadi pada tungkai seperti tumit, jari, telapak kaki, jari-jari kaki.

7) Pemeriksaan Pola Kesehatan

- a) Pola Pernafasan

Pasien Ulkus Diabetikum pola pernafasan mungkin akan terganggu ketika pasien merasakan nyeri .

- b) Pola Nutrisi Metabolic

pada pasien Ulkus Diabetikum ditemukan adanya mual, muntah, anoreksia, ketidakmampuan untuk makan .

- c) Pola Sirkulasi.

Terjadinya pembengkakan pada ekstermitas bawah, peningkatan tekanan darah.

d) Pola Aktifitas dan Latihan

Ketidakmampuan melakukan aktivitas, kelelahan, kelemahan, malaise, kelemahan masa otot, nyeri

e) Pola Isterahat dan Tidur

Adanya ketidakmampuan untuk tidur, insomnia

f) Pola Reproduksi

Penderita Ulkus Diabetikum tidak mengalami perubahan pada reproduksi atau seksualitas

g) Pola Presepsi Kesehatan

Kemungkinan adanya riwayat kebiasaan konsumsi makanan yang mengandung gula yang tinggi.

b. Pemeriksaan Fisik

Menurut (Suddarth 2019), pemeriksaan fisik pada pasien dengan Ulkus Diabetikum, antara lain :

a) Kulit dan rambut

- Inspeksi

Kulit : Pucat, tidak ada lesi, turgor kulit menurun, edema.

Rambut : Berwarna hitam, tampak bersih.

- Palpasi : Akral terasa dingin

b) Kepala

- Inspeksi : Bentuk simetris antara kanan dan kiri, bentuk kepala lonjong tidak ada lesi.

- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

c) Mata

- Inspeksi : Bentuk bola mata lonjong, sklera ikhterik.

d) Telinga

- Inspeksi : Ukuran sedang, simetris antara kanan dan kiri, tidak ada serumen pada lubang telinga, tidak ada benjolan.

e) Hidung

- Inspeksi : Simetris, tidak ada sekret, tidak ada lesi
- Palpasi : Tidak ada benjolan

f) Mulut

- Inspeksi : Bentuk mulut simetris, lidah bersih, gigi bersih, mukosa lembab

g) Leher

- Inspeksi : Bentuk leher simetris, tidak terdapat benjolan di leher.
- Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

h) Paru

- Inspeksi : Simetris antara kanan dan kiri
- Palpasi : Getaran lokal femitus sama antara kanan dan kiri
- Auskultasi : Normal
- Perkusi : Resonan

i) Abdomen

- Inspeksi : Tampak simetris antara kanan dan kiri
- Palpasi : Tidak ada nyeri

j) Ekstermitas atas

- Inspeksi : Tangan kanan dan kiri normal

Ekstermitas bawah

- Inspeksi : Terdapat luka di kaki
- Palpasi : Terdapat nyeri pada luka.

c. Tabulasi Data

Merasa ingin selalu BAK, sering merasa haus, sering merasa lapar, merasa lemah dan gampang kelelahan, penglihatan kabur, mudah menderita infeksi, kesemutan di kaki dan tangan, gatal-gatal atau luka yang tidak sembuh-sembuh.

d. Klasifikasi Data

1) Data Subyektif

Merasa ingin selalu BAK, sering merasa haus, sering merasa lapar, merasa lemah dan gampang kelelahan, penglihatan kabur, mudah menderita infeksi, kesemutan di kaki dan tangan, gatal-gatal atau luka yang tidak sembuh-sembuh.

2) Data Objektif

Distensi kandung kemih, volume residu urin meningkat, pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat, kadar glukosa dalam darah/urin tinggi. berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, edema,

penyembuhan luka lambat, kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, kemerahan

e. Analisa Data

Setelah data di klasifikasi, maka diperoleh gambaran tentang masalah oleh pasien dengan Ulkus Diabetikum adalah sebagai berikut

Tabel 2.1 Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1	Data subyektif : Rasa ingi selalu BAK Data objektif: Distensi kandung kemih, volume residu urin meningkat	Penurunan Kapasitas Kandung Kemih	Gangguan eliminasi urin
2	Data subyektif : sering merasa haus Data objektif : pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat	Kekurangan intake cairan	Hipovolemia
3	Data subjektif : sering merasa lapar. Data objektif : kadar glukosa dalam darah/urin tinggi	Disfungsi pancreas	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
4	Data subyektif : - Data objektif : berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal	ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient	Defisit nutrisi
5	Data subjektif : merasa lelah dan gampang kelelahan Data objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat	Kelemahan	Intoleransi aktifitas
6	Data subyektif : penglihatan kabur Data objektif : edema, penyembuhan luka lambat	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif
7	Data subyektif : -	Penyakit kronis	Resiko infeksi

Lanjutan Tabel 2.1 Analisa data

	Data objektif : kalus (mata ikan), perubahan warna kulit (kemerahan, kebiruan atau kehitaman),		
8	Data subjektif : kesemutan di kaki dan tangan, gatal-gatal atau luka yang tidak sembuh-sembuh Data objektif :penyembuhan luka lambat, kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, kemerahan	Neuropati Perifer	Gangguan integritas kulit

2. Prioritas masalah

- a. Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan intake cairan
- b. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan disfungsi pancreas
- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
- d. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Hiperglikemia
- e. Gangguan Eliminasi Urin berhubungan dengan Penurunan Kapasitas Kandung Kemih
- f. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Neuropati Perifer
- g. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan
- h. Resiko Infeksi ditandai dengan penyakit kronis (diabetes melitus)

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan (SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Ulkus Diabetikum antara lain:

- a. Hipovolemia berhubungan dengan Kekurangan intake cairan
 - Data subyektif : Sering merasa haus
 - Data objektif : Pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urin meningkat
- b. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan disfungsi pancreas
 - Data subjektif : Sering merasa lapar.
 - Data objektif : Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi
- c. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
 - Data subyektif : -
 - Data objektif : Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal
- d. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Hiperglikemia
 - Data subyektif : Penglihatan kabur
 - Data objektif : Edema, penyembuhan luka lambat
- e. Gangguan Eliminasi Urin berhubungan dengan Penurunan Kapasitas Kandung Kemih
 - Data subyektif : Rasa ingi selalu BAK
 - Data objektif : Distensi kandung kemih, volume residu urin meningkat
- f. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan Neuropati Perifer
 - Data subjektif : Kesemutan di kaki dan tangan, gatal-gatal atau luka yang tidak sembuh-sembuh

Data objektif : Penyembuhan luka lambat, kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, kemerahan

g. Resiko Infeksi ditandai dengan penyakit kronis (diabetes melitus)

Data subyektif : -

Data objektif :-

4. Perencanaan Keperawatan (intervensi keperawatan) (SDKI, SLKI.SIKI) Kementrian, kesehatan Republik Indonesia (2018

a. Diagnose 1 : hipovolemia

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kepada pasien diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil

- 1) Frekuensi nadi membaik
- 2) Tekanan darah membaik
- 3) Tekanan nadi membaik
- 4) Turgor kulit membaik
- 5) Hemoglobin membaik

Intervensi

Mandiri :

- 1) Dapatkan riwayat pasien/orang terdekat sehubungan dengan lamanya intensitas dari gejala seperti muntah, pengeluaran urin yang sangat berlebihan.

Rasional : Membantu dalam memperkirakan kekurangan volume total. Tanda dan gejala mungkin sudah ada pada beberapa waktu sebelumnya (beberapa jam sampai beberapa hari). Adanya proses

infeksi mengakibatkan demam dan keadaan hipermetabolik meningkatkan kehilangan air tidak kasatmata.

2) Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan TD ortostatik

Rasional : Hipovolemia dapat dimanifestasikan oleh hipotensi dan takikardia. Perkiraan berat ringannya hipovlemi dapat dibuat ketika tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmhg dari posisi berbaring ke posisi duduk/berdiri.

3) Pantau Suhu warna kulit atau kelembabanya

Rasional : Meskipun demam, mengigil dan diaphoresis merupakan hal umum terjadi pada proses infeksi, demam dengan kulit yang kemerahan, kering mungkin sebagai cerminan dari dehidrasi.

4) Kaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit, dan membrane mukosa .

Rasional : Merupakan indicator dari tingkat dehidrasi, atau volume sirkulasi yang adekuat.

5) Observasi adanya perasaan kelelahan yang meningkat, edema, peningkatan berat badan, nadi tidak teratur dan adanya distensi pada vaskuler

Rasional : Pemberian cairan untuk perbaikan yang cepat mungkin sangat berpotensi menimbulkan kelebihan beban cairan dan GIK.

b. Diagnose 2 : Ketidakstabilan glukosa darah

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Kadar glukosa dalam darah membaik
- 2) Kadar glukosa dalam urine membaik
- 3) Rasa lapar menurun

Intervensi

Mandiri :

- 1) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
- 2) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat
(mis. Penyakit kambuhan)
- 3) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu
- 4) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)
- 5) Monitor intake dan output cairan
- 6) Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Kolaborasi :

- 1) Berikan asupan cairan oral

c. Diagnos 3 : Defisit Nutrisi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan kepada pasien diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Nyeri abdomen membaik
- 2) Peristaltik usus membaik
- 3) Nafsu makan membaik

Intervensi

Mandiri :

- 1) Timbang berat badan setiap hari atau sesuai dengan indikasi
Rasional : Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat (termasuk absorpsi dan utilisasinya)
- 2) Tentukan program diet dan pola makan pasien dan bandingkan dengan makanan yang dapat dihabiskan pasien
Rasional : Mengidentifikasi kekurangan dan penyimpangan dari kebutuhan terpeutik
- 3) Auskultasi bising usus, catat adanya nyeri abdomen/perut kembung, mual, muntahan makanan yang belum sempat dicerna, pertahankan keadaan puasa sesuai dengan indikasi
Rasional : Hiperglikemia dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat menurunkan motilitas/fungsi lambung (distensi atau ileus paralitik) yang akan mempengaruhi pilihan intervensi
- 4) Berikan makanan cair yang mengandung zat makanan (nutrient) dan elektrolit dengan segera jika pasien sudah dapat mentoleransinya melalui pemberian cairan melalui oral. Dan selanjutnya terus mengupayakan pemberian makanan yang lebih padat sesuai dengan yang dapat ditoleransi
Rasional : Pemberian makanan melalui oral lebih baik jika pasien sadar dan fungsi gastrointestinal baik

- 5) Identifikasi makanan yang disukai/kehendaki

Rasional : jika makanan yang disukai dapat dimasukan dalam pencernaan makanan, kerja sama ini dapat diupayakan setelah pulang.

- 6) Libatkan pasien pada pencernaan makanan ini sesuai dengan indikasi

Rasional : Meningkatkan rasa keterlibatannya memberikan informasi kepada keluarga untuk memahami kebutuhan nutrisi pasien

- 7) Observasi tanda-tanda hipoglikemia seperti perubahan tingkat kesadaran. Kulit lembab/dingin , denyut nadi cepat, lapar, peka rangsang, cemas, sakit kepala dan pusing

Rasional : Karna metabolisme karbohidrat mulai terjadi (gula darah akan berkurang, dan sementara tetap diberikan insulin maka hipoglikemi dapat terjadi jika pasien dalam keadaan koma.

Kolaborasi :

- 1) Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan “finger stick”

Rasional : Analisa ditempat tidur terhadap gula darah lebih akurat (menunjukkan keadaan saat dilakukan pemeriksaan dari pada memantau gula dalam urin (reduksi urine) yang tidak cukup akurat untuk mendeteksi fluktuasi kadar gula darah dan dapat dipengaruhi oleh ambang ginjal pasien secara individual.

2) Pantau pemeriksaan laboratorium, seperti glukosa darah, aseton, Ph dan HCO₃

Rasional : Gula darah akan menurun perlahan dengan penggantian cairan dan terapi insulin terkontrol. Dengan pemberian insulin dosis optimal, glukosa kemudian dapat masuk kedalam sel dan digunakan untuk sumber kalori.

3) Berikan pengobatan insulin secara teratur dengan metode IV secara intermiten atau secara kontinu. Seperti bolus IV diikuti dengan tetesan yang kontinu melalui alat pompa kira-kira 5-10 UI/jam sampai glukosa darah mencapai 250 mg/dl

Rasional : Insulin regular memiliki awitan cepat dan karenanya dengan cepat pula dapat membantu memindahkan glukosa kedalam sel. Pemberian melalui IV merupakan rute pilihan utama karena absorpsi dari jaringan subkutan mungkin tidak menentu atau sangat lambat.

4) Berikan larutan glukosa, misalnya dekstrosa dan setengah salin normal.

Rasional : Larutkan glukosa ditambahkan setelah insulin dan cairan membawa gula darah kira-kira 250 mg/dl. Dengan metabolisme karbohidrat mendekati normal, perawatan harus diberikan untuk menghindari terjadinya hipoglikemia

5) Lakukan konsultasi dengan ahli diet

Rasional : Sangat bermanfaat dalam perhitungan dan penyusunan diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien; menjawab pertanyaan dan dapat pula membantu pasien atau orang terdekat dalam mengembangkan perencanaan makan.

d. Diagnose 4 : Perfusi perifer tidak efektif

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kepada pasien diharapkan Perfusi Perifer meningkat

dengan kriteria hasil :

- 1) Denyut nadi perifer meningkat
- 2) Penyembuhan luka meningkat
- 3) Sensasi meningkat Warna
- 4) kulit pucat menurun
- 5) Edema perifer menurun
- 6) Nyeri ekstremitas menurun

Intervensi

Mandiri :

- 1) Ubah posisi secara perlahan ditempat tidur pada saat pemindahan

Rasional : Mekanisme vasokonstriksi ditekan dan akan bergerak dengan cepat pada kondisi hipotensi

2) Bantu latihan rentang gerak, meliputi latihan aktif kaki dan lutut

Rasional : Menstimulasi sirkulasi perifer, membantu mencegah jadinya vena statis sehingga menurunkan resiko pembentukan thrombus

3) Bantu dengan ambulasi awal

Rasional : Meningkatkan sirkulasi dan mengembalikan fungsi normal organ

4) Kaji ekstermitas bagian bawah seperti adanya eritema, tanda hormone positif

Rasional : Sirkulasi mungkin harus dibatasi untuk beberapa posisi selama proses operasi, sementara itu obat-obatan anastesi dan menurunnya aktifitas dapat mengganggu tonusitas vasomotor, kemungkinan bendungan vaskuler dan peningkatan resiko pembentukan thrombus

5) Pantau tanda-tanda vital : palpasi denyut nadi perifer, catat suhu/warna kulit dan pengisian kapiler, evaluasi waktu dan pengeluaran cairan urine

Kolaborasi :

1) Beri cairan IV/ produk-produk darah sesuai kebutuhan

Rasional : Mempertahankan volume sirkulasi, mendukung terjadinya perfusi jaringan

2) Berikan obat-obatan antiembolik sesuai indikasi

Rasional : Meningkatkan pengembalian aliran vena dan mencegah aliran vena statis pada kaki untuk menurunkan risiko thrombosis

e. Diagnose 5 : Gangguan eliminasi urin

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi urin membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Frekuensi BAK membaik
- 2) Karakteristik urine membaik
- 3) Desakan berkemih menurun

Intervensi

Mandiri :

- 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine
- 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine
- 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi aroma, volume dan warna)
- 4) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
- 5) Batasi asupan cairan, jika perlu
- 6) Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

f. Diagnose 6 : Gangguan integritas kulit

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan perawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil :

- 1) Elastisitas meningkat
- 2) Hidrasi meningkat
- 3) Perfusi jaringan meningkat
- 4) Kerusakan jaringan menurun
- 5) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 6) Nyeri menurun
- 7) Perdarahan menurun
- 8) Kemerahan menurun

Intervensi

Mandiri :

- 1) Beri penguatan pada balutan awal/penggantian sesuai indikasi.

Gunakan teknik aseptik yang ketat

Rasional : Lindungi luka dari perlukaan mekanis dan kontaminasi. Mencegah akumulasi cairan yang dapat menyebabkan ekskoriasi

- 2) Secara hati-hati lepaskan perekat (sesuai arah pertumbuhanrambut) dan pembalut pada waktu mengganti

Rasional : Mengurangi resiko trauma kulit dan gangguan pada luka

3) Periksa tegangan balutan. Beri perkat pada insisi menuju ke tepi luar dari balutan luka. Hindari menutup pada seluruh ekstermitas.

Rasional : Dapat mengganggu atau membendung sirkulasi pada luka sekaligus bagian distal dari ekstermitas

4) Periksa luka secara teratur, catat karakteristik dan integritas kulit
Rasional : Pengenalan akan adanya kegagalan proses penyembuhan luka/berkembangnya komplikasi secara dini dapat mencegah terjadinya kondisi yang lebih serius

5) Kaji jumlah dan karakteristik cairan luka

Rasional : Menurunya cairan menandakan evolusi dari proses penyembuhan, apabila pengeluaran cairan terus menerus atau adanya eksudat yang bau menunjukkan terjadinya komplikasi (misalnya pembentukan fistula, perdarahan, infeksi)

6) Biarkan terjadi kontak antara luka dengan udara sesegera mungkin atau tutup dengan kain kasa tipis/bantalan telfa sesuai kebutuhan

Rasional : Membantu meringankan luka dan memfasilitasi proses penyembuhan luka. Pemberian cahaya mungkin diperlukan untuk mencegah iritasi bila tepi luka/sutura bergesekan dengan pakyan lineal

7) Bersihkan permukaan kulit dengan menggunakan hydrogen peroksida atau dengan air yang mengalir dan sabun lunak setelah daerah insisi ditutup.

Rasional : Menurunkan kontaminasi kulit; membantu dalam membersihkan eksudat.

Kolaborasi:

- 1) Irigasi luka; bantu dengan melakukan debridemen sesuai kebutuhan

Rasional : Membuang jaringan nekrotik/luka eksudat untuk meningkatkan penyembuhan.

g. Diagnose 7 : Intoleransi aktifitas

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan perawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Saturasi oksigen meningkat
- 3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 4) Kecepatan berjalan meningkat
- 5) Jarak berjalan meningkat

Intervensi

Mandiri :

- 1) Kaji respon pasien terhadap aktivitas. Perhatikan perubahan adanya dan perubahan dalam keluhan kelemahan, kelelahan, dan dyspnea berkenaan dengan aktifitas

Rasional : Miokarditis menyebabkan inflamasi dan kemungkinan kerusakan fungsi sel-sel miokardial, sebagai akibat penurunan pengisian dan curah jantung dapat

menyebabkan pengumpulan cairan dalam kantung pericardial bila ada perikaritis

- 2) Pantau frekuensi/irama jantung, tekanan darah dan frekuensi pernapasan sebelum/setelah aktivitas dan selama diperlukan.

Rasional : Membantu menentukan derajat dekomposisi jantung dan pulmonal. Penurunan tekanan darah, takikardia, disritmia, dan takipnea adalah indikatif dari kerusakan toleransi jantung terhadap aktivitas.

- 3) Pertahankan tiras baring secara prionde demam dan sesuai indikasi

Rasional : Meningkatkan resolusi inflamasi selama fase akut dari pericarditis/endokardius

- 4) Bantu pasien dalam program latihan progresif bertahap sesegera mungkin untuk turun dari tempat tidur, mencatat respons tanda vital dan toleransi pasien pada peningkatan aktivitas

Rasional : Saat inflamasi/kondisi dasar teratasi, pasien mungkin mampu melakukan aktifitas yang diinginkan, kecuali kerusakan miokard permanen/terjadi komplikasi.

- 5) Evaluasi proses emosional terhadap situasi/berikan dukungan

Rasional : Ansietas akan ada karena inflamasi/infeksi dan respon jantung, serta derajat takut pasien serta kebutuhan keterampilan coping emosional diakibatkan oleh potensial penyakit yang mengancam hidup.

Kolaborasi :

1) Berikan oksigen suplemen

Rasional : Peningkatan ketersediaan oksigen untuk ambilan miokard untuk mengimbangi peningkatan konsumsi oksigen yang terjadi dengan aktifitas.

h. Diagnose 8 : Resiko infeksi

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan perawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- 1) Kebersihan tangan meningkat
- 2) Kebersihan badan meningkat
- 3) Nafsu makan meningkat
- 4) Demam menurun
- 5) Kemerahan menurun
- 6) Nyeri menurun
- 7) Bengkak menurun
- 8) Vesikel menurun
- 9) Cairan berbau busuk menurun
- 10) Sputum berwarna hijau menurun

Intervensi

Mandiri :

- 1) Observasi tand-tanda infeksi dan peradangan, seperti demam, kemerahan, adanya pus pada luka, sputum purulent, urine warna keruh atau berkabut

Rasional : Pasien mungkin masuk dengan infeksi yang biasanya telah mencetuskan keadaan ketoasidosis atau dapat mengalami infeksi nosocomial

- 2) Tingkatkan upaya pencegahan dengan melakukan cuci tangan yang baik pada semua orang yang berhubungan dengan pasien termasuk pasiennya sendiri.

Rasional : Mencegah timbulnya infeksi (infeksi nosocomial)

- 3) Pertahankan teknik aseptik pada prosedur invasive (seperti pemasangan infus, kateter folley), pemberian obat intravena dan memberikan perawatan pemeliharaan. Lakukan pengobatan melalui IV sesuai indikasi.

Rasional : Kadar glukosa yang tinggi dalam darah akan menjadi media terbaik bagi pertumbuhan kuman.

- 4) Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh. Masase daerah tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering. Linen kering dan tetap kencang (tidak berkerut)

Rasional : sirkulasi perifer bias terganggu yang menempatkan pasien pada peningkatan risiko terjadinya kerusakan pada kulit/iritasi kulit dan infeksi.

- 5) Posisikan pasien pada posisi semi-fowler

Rasional : Memberikan kemudahan bagi paru untuk berkembang, menurunkan resiko terjadinya aspirasi.

Kolaborasi :

1) Lakukan pemeriksaan kultur dan sensitivitas sesuai dengan indikasi

Rasional : Untuk mengidentifikasi organisme sehingga dapat memilih/memberikan terapi antibiotic yang terbaik

2) Berikan obat antibiotic yang sesuai

Rasional : Penanganan awal dapat membantu mencegah timbulnya sepsis

5. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan suatu komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan yaitu tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari Asuhan Keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Perry dan Potter, 2020).

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dan proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan (Perry dan Potter, 2020)

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan/Desain Studi Kasus

Jenis penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif bertujuan untuk menggambarkan objek yang diteliti. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan Asuhan Keperawatan yang meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi pada pasien dengan Diagnosa medis Ulkus Diabetikum di Rumah Sakit Umum Ende.

B. Subyek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan pada studi kasus Asuhan Keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang telah diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistik pada pasien dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetikum di RSUD Ende.

C. Istilah (definisi operasional batasan)

Menurut (Nurjana & Sahabuddin, 2022) batasan istilah atau definisi operasional memuat penjelasan terkait istilah-istilah yang terdapat pada judul penelitian. Hal ini bertujuan untuk menghindari kesalahpahaman antara penulis dan pembaca. Adapun batasan istilah dalam studi kasus yang ini yaitu:

Ulkus Diabetikum merupakan kondisi yang terjadi pada penderita diabetes melitus dikarenakan abnormalitas syaraf dan terganggunya arteri

perifer yang menyebabkan terjadi infeksi, tukak dan destruksi jaringan dikulit kaki.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Lokasi studi kasus dilakukan di Ruangan Perawatan Bedah RSUD Ende.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah di setujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus di lanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala Ruangan Perawatan Bedah (RPB), kemudian menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang di pilih. Setelah itu menentukan responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed consent.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat social, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi dan Pemeriksaan fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi palpasi, perkusi, dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, thermometer dan tensi meter

3. Studi Kasus

Studi kasus dilakukan dengan melihat hasil pemeriksaan pasien seperti hasil pemeriksaan laboratorium, catatan medis dan keperawatan pasien.

G. Instrumen Pengumpulan Data

Instrument pengumpulan data yang digunakan adalah format pengkajian Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan actual. Pada studi kasus ini data diperoleh:

1. Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya meliputi biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, riwayat

kesehatan keluarga, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien yang mengerti dan dekat dengan klien yang meliputi riwayat penyakit keluarga dan perawatan klien di rumah dan dilaporkan ke petugas kesehatan.

I. Analisa Data

Analisa data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif setelah diklasifikasikan. Data-data tersebut, kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah – masalah keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan di implementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi di tampilkan dalam bentuk naratif.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Studi Kasus

Penelitian dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik pemerintah kabupaten Ende dengan lokasi di jalan Prof. W.Z Yohanes yang berbatasan dengan sebelah utara jalan Sam Ratulangi, sebelah timur pemukiman penduduk. RSUD Ende menyediakan beberapa alokasi tempat tidur yang disediakan adalah 145 tempat tidur. Fasilitas pelayanan lainnya yang ada pada RSUD Ende yaitu rawat jalan, instalasi gawat darurat, ruang bersalin, instalasi bedah sentral, unit penunjang medis dan non medis. Instalasi rawat jalan terdiri dari poli penyakit dalam, poli bedah, poli kandungan, poli anak, poli mata, poli gigi dan fisioterapi. Klinik VCT, poli tumbuh kembang anak, ruang konsultasi gizi dan pojok laktasi. Unit penunjang medis terdiri dari farmasi, radiologi, laboratorium, bank daerah (BDRS), elektromedis dan fisiterapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari instalasi pemeliharaan sarana prasarana rumah sakit, unit catatan medic, instalasi kamar jenazah dan sentral oxygen

2. Pengkajian

Pada tanggal 13 Agustus 2024

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Klien

Nama Ny M.I usia 51 tahun agama islam jenis kelamin perempuan status sudah menikah pendidikan terakhir SD alamat Pulo Ende, masuk Rumah Sakit pada tanggal 10 Agustus 2024 dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetikum. Penanggung jawab klien An. M usia 21 tahun alamat Pulo Ende.

2) Status Kesehatan

a) Status Kesehatan saat ini

(1) Keluhan utama

Pasien mengatakan kakinya terasa kebas

(2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan kakinya terasa kebas, gatal-gatal, sering haus dan sering BAK jika dimalam hari ataupun disiang hari, penglihatan kurang normal.

(3) Alasan masuk rumah sakit

Pasien mengatakan sejak 2 minggu yang lalu pasien merasakan kakinya gatal-gatal dan terasa kebas, kemudian setelah itu kulit kaki pasien terkelupas dan menjadi luka yang besar dan bernanah dan pasien merasakan lukanya tidak kunjung sembuh, setelah itu pada tanggal 09 Agustus pasien

berobat ke Puskesmas Ahmad Yani sesampinya di puskesmas pasien langsung dirujuk ke RSUD Ende pada tanggal 10 Agustus 2024.

b) Status kesehatan masa lalu

(1) Riwayat penyakit Dahulu

Pasien mengatakan 7 tahun yang lalu pasien pernah mengalami penyakit yang sama seperti sekarang yaitu Ulkus Diabetikum.

(2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan sebelumnya ia pernah dirawat di RSUD Ende selama 2 minggu lamanya.

(3) Kebiasaan (merokok, minum kopi dan alcohol)

Pasien mengatakan sebelum sakit dan selamia sakit pasien tidak memiliki kebiasaan mengkonsumsi rokok alcohol dan minum kopi

c) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama seperti pasien maupun penyakit lainnya.

d) Diagnose medis yang didapatkan sebelumnya.

Pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah didiagnosa penyakit Ulkus Diabetikum.

3) Pola kebutuhan dasar

a) Pola persepsi dan manajemen

Pasien mengatakan sebelumnya ia jarang mengontrol kesehatannya setelah ia sembuh dari penyakit yang pernah dideritanya. Pasien juga tidak mematuhi pantangan yang dianjurkan oleh dokter. Pasien juga mengatakan pantangan yang dianjurkan oleh dokter yaitu tidak diperbolehkan mengonsumsi makanan yang tinggi gula seperti gula pasir, minuman kemasan, es krim, susu kental manis

b) Pola nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit pasien mengatakan sebelumnya pasien makan 3 kali sehari 1 piring dihabiskan makanan yang dikonsumsi yaitu nasi sayur-sayuran dan lauk pauk . Pasien juga mengatakan sering merasa haus ketika di malam hari dan di siang hari.

Saat sakit pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit makanan yang dikonsumsi yaitu nasi sayur-sayuran dan lauk pauk.

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 2-3 kali sehari dengan konsistensi lunak,

Klien biasa BAK 4-6 kali sehari, pasien juga mengatakan sebelum sakit pasien sering BAK di malam hari dan di siang hari.

Saat sakit pasien mengatakan BAB 2-3 kali sehari dengan konsistensi lunak. Klien biasa BAK 5-6 kali sehari, pasien juga mengatakan saat sakit juga pasien sering BAK dimalam hari dan disiang hari warna BAK berwarna putih tidak ada aroma .

d) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah tempat pasien bisa melakukannya sendiri tanpa bantuan orang lain, pasien juga mengatakan sebelum sakit pasien sering berkebun.

Saat sakit pasien mengatakan makan dan minum bisa dilakukannya sendiri tanpa dibantu oleh orang lain, sedangkan toileting, berpakaian dan berpindah tempat pasien dibantu oleh orang lain.

e) Pola kognitif dan persepsi

Sebelum sakit pasien mengatakan kemampuan ingatannya baik, tetapi penglihatannya kurang normal dan pengecap rasa normal.

Saat sakit pasien mengatakan kemampuan ingatannya baik, mampu menjawab pertanyaan oleh perawat, penglihatan kurang baik, pendengaran baik.

f) Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit pasien mengatakan pada malam hari pasien tidur selama 8 jam tidur dari pukul 22.00 dan bisannya pasien

bangun pada jam 05.00. Pasien juga mengatakan saat malam hari pasien juga sering terbangun karan pasien sering merasakan haus dan BAK.

Saat sakit pasien mengatakan pada malam hari pasien tidur 7 jam tidur dari pukul 22.00 dan bangun dijam 04.00 pagi. Pasien juga mengatakan pada saat tidur dimalam hari pasien sering terbangun karena sering merasakan haus dan BAK.

g) Pola peran hubungan

Pasien mengatakan hubungan dengan keluraganya baik-baik saja begitupun dengan orang-orang sekitarnya.

h) Pola toleransi stress koping.

Paaien mengatakan ia sangat stress dan merasa sedih karena tidak mampu beraktifitas seperti sebelumnya.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum: lemah

Tingkat kesadaran: composmetis

GCS: 15

b) Tanda-tanda vital

TD : 100/70 mmhg

S : 36 °C

N : 80 x/m

RR : 19 x/m

SPO2: 113%

c) Kulit dan rambut

- Inspeksi

Kulit : Kulit tidak ada lesi, turgor kulit tampak menurun

Rambut : Berwarna hitam, tampak bersih.

- Palpasi : Akral teraba dingin

d) Kepala

- Inspeksi : Bentuk simetris antara kanan dan kiri bentuk kepala tampak lonjong tidak ada lesi.

- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

e) Mata

- Inspeksi : bentuk bola mata tampak lonjong

f) Telinga

- Inspeksi : ukuran tampak sedang, tampak simetris antara kiri dan kanan, tampak tidak ada sirumen pada lubang telinga, tampak tidak ada benjolan.

g) Hidung

- Inspeksi : Tampak simetris tidak ada secret tidak ada lesi

- Palpasi : Tampak tidak ada benjolan.

h) Mulut

- Inspeksi : Bentuk mulut tampak simetris, lidah tampak bersih, mukosa bibir tampak kering.

i) Leher

- Inspeksi : Bentuk leher tampak simetris.tidak terdapat benjolan dileher.
- Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

j) Paru-paru

- Inspeksi : Tampak simetris antara kanan dan kiri
- Palpasi : Getaran femitus sama antara kanan dan kiri
- Auskultasi : Normal

k) Abdomen

- Inspeksi : Tampak simetris antara kanan dan kiri
- Palpasi : Tidak ada nyeri

l) Ekstermitas atas

- Inspeksi : Tangan kanan terpasang infus RL14 tpm tangan kanan tampak normal

Ekstermitas bawah

- Inspeksi : Tampak luka dibagian kaki kanan, luka tampak berwarna kemerahan hitam dan bernanah tampak udem
- Palpasi : Nyeri pada luka.

b. Pemeriksaan Penunjang

10 Agustus 2024

Table 4.1. Pemeriksaan Penunjang

Parameters		Reference Range	
WBC	31.06+ (10 π 3/uL)	(3.60-11.00)	
LYMPH	2.37# (10 π 3/uL)	(1.00-3.70)	
MONO#	1.50 (10 π 3/uL)	(0.00-0.70)	
EO#	0.21 (10 π 3/uL)	(0.00-0.10)	
EASO#	0.03 (10 π 3/uL)	(0.00-0.10)	
EUT#	26.95 (10 π 3/uL)	(1.50-7.00)	
YMPH%	7.6 (%)	(2.50-40.0)	
MONO%	4.8 (%)	(2.0-8.0)	
O%	0.7 (%)	(2.0-4.0)	
EASO	0.1 (%)	(0.0-1.0)	
EUT	86.8 (%)	(50.0-70.0)	

c. Penatalaksanaan/ Pengobatan

Tabel 4.2 Penatalaksanaan/Pengobatan

Nama Obat	Dosis Obat	Cara Pemberian	Indikasi
Paracetamol	3 x 1 gr	IV	Meredahkan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit
Ranitidine	2 x 50 mg	Oral	Mengobati gejala akibat produksi asam lambung berlebih
ceftriaxone	2 x 1 gr	IV	Untuk mengatasi infeksi bakteri
Metronidazole	3x 500 mg	Oral	Untuk mengobati infeksi bakteri diberbagai organ tubuh
Glimepirid	1 x 4 mg	Oral	Mengontrol kadar gula darah pada penderita diabetes
Metformin	3 x 50 mg	Oral	Penanganan diabetes, mencegah diabetes tipe 2
Cetrolac	3 x 3 mg	IV	Mengatasi nyeri akut dan digunakan dalam jangka pendek
Asam tranex	3 x 500	IV	Digunakan dalam jangka pendek untuk mengatasi pendarahan

d. Tabulasi Data

Kaki terasa kebas, gatal-gatal, sering merasakan haus dan sering BAK jika dimalam hari ataupun disiang hari, penglihatan kurang normal, luka yang tidak kunjung sembuh, luka tampak berwarna kemerahan hitam dan bernanah,tampak udem pada kaki kanan, mukosa bibir tampak kering, akral teraba dingin, turgor kulit tampak menurun tampak lemah, konsistensi urin meningkat pasien tampak sering mengkonsumsi air, urin tampak berwarna putih dan tidak ada aroma GDS 371

TD : 100/70 mmhg

S : 36°C

N : 80 x/m

RR : 19 x/m

SPO2 : 113%

e. Klasifikasi data

Data subyektif: Pasien mengatakan kaki terasa kebas, gatal-gatal, sering merasakan lapar, sering merasakan haus, sering BAK dimalam hari ataupun disiang hari penglihatan kurang normal merasa lemah, luka tidak kunjung sembuh.

Data objektif: Pasien tampak sering BAK, sering minum air, luka tampak berwarna kemerahan hitam dan bernanah, mukosa bibir tampak kering, akral teraba dingin, turgor kulit tampak menurun, pasien tampak

lemah, urin tampak berwarna putih tidak ada arom, kaki kanan tampak

udem GDS 371

TD : 100/70 mmhg

S : 36 °C

N : 80 x/m

RR : 19 x/m

SPO2 : 113

f. Analisa Data

Tabel 4.3. Analisa Data

No	Sign/symptom	Etiologi	Problem
1	DS: Pasien mengatakan sering buang air kecil (BAK) dimalam hari dan disiang hari DO: Pasien tampak sering BAK, warna urin tampak berwarna putih dan tidak ada aroma TD : 100/70 mmhg S : 36 °C N : 80 x/m RR : 19 x/m SPO2 : 113	Penurunan kapasitas kandung kemih	Gangguan Eliminasi Urin
2	DS: Pasien mengatakan sering merasa haus disiang dan dimalam hari. DO: Pasien tampak sering minm air, konsistensi urin tampak meningkat mukosa bibir tampak kering. TD : 100/70 mmhg S : 36 °C N : 80 x/m RR : 19 x/m	Kekurangan intake cairan	Hipovolemia

Lanjutan Tabel 4.3 Analisa Data

	SPO ₂ : 113		
3	DS: Pasien mengatakan merasa lemah DO: Pasien tampak lemah TD : 100/70 mmhg S : 36°C N : 80 x/m RR : 19 x/m SPO ₂ : 113	Kelemahan	Intoleransi aktifitas
4	DS: Pasien mengatakan penglihatanya kurang normal DO: Penyembuhan luka GDS 371 tampak lambat, tampak udem TD : 100/70 mmhg S : 36 °C N : 80 x/m RR : 19 x/m SPO ₂ : 113	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif
5	DS: Pasien mengatakan kakinya terasa kebas, terasa gatal-gatal, luka yang tidak kunjung sembuh DO: Penyembuhan luka tampak lambat, luka tampak kemerahan, hitam dan bernanah. TD : 100/70 mmhg S : 36 °C N : 80 x/m RR : 19 x/m SPO ₂ : 113	Neuropati perifer	Gangguan integritas kulit

3. Diagnose keperawatan

- a. Ganggua eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih ditandai dengan
DS : Pasien mengatakan sering Buang Air Kecil (BAK) dimalam hari dan disiang hari

DO : Pasien tampak sering BAK, warna urin tampak berwarna putih
dan tidak ada aroma

TD : 100/70 mmhg

S : 36 °C

N : 80 x/m

RR : 19 x/m

SPO2 : 113%

b. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan ditandai dengan

DS : Pasien mengatakan sering merasa haus disiang dan dimalam hari.

DO : Pasien tampak sering minum air, konsistensi urin tampak meningkat mukosa bibir tampak kering.

TD : 100/70 mmhg

S : 36 °C

N : 80 x/m

RR : 19 x/m

SPO2: 113%

c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan

DS : Pasien mengatakan merasa lemah

DO : Pasien tampak lemah

TD : 100/70 mmhg

S : 36 °C

N : 80 x/m

RR : 19 x/m

SPO2 : 113%

- d. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan

DS : Pasien mengatakan penglihatanya kurang normal

DO : Penyembuhan luka tampak lambat, tampak udem, GDS 371

TD : 100/70 mmhg

S : 36 °C

N : 80 x/m

RR : 19 x/m

SPO2: 113%

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

DS : Pasien mengatakan kakinya terasa kebas, terasa gatal-gatal, luka yang tidak kunjung sembuh

DO : Penyembuhan luka tampak lambat, luka tampak kemerahan, hitam dan bernanah.

TD : 100/70 mmhg

S : 36 °C

N : 80 x/m

RR : 19 x/m

SPO2 : 113%

4. Intervensi keperawatan

Table 4.4. Intervensi keperawatan

No	Diagnose Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah gangguan eliminasi urin membaik dengan kriteria hasil: 1) Frekuensi BAK membaik 2) Karakteristik urin membaik 3) Desakan berkemih menurun	Mandiri: 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi aroma, volume dan warna) 4) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih 5) Batasi asupan cairan, jika perlu Kolaborasi : 1) Kolaborasi pemberian obat suppositoria uretra, jika perlu	Mandiri: 1) Memahami jenis inkontinensia urin yang dialami dan untuk menentukan penyebabnya 2) Kondisi medis yang terjadi ketika kandung kemih tidak dapat kosong sepenuhnya 3) Mengidentifikasi gangguan eliminasi urin, yang dapat meliputi retensi urin, sering BAK atau inkontinensia 4) Mengetahui waktu berkemih 5) Mengurangi peningkatan BAK

Lanjutan Table 4.4. Intervensi keperawatan

2	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah hipovolemia membaik dengan kriteria hasil 1) Frekuensi nadi membaik 2) Tekanan darah membaik 3) Turgor kulit membaik	Mandiri : 1) Dapatkan riwayat pasien/orang terdekat sehubungan dengan lamanya intensitas dari gejala seperti muntah, pengeluaran urin yang sangat berlebihan 2) Pantau tanda-tanda vital, catat adanya perubahan TD ortostatik 3) Pantau Suhu warna kulit atau kelembabanya 4) Kaji nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit, dan membrane mukosa . 5) Observasi adanya perasaan kelelahan yang meningkat, edema, peningkatan berat badan, nadi tidak teratur dan adanya distensi pada vaskuler	Mandiri: 1) membantu dalam memperkirakan kekurangan volume total. Tanda dan gejala mungkin sudah ada pada beberapa waktu sebelumnya (beberapa jam sampai beberapa hari). Adanya proses infeksi mengakibatkan demam dan keadaan hipermetabolik meningkatkan kehilangan air tidak kasatmata. 2) hipovolemia dapat dimanifestasikan oleh hipotensi dan takikardia. Perkiraan berat ringannya hipovlemi dapat dibuat ketika tekanan darah sistolik turun lebih dari 10 mmhg dari posisi berbaring ke posisi duduk/berdiri 3) meskipun demam, mengigil dan diaphoresis merupakan hal umum terjadi pada proses infeksi, demam dengan kulit yang kemerahan, kering mungkin sebagai cerminan dari dehidrasi..
---	---	---	---	--

Lanjutan Table 4.4. Intervensi keperawatan

				4) merupakan indicator dari tingkat dehidrasi, atau volume sirkulasi yang adekuat. 5) pemberian cairan untuk perbaikan yang cepat mungkin sangat berpotensi menimbulkan kelebihan beban cairan
3	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktifitas membaik dengan kriteria hasil 1) frekuensi nadi membaik 2) saturasi oksigen membaik 3) kemudahan dalam melakukan aktifitas membaik 4) kecepatan berjalan meningkat 5) jarak berjalan membaik	Mandiri: 1) kaji respon pasien terhadap aktivitas. Perhatikan perubahan dalam keluhan kelemahan keletihan. 2) Pantau frekuensi/irama jantung, tekanan darah dan frekuensi pernapasan sebelum/setelah aktifitas. 3) Pertahankan tira baring secara periode. 4) Bantu pasien dalam program latihan progreif bertahap sesegera mungkin. Kolaborasi: 1) Berikan oksigen suplemen	Mandiri: 1) Miokarditis menyebabkan inflamasi dan kemungkinan kerusakan fungsi sel-sel miokardial sebagai akibat penurunan pengisian dan curah jantung dapat menyebabkan pengumapalan cairan dalam kantung pericardial 2) Membantu menentukan derajat dekompensasi jantung dan pulmonial penurunan tekanan darah 3) Meningkatkan resolusi inflamasi selama fase akut 4) Saat inflamasi/kondisi dasar teratasi pasien mungkin mampu melakukan aktivitas yang diinginkan. Kolaborasi: 1) Peningkatan kesadaran oksigen

Lanjutan Table 4.4. Intervensi keperawatan

				untuk mengimbangi peningkatan konsumsi yang terjadi dengan aktifitas.
4	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah perfusi perifer tidak efektif meningkat dengan kriteria hasil 1) Denyut nadi perifer meningkat 2) Penyembuhan luka meningkat 3) Kulit pucat menurun 4) Udem perifer menurun	Mandiri: 1) Ubah posisi secara perlahan ditempat tidur saat pemindahan 2) Bantu latihan rentang gerak meliputi latihan aktif kaki dan lutut 3) Bantu dengan ambulasi awal 4) Kaji ekstermitas bagian bawah seperti adanya udem 5) Pantau tanda-tanda vital: palpasi denyut nadi, catat suhu warna kulit dan pengisian kapiler, evaluasi waktu dan pengeluaran cairan urin. Kolaborasi: 1) Beri cairan IV sesuai kebutuhan 2) Berikan obat-obatan antiembolik sesuai indikasi	Mandiri: 1) Mekanisme vaskonstriksi ditekan dan akan bergerak dengan cepat pada kondisi hipotensi 2) Menstimulasi sirkulasi perifer, membantu mencegah terjadinya vena statis sehingga menurunkan resiko pembuntukan thrombus. 3) Meningkatkan sirkulasi dan mengembalikan fungsi normal organ 4) Sirkulasi mungkin harus dibatasi untuk beberapa posisi selama proses operasi. Kolaborasi: 1) Mempertahankan volume sirkulasi, mendukung terjadinya perfusi jaringan. 2) Meningkatkan pengambilan aliran vena dan mencegah aliran vena statis pada kaki untuk menurunkan resiko thrombosis.

Lanjutan Table 4.4. Intervensi keperawatan

5	Gangguan intergritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan intergritas kulit membaik dengan kriteria hasil	Mandiri :	Mandiri:
		<ol style="list-style-type: none"> 1) Elastisitas meningkat 2) Hidrasi meningkat 3) Perfusi jaringan meningkat 4) Kerusakan jaringan menurun 5) Kemerahan menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Beri penguatan pada balutan awal/penggatian sesuai indikasi. Gunakan teknik aseptik yang ketat. 2) Secara hati-hati lepaskan perekat (sesuai arah pertumbuhan rambut) dan pembalut pada waktu mengganti 3) Periksa tegangan baluan. Beri perekat pada insis menuju ketepi luar dari balutan luka. Hindari menutup pada seluruh ekstermtas 4) Periksa luka secara teratur, catat karakteristik dan intergritas kulit 5) Kaji jumlah dan karakteristik cairan luka 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Lindungi luka dari kontaminasi. Mencegah akumulasi cairan yang dapat menyebabkan ekskoriasi 2) Mengurangi resiko trauma kulit dan gangguan pada luka 3) Dapat mengganggu atau membendung sirkulasi pada luka sekaligus bagian distal dan ekstermitas 4) Pengenalan akan adanya kegagalan proses penyembuhan luka/berkembangnya komplikasi secara dini dapat mencegah terjadinya kondisi yang lebih serius 5) Menurunnya cairan menandakan evolusi dari proses penyembuhan, apabila pengeluaran cairan terus menerus atau adanya eksudat yang bau menunjukkan terjadinya komplikasi (misalnya: pembentukan fistula, perdarahan, infeksi)
			Kolaborasi:	
			<ol style="list-style-type: none"> 1) Irigasi luka: bantu dengan melakukan debridemen sesuai kebutuhan 	

Kolaborasi:
 1) Membuang jaringan nekrotik/luka eksudat untuk meningkatkan penyembuhan.

5. Implementasi keperawatan

Tabel 4.5. Implementasi keperawatan

a. Implementasi hari pertama (1)

Hari/tanggal	No Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Selasa 13 Agustus 2024	1	07.00	1. Mengukur tanda-tanda vital TD : 100/70 mmhg S : 36 °C N : 80 x/m RR : 19 x/m SPO ₂ : 113%	Jam, 14.00 S: Paoen mengatakan masih sering BAK O: Pasien tampak sering BAK TD : 100/70% N : 86x/m S : 36°C RR : 20x/m SPO ₂ : 113%
		08.10	2. Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urin Respon: pasien mengatakan urin yang dikeluarkan sedikit, tidak sakit saat BAK.	
		08.13	3. Mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi urin Respons: pasien mengatakan karena ia sering mengkonsumsi air minum.	A: Masalah gangguan eliminasi urin belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan

Lanjutan Table 4.5. Implementasi keperawatan

		08.15	4. Memonitor eliminasi urin (mis. Frekuensi, aroma dan warna) Respon: pasien mengatakan BAK 4-6 kali sehari, warna urin tampak berwarna putih tidak ada aroma.	
		08.20	5. Menganjurkan kepada pasien untu membatasi asupan cairan. Respon: pasien tampak tidak mengikut anjuran yang diberikan karan pasien sering merasakan haus.	
Selasa 13 agustus 2024	2	07.00	1. Memonitoring tanda-tanda vital TD : 100/70 mmhg S : 36 °C N : 80 x/m RR : 19 x/m SPO2 : 113%	Jam 14.00 S: pasien mengatakan ia masih sangat lemah O: pasien tampak lemah, ekstermitas bawaha bagian kanan tampak udem TD: 100/70% N : 86x/m S : 36°C RR : 20x/m SPO ₂ : 113%
		07.30	2. Memantau suhu kulit atau kelembabpanya Respons: suhu tubuh pasien tampak 36 derajat celcius teraba dingin, turgor kulit tampak kering.	
		08.00	3. Mengobservasi adanya perasaan kelelahan yang meningkat dan udem Respon: pasien mengatakan merasa lemah, ekstermitas bawah bagian kana tampak udem.	A: masalah hipovolemia belum terarasi P: intervensi dilanjutkan
Selasa 13 agustus 2024	3	07.35	1. Mengkaji respon pasien terhadap aktivitas. Memperhatikan adanya keluhan kelemahan Respon: pasien mengatakan merasa lelah saat beraktifitas, pasien tampak lelah saat beraktifitas.	Jam 14.00 S: Pasien mengatakan masih sangat lemah saat beraktifitas O: Pasien tampak lemah saat melakukan aktifitas, frekuensi irama jantung
		07.46	2. Memantau frekuensi irama jantung sebelum dan	

Lanjutan Table 4.5. Implementasi keperawatan Hari pertama

			sesudah beraktifitas Respons: irama jantung pasien sangat cepat ketika pasien selesai beraktifitas.	pasien sangat cepat saat sesudah melakukan aktifitas TD : 100/70% N : 86x/m S : 36°C RR : 20x/m SPO ₂ : 113%
		08.05	3.Membantu pasien dalam program latihan progresif bertahap sesegera untuk turun dari tempat tidur Respons: pasien tampak bisa turun dari tempat tidur namun pasien masih sanat lemah untuk beraktifitas.	A: Masalah intoleransi akyifitas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
Selasa 13 agustus 2024	4	09.00	1.Mengubah posisi pasien secara perlahan ditempat tidur pada saat pemindahan. Respons: pasien tampak mau mengubah posisinya di atas tempat tidur saat melakukan pemindahan .	Jam 14.00 S: pasien mengatakan penglihatanya masih kurang normal O: ekstermitas bawah bagian kanan tampak ada bercak kemerahan, GD 371, TD: 100/70% N : 86x/m S : 36°C RR : 20x/m SPO ₂ : 113%
		09.15	2.Membantu pasien melatih rentang gerak, meliputi latihan aktif kaki dan lutut. Respons: pasien tampak mengkitu latihan yang telah diberikan, kaki pasien tampak bisa digerakan.	A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
		09.17	3.Mengkaji ekstermitas bagian bawah apakah ada eritema Respons: ekstermitas bawah bagian kanan tampak ada bercak kemerahan.	
		09.21	4.Memantau tanda-tanda vital, mencatat warna kulit dan mengevaluasi waktu dan pengeluaran urin. Respons: TD: 100/70% N : 86x/m S : 36°C RR : 20x/m	

Lanjutan Table 4.5. Implementasi keperawatan Hari pertama

			SPO ₂ : 113%	
			Warna kulit tampak pucat, pengeluaran urin terakhir jam 13.48.	
	09.23	5.	Mengkaji apakah penglihatan pasien masih bermasalah	
			Respons: pasien mengatakan penglihatannya masih belum normal	
	09.25	6.	Mengecek gula darah	
			Respons; 371	
	10.00	7.	Melayani glimepint 1x24 mg	
	10.05	8.	Melayani micoformin 3x50 mg	
Selasa 13 agustus 2024	5	10.10	1. Melayani injeksi paracetamol 3x1gr	Jam 14.00
		10.15	2. Melayani injeksi sankrobin	S: Pasien mengatakan eksternitas bawah bagian kanan terasa kebas
		10.16	3. Melayani ceftriaxone 2x1gr	sang gatal-gatal
		10.17	4. Melayani ketorolac 3x30 mg	O: Integritas kulit tampak rusak, luka tampak kemerahan, hitam dan bernanah
		11.00	5. Merawat luka	TD : 100/70%
			Respon: merawat luka dengan madu nusantara	N : 86x/m
		11.16	6. Memeriksa luka, mencatat karakteristik dan integritas kulit	S : 36°C
			Respons: luka tampak kemerahan, hitam dan bernanah, integritas kulit tampak rusak	RR : 20x/m
				SPO ₂ : 113%
				A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi
				P: Intervensi dilanjutkan

b. Implementasi hari kedua (2)

Hari tanggal	No Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Rabu 14 agustus 2024	1	07.00	1. Memonitor tanda-tanda vital TD : 100/80mmhg S : 36 °C N : 89x/m RR : 20x/m SPO ₂ : 110%	Jam 14.00 S: pasien mengatakan masih sering BAK, tidak ada keluhan saat BAK. O: pasien tampak seting BAK, BAK tampak berwarna putih tidak ada aroma
		08.00	2. Mengidentifikasi tanda-tanda dan gejala retensi urin Respon: pasien mengatakan sering BAK, tidak ada keluhan saat BAK.	TD : 100/80mmhg S : 36°C N : 86x/m
		09.16	3. Memonitor eliminasi urin (mis. Frekuensi, aroma dan warna) Respon: pasien mengatakan BAK 4-6 kali sehari, warna urin tampak berwarna putih tidak ada aroma.	RR : 20x/m SPO ₂ : 112%
		09.20	4. Menganjurkan kepada pasien untu membatasi asupan cairan. Respon: pasien tampak tidak mengikuti anjuran yang diberikan	A: Masalah gangguan eliminasi urin belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan

Lanjutan Table 4.5. Implementasi keperawatan Hari Kedua

Rabu 14 agustus 2024	2	07.00	1. Memantau tanda-tanda vital TD: 100/80mmhg S : 36 °C N : 89x/m RR : 20x/m SPO ₂ : 110%	Jam 14.00 S: pasien mengatakan masih sangat lelah O: pasien tampak lelah, mukosa bibir tampak kering, kulit tampak pucat akral teraba dingin TD: 100/80mmhg S : 36°C N : 86x/m RR : 20x/m SPO ₂ : 112% A: masalah hopovolemia belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
		08.30	2. Memantau suhu warna kulit atau kelembapannya Respon: suhu tubuh pasien tampak 36 derajat celcius, kulit tamapak pucat teraba dingin.	
		08.50	3. Mengkaji nadi perifer, turgor kulit dan membrane mukosa Respons: nadi 86x/m, mukosa bibir tampak kering	
		10.00	4. Mengobserfasi adanya perasaan kelelahan, mengobserfasi adanya udem Respon: pasien mengatakan masih sangat lelah, ektermitas bawah bagian kanan tampak udem	
		10.25	5. Melayani aslbumin 3x2 tablet	
Rabu 14 agustus 2024	3	10.00	1. Mengkaji respon pasien terhadap aktifitas, memperhatikan adanya kecemasan dan kelemahan saat beraktifitas Respon: pasien mengatakan lemah saat beraktifitas	Jam 14.00 S: Pasien megatakan lemah saat beraktifitas O: pasien tampak lemah saat melakukan aktifitas, iram jantung pasien tampak sangat cepat setelah pasien melakukan aktifitas TD : 100/80mmhg S : 36°C N : 86x/m RR : 20x/m
		10.15	2. Memantau frekuensi irama jantung sebelum dan sesudah beraktifitas Respons: irama jantung pasien sangat cepat ketika pasien selesai beraktifitas.	
		10.16	3. Melayani vitamin C 2x1 gr	
		12.30	4. Membantu pasien dalam program latihan progresif bertahap sesegera untuk turun dari tempat tidur	

Lanjutan Table 4.5. Implementasi keperawatan Hari Kedua

			Respons: pasien tampak bisa turun dari tempat tidur namun pasien masih sanat lemah untuk beraktifitas	SPO ₂ : 112% A: Masalah intoleransi aktifitas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
Rabu 14 agustus 2024	4	08.30	1. Membantu latihan rentang gerak meliputi latihan aktif kaki dan lutut Respon: pasien tampak bisa mengerakan kaki nya	Jam 14.00 S: pasien mengatakan kakinya masih terasa kebas, penglihatan tidak normal
		08.35	2. Mengkaji ekstermitas bagian bawah apakah ada eritema Respons: ekstermitas bawah bagian kanan tampak masih ada bercak kemerahan.	O: kaki pasien tampak udem, GD 395 TD : 100/80mmhg S : 36°C N : 86x/m RR : 20x/m SPO ₂ : 112%
		08.40	3. Memantau tanda-tanda vital, mencatat warna kulit dan mengevaluasi waktu dan pengeluaran urin. Respons: TD: 100/70% N : 88x/m S : 36°C RR : 21x/m SPO ₂ : 113% Warna kulit tampak pucat, pengeluaran urin terakhir jam 07.59.	A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: Interfensi dilanjutkan
		08.40	4. Mengkaji apakah penglihatan pasien masih bermasalah Respons: pasien mengatakan penglihatannya masih belum normal	
		08.45	5. Mengecek gula darah Respons; 395 Melayani nefropin 10 yunit	
		10.11	7. Melayani glimepint 1x24 mg	

Lanjutan Table 4.5. Implementasi keperawatan Hari Kedua

Hari tanggal	No Dx	jam	Implementasi	Evaluasi
Rabu 14 agustus 2024	5	10.12	8. Melayani micoformin 3x50 mg	
		10.02	1. Melayani paracetamol 3x1 gr	Jam 14.00
		10.03	2. Melayani metronidazole 3x500 mg	S: pasien mengatakan kakinya masih terasa kebas dan gatal-gatal
		10.04	3. Melayani injeksi cetrolac 3x30 mg	O: luka tampak kemerahan hitam dan bernanah
		10.05	4. Melayani seftriaxone 2x1 gr	TD : 100/80mmhg
		10.06	5. Merawat luka	S : 36°C
		11.00	6. Respon: merawat luka dengan madu nusantara	N : 86x/m
		11.08	7. Melihat karakteristik luka (karakteristik, dan warna luka) Respon: luka tampak kemerahan, hitam dan bernanah)	RR : 20x/m SPO ₂ : 112%
				A: masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P: intervensi dilanjutkan

c. Implementasi hari ketiga (3)

Hari tanggal	No Dx	jam	Implementasi	Evaluasi
Kamis 15 agustus 2024	1	07.00	1. Monitoring tand-tanda vital TD: 110/80mmhg S: 36°C N: 80x/m RR: 21x/m SPO ₂ : 114%	Jam 14.00 S: pasien mengatakan masih sering BAK A: pasien tampak sering BAK, urin tampak berwarna putih tidak ada aroma

Lanjutan Table 4.5. Implementasi keperawatan Hari Ketiga

		08.25	2. Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urin Respon: pasien mengatakan masih sering BAK, BAK terakhir 08.20	TD : 100/80mmhg S : 36°C N : 88x/m RR : 21x/m SPO ₂ : 114%
		08.30	3. Mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi urin Respon: pasien mengatakan karena sering mengkonsumsi air putih 4. Memonitoring warna dan aroma urin Respon: urin tampak berwarna putih tidak ada aroma.	A: masalah gangguan eliminasi uring belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
		09.00		
Kamis 15 agustus 2024	2	07.00	1. Memantau tanda-tanda vital TD: 110/80mmhg S : 36°C N : 80x/m RR : 21x/m SPO ₂ : 114%	Jam 14.00 S: pasien mengatakan masih sangat lemah O: pasien tampak lemah, kulit tampak pucat, mukosa bibir tampak kering
		12.00	2. Memantau suhu warna kulit dan kelembapannya Respon: suhu tubuh pasien 36 derajat celcius warna kulit tampak pucat, mukosa bibir tampak kering	TD : 100/80mmhg S : 3°C N : 88x/m RR : 21x/m SPO ₂ : 114%

Lanjutan Table 4.5. Implementasi keperawatan Hari Ketiga

		12.05	3. Mengobservasi adanya perasaan kelelahan yang meningkat, mengobserfasi adanya udem pada ekstermitas bawah. Respon: pasien mengatakan ia merasa sangat lemah, tampak udem pada ekstermitas bawah bagian kanan.	A: masalah hipovolemia belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
		12.15	4. Melayani Albumin 3x2 tablet	
Kamis 15 agustus 2024	3	10.00	1. Mengkaji respon pasien terhadap aktifitas, memperhatikan adanya keluhan kecemasan dan kelemahan saat beraktifitas Respon: pasien mengatakan merasa cemas dan merasa lemah saat beraktifitas	Jam 14.00 S: Pasien mengatakan merasa lemah saat beraktifitas O: pasien tampak lemah saat beraktifitas, irama jantung pasien tampak cepat setelah beraktifitas
		10.15	2. Memantau frekuensi irama jantung sebelum dan sesudah beraktifitas Respons: irama jantung pasien sangat cepat ketika pasien selesai beraktifitas.	TD : 100/80mmhg S : 36°C N : 88x/m RR : 21x/m SPO ₂ : 114%

Lanjutan Table 4.5. Implementasi keperawatan Hari Ketiga

		10.20	3. Melayani vitamin C 2x1 gr	A: masalah intoleransi aktifitas belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
Kamis 15 agustus 2024	4	08.40	1. Mengkaji ekstermitas bawah seperti adanya udem Respon: ekstermitas bawah bagian kanan tampak udem, pasien merasakan kebas. 2. Mengecek gula darah Respon: 294	Jam 14.00 S: pasien mengatakan kakinya terasa kebas O: ekstermitas bawah bagian kanan tampak udem, GD 294
		08.45	3. Melayani glimepint 1x24 mg	TD : 100/80mmhg
		10.00	4. Melayani micoformin 3x50 mg	S : 36°C N : 88x/m RR : 21x/m SPO ₂ : 114%
		10.02		A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
Kamis 15 agustus 2024	5	09.00	1. Melayani paracetamol 3x1 gr	Jam 14.00
		10.05	2. Melayani metronidazole 3x500mg	S: pasien mengatakan kakinya gatal-gatal
		10.06	3. Melayani ceftriaxone 2x1gr 4. Merawat luka Respon: merawat luka	O: luka tampak kemerahan hitam dan bernanah,

11.00	5. Memeriksa karakteristik luka	intergritas kulit
	Respon: luka tampak	tampak rusak
	kemerahan hitam dan	TD : 100/80mmhg
	bernanah, intergritas kulit	S : 36°C
11.10	tampak rusak, pasien juga	N : 88x/m
	mengatakan merasakan gatal-	RR : 21x/m
	gatal	SPO ₂ : 114%
		A:masalah gangguan
		intergritas kulit
		belum teratasi
		P: intervensi
		dilanjutkan

6. Catatan perkembangan

Tabel 4.6. Catatan perkembangan

Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Evaluasi
Gangguan eliminasi urin	Kamis 15 Agustus 1024	<p>S: pasien mengatakan masih sering BAK A: pasien tampak sering BAK, urin tampak berwarna putih tidak ada aroma TD : 100/80mmhg S : 36°C N : 88x/m RR : 21x/m SPO₂ : 114%</p> <p>A: masalah gangguan eliminasi uring belum teratasi P: intervensi dilanjutkan I: 07.00 Monitoring tand-tanda vital TD: 110/80mmhg S : 36°C N : 80x/m RR : 21x/m SPO₂: 114%</p> <p>08.25 Mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urin Respon: pasien mengatakan masih sering BAK, BAK terakhir 08.20</p> <p>08.30 Mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi urin Respon: pasien mengatakan karena sering mengkonsumsi air putih</p>

Lanjutan Table 4.6. Catatan perkembangan

		<p>09.00 Memonitoring warna dan aroma urin Respons: urin tampak berwarna putih tidak ada aroma.</p> <p>E: pasien mengatakan masih sering BAK, pasien tampak sering BAK, urin tampak berwarna putih tidak ada aroma TD: 100/80mmhg, S: 36°C, N: 88x/m, RR: 21x/m, SPO₂: 114%, masalah gangguan eliminasi uring belum teratasi intervensi dilanjutkan.</p>
Hipovolemia	Kamis 15 Agustus 2024	<p>Jam 14.00</p> <p>S: pasien mengatakan masih sangat lemah</p> <p>O: pasien tampak lemah, kulit tampak pucat, mukosa bibir tampak kering TD: 100/80mmhg S: 36°C N: 88x/m RR: 21x/m SPO₂: 114%</p> <p>A: masalah hipovolemia belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I: 07.00 Memantau tanda-tanda vital TD: 110/80mmhg S : 36°C N : 80x/m RR: 21x/m SPO₂: 114%</p> <p>12.00Memantau suhu warna kulit dan kelembapannya Respon: suhu tubuh pasien 36</p>

Lanjutan Table 4.6. Catatan perkembangan

		<p>derajat celcius warna kulit tampak pucat, mukosa bibir tampak kering</p> <p>12.05 Mengobservasi adanya perasaan kelelahan yang meningkat, mengobserfasi adanya udem pada ekstermitas bawah. Respon: pasien mengatakan ia merasa sangat lemah, tampak udem pada ekstermitas bawah bagian kanan.</p> <p>12.15 Melayani Albumin 3x2 tablet</p> <p>E: pasien mengatakan masih sangat lemah pasien tampak lemah, kulit tampak pucat, mukosa bibir tampak kering, TD: 100/80mmhg, S: 36°C, N: 88x/m, RR: 21x/m, SPO₂: 114%, masalah hipovolemia belum teratasi , intervensi dilanjutkan</p>
Intoleransi aktifitas	Kamis 15 Agustus 2024	<p>Jam 14.00</p> <p>S: Pasien mengatakan merasa lemah saat beraktifitas</p> <p>O: pasien tampak lemah saat beraktifitas, irama jantung pasien tampak cepat setelah beraktifitas TD: 100/80mmhg S : 36°C</p>

Lanjutan Table 4.6. Catatan perkembangan

N : 88x/m
RR : 21x/m
SPO₂: 114%
A: masalah intoleransi
aktifitas belum teratasi
P: interfensi dilanjutkan
I: 10.00 Mengkaji respon
pasien terhadap
aktifitas,
memperhatikan
adanya keluhan
kecemasan dan
kelemahan saat
beraktifitas
Respon: pasien
mengatakan
merasa cemas dan
merasa lemah saat
beraktifitas
10.15 Memantau
frekuensi irama
jantung sebelum
dan sesudah
beraktifitas
Respon: irama
jantung pasien
sangat cepat
ketika pasien
selesai
beraktifitas.
10.20 Melayani vitamin
C 2x1 gr
E: Pasien mengatakan
merasa lemah saat
beraktifitas pasien
tampak lemah saat
beraktifitas, irama
jantung pasien tampak
cepat setelah
beraktifitas , TD:
100/80mmhg S: 36°C
N: 88x/m RR: 21x/m
SPO₂: 114%, masalah
intoleransi aktifitas
belum teratasi
interfensi dilanjutkan

Lanjutan Table 4.6. Catatan perkembangan

Perfusi perifer tidak efektif	Kamis 15 Agustus 2024	Jam 14.00 S: pasien mengatakan kakinya terasa kebas O: ekstermitas bawah bagian kanan tampak udem, GD 294 TD : 100/80mmhg S : 36°C N : 88x/m RR : 21x/m SPO ₂ : 114% A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: intervensi dilanjutkan I: 08.40 Mengkaji ekstermitas bawah seperti adanya udem Respon: ekstermitas bawah bagian kanan tampak udem, pasien merasakan kebas. 08.45 Mengecek gula darah Respon: 294 10.00 Melayani glimepint 1x24 mg 10.02 Melayani micoformin 3x50 mg E: pasien mengatakan kakinya terasa kebas ekstermitas bawah bagian kanan tampak udem, GD 294 TD:100/80mmhg S: 36°C N: 88x/m RR: 21x/m SPO ₂ : 114% masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi intervensi dilanjutkan
-------------------------------	-----------------------	--

Lanjutan Table 4.6. Catatan perkembangan

Gangguan Integritas Kulit	Kamis 15 Agustus 2024	Jam 14.00 S: pasien mengatakan kakinya gatal-gatal O: luka tampak kemerahan hitam dan bernanah, integritas kulit tampak rusak TD: 100/80mmhg S: 36°C N: 88x/m RR: 21x/m SPO ₂ : 114% A: masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P: intervensi dilanjutkan I: 09.00 Melayani paracetamol 3x1 gr 10.05 Melayani metronidazole 3x500mg 10.06 Melayani ceftriaxone 2x1gr 11.00 Merawat luka Respon: merawat luka dengan madu nusantara 11.10 Memeriksa karakteristik luka Respon: luka tampak kemerahan hitam dan bernanah, integritas kulit tampak rusak, pasien juga mengatakan merasakan gatal-gatal E: pasien mengatakan kakinya gatal-gatal luka tampak kemerahan hitam dan bernanah, integritas kulit tampak rusak TD:100/80mmhg
---------------------------	-----------------------	--

S: 36°C N: 88x/m
RR: 21x/m SPO₂: 114%
masalah gangguan
integritas kulit belum
teratasi
intervensi dilanjutkan

B. Pembahasan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, menyusun perencanaan, implementasi dan evaluasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pasien penderita Ulkus Diabetikum bagaimana memberi nutrisi, membantu pasien dalam melatih rentang gerak dan latihan untuk keluarga bagaimana cara merawat luka Ulkus Diabetikum saat di rumah.

Pada tanggal 13 Agustus 2024 penulis melakukan tahap awal dari proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan untuk mengumpulkan data agar penulis dapat menegakan permasalahan keperawatan yang ada (Tampubolon, K.N 2020). Berdasarkan pengkajian pada studi kasus Ny M.I ditemukan pasien mengatakan kaki terasa kebas, gatal-gatal, sering merasakan lapar,haus dan sering BAK jika di malam hari ataupun di siang hari, penglihatan kurang normal, luka yang tidak kunjung sembuh, luka tampak berwarna kemerahan hitam dan bernanah,tampak udem pada kaki kanan, mukosa bibir tampak kering, akril teraba dingin, turgor kulit tampak menurun tampak lemah, konsistensi urin meningkat pasien tampak seing mengkonsumsi air, urin tampak berwarna putih dan tidak ada aroma. Hal ini sesuai dengan teori (Anies, 2016). Pada teori

manifestasi klinis menurut (Anies, 2016) seluruhnya terdapat pada kasus Ny M.I Ulkua Diabetikum terdiri dari ekstermitas bawah bagian kanan tampak luka, sering BAK, sering mersa haus dimalam dan disiang hari, merasa lemah, penglihatan tidak normal, kaki terasa kebas dan gatal-gatal, luka yang tidak kunjung sembuh. Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan pada Ny M.I.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny M. I maka dapat dirumuskan beberapa diagnose keperawatan sesuai dengan tinjauan teori yang muncul pada Ulkus Diabetikum menurut (PPNI, 2017). Diagnose pertama gangguan eliminasi urin berhubungan dengan paenurunan kapasitas kandung kemih ditandai dengan pasien mengatakan sering BAK disiang dan dimalam hari pasien tampak sering BAK warna urin tampak berwarna putih tidak ada aroma. Diagnose kedua hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan ditandai dengan pasien mengatakan sering merasa haus disiang dan dimalam hari, pasien tampak sering terbangun untuk minum air, konsistensi urin tampak meningkat. Dagnosa ketiga intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan pasien mengatakan merasa lemah saat beraktifitas, pasien tampak lemah saat beraktifitas. Diagnose keempat perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan pasien mengatakan penglihatan tidak normal, eksternitas bawah bagian kanan tampak udem, penyembuhan luka tampak lambat. Diagnose kelima gangguan intergritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan pasien mengatakan kakinya terasa kebas, terasa gatal-gatal, intergritas kulit tampak rusak, luka tampak kemerahan hitam dan bernanah. Berdasarkan

tanda dan gejala yang ditemukan pada pengkajian Ny M. I ditemukan diteori dan ditemukan dikasus ada 5 diagnosa keperawatan yaitu gangguan eliminasi urin, hipovolemia, intoleransi aktifitas, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit. Berdasarkan analisis data dapat ditegakan masalah keperawatan yaitu gangguan eliminasi urin, hipovolemia, intoleransi aktifitas, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit. Diagnose keperawatan yang diangkat pada kasus Ny M.I . Namun tidak ditemukan diteori adalah deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan penyerapan nutrient ditandai dengan berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, hal ini penelitian sama dengan penelitian Wahyuni et.al (2019) dimana pada penelitian saya ditemukan bahwa penderita dengan Ulkus Diabetikum tidak menunjukkan gejala sering merasakan lapar. Perbedaan dalam teori dan kasus ini dikarenakan setiap penderita akan menunjukkan gejala yang berbeda sesuai dengan lamanya menderita sakit.

Pada tahap ketiga dari proses keperawatan adalah menentukan intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan pada tinjauan teoritis yang tidak mengalami perubahan pada tinjauan kasus yaitu gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, perfusi perifer berhubungan dengan hiperglikemia, gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. Intervensi yang ada pada teori namun tidak ada pada kasus yaitu deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, dikarenakan setiap penderita akan menunjukkan gejala

yang berbeda sesuai dengan lamanya menderita sakit dan bagaimana penanganan dan pengobatannya.

Semua tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny M.I dapat dijalankan dengan baik karena didukung oleh sarana dan partisipasi keluarga dan petugas kesehatan. Dan dengan demikian semua intervensi yang direncanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

Menurut Potter et.al (2020) evaluasi merupakan tahapan terakhir dan proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dan rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan selama tiga hari. Sehingga ada beberapa intervensi yang harus dilanjutkan oleh keluarga dan perawat ruangan perawatan bedah. Pada kasus Ny M.I dapat dievaluasi bahwa dari lima diagnose yang telah ditetapkan masalah belum teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan Ulkus Diabetikum pada Ny M.I di RSUD Ende pada tanggal 13-15 Agustus 2024, kemudian membandingkan antara teori dan tinjauan kasus dapat disimpulkan . berdasarkan pengkajian pada tanggal 13 Agustus 2024 didapatkan hasil pasien mengatakan sering BAK disiang dan dimalam hari, sering merasa haus, merasa lemah saat beraktifitas, pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Ulkus Diabetikum 7 tahun yang lalu, penglihatan tidak normal, kaki terasa kebas, gatal-gatal, luka yang tidak kunjung sembuh, pasien tampak sering BAK, warna urin tampak berwarna putih tidak ada aroma, pasien tampak sering terbangun untuk minum air, konsistensi urin tampak meningkat, pasien tampak lemah saat beraktifitas, ekstermitas bawah bagian kanan tampak udem, luka tampak kemerahan hitam dan bernanah, TD: 100/70mmhg, S: 36°C, N: 88x/m. RR: 19x/m. SPO₂: 113%.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien Ny M.I ada lima diagnose yaitu gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, hipovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan, intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer.

Intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi pasien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga berkerja sama dengan penulis, dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien.

Implementasi yang telah dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien sesuai dengan intervensi yang sudah direncanakan.

Evaluasi yang didapatkan setelah penulis melakukan implementasi dari tanggal 13-15 Agustus 2024 yaitu, gangguan eliminasi urin, hipovolemia, intoleransi aktivitas, perfusi perifer tidak efektif, gangguan integritas kulit belum teratasi.

B. Saran

Dengan dilakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum yang telah penulis lakukan. Saran yang dapat diberikan

1. Bagi peneliti

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar di lapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose Ulkus Diabetikum

2. Bagi profesi keperawatan

Sebaiknya diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang Ulkus Diabetikum dan

Prosedur penanganan yang efektif dengan melalui pelatihan dan seminar keperawatan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum dan juga diharapkan perawat dalam melakukan Asuhan Keperawatan khususnya

institusi pendidikan pada klien Ulkus Diabetikum untuk lebih mengedepankan Asuhan Keperawatan dengan pemantaun lebih intensif.

3. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilanya dalam menjalani praktik dan pembuatan Asuhan Keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Aini,N.,& Adriana, L.,M. (2020) Asuhan Keperawatan pada sistem endokrin.Jakarta : Selemba Medika
- Akbar G.T. Pola Bakteri dan Resistensi antibiotik pada Ulkus Diabetikum Grade dua di RSUD Arifin Achmad Periode JOM.2021: 1 (2).
- Dafriani, P., Niken, N., Ramahdani, N., & Marlinda, R. (2020). Potensi Virgin Coconut Oil (VCO) Pada Minyak Herbal Sineregi (MHS) Terhadap Ulkus Diabetes. *JURNAL KESEHATAN PERINITIS (perinitis's Health Journal)*, 7 (1),51-56. <https://doi.org/10.33653/jkp.v7il.418> [diakses,07 november 2023]
- IDF. (2021). Jumlah Penderita Diabetes Indonesia Terbesar kelima di Duni.2021.<https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/11/24/jumlah-penderita-diabetes-diindonesia-diproyeksikan-capai-2857-juta-pada-2045>. Dipublikasikan pada tanggal 24 november 2021
- Marissa, N.,& Ramadhan, N. (2022). Kejadian Ulkus berulang pada pasien Diabetes Mellitus. *Sel jurnal penelitian kesehatan*, 4(2), 91-99 <https://doi.org/10.22435/sel.v4i2.1471> [diakses,24 november 2023] Profil RSUD Ende., 2021. Data kejadian ulkus diabetikum
- Anies. (2016). *Ensiklopedia penyakit (G. Sudibyo (ed.); 5th ed.)*.
- Arania, R., Triwahyuni, T., Esfandiari, F., & Nugraha, F. R. (2021). Hubungan antara usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan dengan kejadian diabetes melitus di klinik mardiy waluyo lampung tengah. *Jurnal Medika Malahayati*, 5(September), 146–153.
- Fitria, E., Nur, A., Marissa, N., & Ramadhan, N. (2017). Karakteristik Ulkus Diabetikum pada Penderita Diabetes Mellitus di RSUD dr. Zainal Abidin dan RSUD Meuraxa Banda Aceh. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(3), 153–160. <https://doi.org/10.22435/bpk.v45i3.6818.153-160> [diakses,12 desember 2023]
- Gitarja, W. S. (2015). *Perawatan luka certified wound care clinician associate (Y. W. Indonesia (ed.))*.
- Hasibuan, N. K., Dur, S., & Husein, I. (2022). Faktor penyebab penyakit diabetes melitus dengan metode regresi logistik. *G-Tech: Jurnal Teknologi Terapan*, 6(2), 257–264. <https://doi.org/10.33379/gtech.v6i2.1696> [diakses 15 desember 2023]
- Herawati, L., Keperawatan, D. A., & Binjai, S. (2016). Tingkat pengetahuan pasien tentang perawatan luka diabetes melitus di rumah sakit ptpn ii bangkalan binjai tahun 2016. In *Jurnal Riset Hesti Medan (Vol. 1, Issue 2)*.

- Kariadi, R. (2018). Penanganan kaki diabetes (Ulkus Diabetikum). https://www.youtube.com/watch?v=63ZpW9_QvZU [diakses,21 januari 2024]
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Infodatin tetap produktif, cegah, dan atasi Diabetes Melitus 2020. In Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI (pp. 1–10).
- Kementrian Kesehatan Reublik Indonesia. (2022a). Luka dekubitus dan pencegahannya. Kementerian Kesehatan RI. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/874/luka-dekubitus-dan-pencegahannya [diakses 29 januari 2024]
- Kementrian Kesehatan Reublik Indonesia. (2022). Pemeriksaan ankle brachial indeks (ABI). Kementerian Kesehatan Reublik Indonesia. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1925/pemeriksaan-ankle-brachial-indeks-abi [01 januari 2024]
- Mulyaningsih, & Handayani, S. (2021). Deteksi ulkus diabetik dan pemeriksaan kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus di Surakarta. *GEMASSIKA : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(2), 148. <https://doi.org/10.30787/gemassika.v5i2.758> [10 february 2024]
- Sri Wahyuni & Ikrima Rahmasari (2019). Efektifitas Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah ikrima.rahmasari@yahoo.com
- Tim POKJA SDKI DPP PPNI. (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia.Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Jakarta: DPP PPNI
- Waspadji. S. (2022). *Komplikasi Diabetes Tipe 2: Pencegahan dan penanganannya*
Jakarta : Badan Penerbit FKUI



**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: poltekeskupang@yahoo.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY M.I DENGAN DIAGNOSA MEDIS

ULKUS DIABETIKUM DI RUANGAN PERAWATAN BEDAH

RSUD ENDE

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Agustus 2024

1. Pengumpulan Data

a. Identitas pasien

Nama : Ny M.I
Umur : 51 tahun
Agama : Islam
Jenis kelamin : Perempuan
Status : Sudah menikah
Pendidikan :SD
Pekerjaan : IRT
Suku bangsa : Indonesia
Alamat : Pulo Ende
Tanggal masuk : 10 Agustus 2024
Tanggal pengkajian: 13 Agustus 2024
No. register :
Diagnosa medis : Ulkus Diabetikum

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : An. M
Umur : 21 Tahun
Hub. dengan pasien: Anak klien
Pekerjaan : -
Alamat : Pulo Ende

2. Status kesehatan

a. Status kesehatan saat ini

1) Keluhan Utama

Pasien mengatakan kakinya terasa kebas

2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan kakinya terasa kebas, gatal-gatal, sering haus dan sering BAK jika di malam hari ataupun di siang hari, penglihatan kurang normal.

3) Alasan masuk rumah sakit

Pasien mengatakan sejak 2 minggu yang lalu pasien merasakan kakinya gatal-gatal dan terasa kebas, kemudian setelah itu kulit kaki pasien terkelupas dan menjadi luka yang besar dan bernanah dan pasien merasakan lukanya tidak kunjung sembuh, setelah itu pada tanggal 09 Agustus pasien berobat ke Puskesmas Ahmad Yani sesampainya di puskesmas pasien langsung dirujuk ke RSUD Ende pada tanggal 10 Agustus 2024.

b. Status kesehatan masa lalu

1) Riwayat penyakit Dahulu

Pasien mengatakan 7 tahun yang lalu pasien pernah mengalami penyakit yang sama seperti sekarang yaitu Ulkus Diabetikum.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan sebelumnya ia pernah dirawat di RSUD Ende selama 2 minggu lamanya.

3) Kebiasaan (merokok, minum kopi dan alcohol)

Pasien mengatakan sebelum sakit dan selam ia sakit pasien tidak memiliki kebiasaan mengkonsumsi rokok alcohol dan minum kopi

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama seperti pasien maupun penyakit lainnya.

3. Pola kebutuhan dasar

a. Pola persepsi dan manajemen

Pasien mengatakan sebelumnya ia jarang mengontrol kesehatannya setelah ia sembuh dari penyakit yang pernah dideritanya. Pasien juga tidak mematuhi pantangan yang dianjurkan oleh dokter. Pasien juga mengatakan pantangan yang dianjurkan oleh dokter yaitu tidak diperbolehkan mengkonsumsi makanan yang tinggi gula seperti gula pasir, minuman kemasan, es krim, susu kental manis

b. Pola nutrisi dan metabolic

Sebelum sakit pasien mengatakan sebelumnya pasien makan 3 kali sehari 1 piring dihabiskan makanan yang dikonsumsi yaitu nasi sayur-sayuran dan lauk pauk . Pasien juga mengatakan sering merasa haus ketika di malam hari dan di siang hari.

Saat sakit pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi sedikit makanan yang dikonsumsi yaitu nasi sayur-sayuran dan lauk pauk.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 2-3 kali sehari dengan konsistensi lunak,

Klien biasa BAK 4-6 kali sehari, pasien juga mengatakan sebelum sakit pasien sering BAK di malam hari dan di siang hari.

Saat sakit pasien mengatakan BAB 2-3 kali sehari dengan konsistensi lunak. Klien biasa BAK 5-6 kali sehari, pasien juga mengatakan saat sakit juga pasien sering BAK di malam hari dan di siang hari warna BAK berwarna putih tidak ada aroma .

d. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit pasien mengatakan makan, minum, mandi, toileting, berpakaian dan berpindah tempat pasien bisa melakukannya sendiri

tanpa bantuan orang lain, pasien juga mengatakan sebelum sakit pasien sering berkeburu.

Saat sakit pasien mengatakan makan dan minum bisa dilakukannya sendiri tanpa dibantu oleh orang lain, sedangkan toileting, berpakaian dan berpindah tempat pasien dibantu oleh orang lain

e. Pola kognitif dan persepsi

Sebelum sakit pasien mengatakan kemampuan ingatannya baik, tetapi penglihatannya kurang normal dan pengecap rasa normal.

Saat sakit pasien mengatakan kemampuan ingatannya baik, mampu menjawab pertanyaan oleh perawat, penglihatan kurang baik, pendengaran baik.

f. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit pasien mengatakan pada malam hari pasien tidur selama 8 jam tidur dari pukul 22.00 dan biasanya pasien bangun pada jam 05.00. Pasien juga mengatakan saat malam hari pasien juga sering terbangun karena pasien sering merasakan haus dan BAK.

Saat sakit pasien mengatakan pada malam hari pasien tidur 7 jam tidur dari pukul 22.00 dan bangun dijam 04.00 pagi. Pasien juga mengatakan pada saat tidur di malam hari pasien sering terbangun karena sering merasakan haus dan BAK.

g. Pola peran hubungan

Pasien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik-baik saja begitupun dengan orang-orang sekitarnya.

h. Pola toleransi stress koping.

Pasien mengatakan ia sangat stress dan merasa sedih karena tidak mampu beraktivitas seperti sebelumnya.

4. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum: lemah

Tingkat kesadaran: komposmetis

GCS: 15

b. Tanda-tanda vital

TD : 100/70 mmhg

S : 36 °C

N : 80 x/m

RR : 19 x/m

SPO₂ : 113%

c. Kulit dan rambut

- Inspeksi

Kulit : Kulit tidak ada lesi, turgor kulit tampak menurun

Rambut : Berwarna hitam, tampak bersih.

- Palpasi : Akral teraba dingin

d. Kepala

- Inspeksi : Bentuk simetris antara kanan dan kiri bentuk kepala tampak lonjong tidak ada lesi.

- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

e. Mata

- Inspeksi : bentuk bola mata tampak lonjong

f. Telinga

- Inspeksi : ukuran tampak sedang, tampak simetris antara kiri dan kanan, tampak tidak ada sirumen pada lubang telinga, tampak tidak ada benjolan.

g. Hidung

- Inspeksi : Tampak simetris tidak ada secret tidak ada lesi

- Palpasi : Tampak tidak ada benjolan.

h. Mulut

- Inspeksi : Bentuk mulut tampak simetris, lidah tampak bersih, mukosa bibir tampak kering.

i. Leher

- Inspeksi : Bentuk leher tampak simetris.tidak terdapat benjolan dileher.
- Palpasi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

j. Paru-paru

- Inspeksi : Tampak simetris antara kanan dan kiri
- Palpasi : Getaran femitus sama antara kanan dan kiri
- Auskultasi : Normal

k. Abdomen



- Inspeksi : Tampak simetris antara kanan dan kiri
- Palpasi : Tidak ada nyeri

l. Ekstermitas atas

- Inspeksi : Tangan kanan terpasang infus RL14 tpm tangan kanan tampak normal

Ekstermitas bawah

- Inspeksi : Tampak luka dibagian kaki kanan, luka tampak berwarna kemerahan hitam dan bernanah tampak udem
- Palpasi : Nyeri pada luka


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE


LEMBAR KONSULTASI

Nama : Klaudia Sarina Kurnia

NIM : PO. 5303202210015

Nama Pembimbing : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,MSc

Nama Penguji : Martina Bedho, S.ST.,M,Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	7 september 2023	BAB 1 Latar Belakang	1. Pengajuan judul	
2	15 November 2023	BAB 1-3	2. Lengkapi masalah atau kasus di provinsi dan kabupaten 3. Perbaiki cara penulisa dan pengetikan 4. Perbaiki cover Depan studi pendahuluan 5. Perbaiki studi pendahuluan	↓
3	29 february 2024	BAB 1-3	6. Perbaiki cover depan 7. Latar belakang jelaskan tentang Ulkus Diabetikum 8. Perbaiki cara pengetikan dan penulisan 9. Perbaiki patofisiologi dan phatway 10. Pengkajian diperbaiki ambil dari buku dungus 11. Pemeriksaan fisik ambil dari buku dungus 12. Analisa data dibuat dalam bentuk table	↓

4	6 mei 2024	BAB II	13. Perbaiki phatway 14. Tambahkan diagnose 15. Perbaiki daftar pustaka	f
5	13 mei 2024	BAB I-2	16. Perbaiki cover depan 17. Perbaiki tujuan khusus 18. Phatwah ditambahkan 19. Perbaiki analisa data	f
6	17 Mei 2024	BAB II	20. Perbaiki cara pengetikan 21. Tambahkan penjelasan tentang diabetes militus 22. Tambahkan prioritas masalah 23. Perbaiki daftar pustaka	f
7	21 mei 2024		ACC Proposal	
8	29 mei 2024	BAB 1-3	1. Edit tulisan: titik koma, spasi. 2. Pahami materinya agar waktu pengkajian pada pasien mudah 3. Belum ada kesesuaian antara manifestasi klinis pengumpulan data dan analisa data	f
9	11 juni 2024	BAB II	4. Tambahkan fungsi pancreas dan ungsi insulin 5. Sebutkan makanan yang mengandung gula	f
10	8 Juni 2024	Revisi proposal	ACC Revisi Proposal	f
11	13 Agustus 2024	BAB IV	1. Lanjut implementasi hari ke 2 dan 3	

12	15 Agustus 2024	BAB IV	2. Lanjut ketik	
13	19 Agustus 2024	BAB IV	3. Gambaran Rumah Sakit Ditambahkan	
14	20 Agustus 2024	BAB IV-V	4. Perbaiki cara pengetikan 5. Lengkapi dari cover depan sampai BAB V	
14	21 Agustus 2024		ACC KARYA TULIS ILMIAH	
15	23 Agustus 2024	BAB IV-V	1. Perbaiki cara pengetikan 2. Tambahkan pemeriksaan penunjang 3. Tambahkan penatalaksanaan/penobatan	
16	30 Agustus 2024	BAB IV-V	ACC REVISI KARYA TULIS ILMIAH	

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

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

LAMPIRAN 3

JENIS KEGIATAN	TAHUN 2023/2024									
	BULAN									
	September	November	Januari	Febuary	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus
Pengajuan judul studi kasus										
Penyusunan BAB 1-3										
ACC Proposal										
Ujian Proposal										
Revisi proposal										
Acc revisi proposal										
Studi Kasus										
Penyusunan BAB IV-V										
UjianStudi Kasus										
Revisi Karya Tulis Ilmiah										
Acc Revisi Karya Tulis Ilmiah										

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Saya adalah mahasiswa dari Poltekes Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny M.I Dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.
2. Tujuan dari Studi Kasus ini adalah mahasiswa diharapkan mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende. Studi Kasus ini berlangsung selama tiga hari.
3. Prosedur plaksana 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 menyebutkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena Studi Kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan atau memperburuk status kesehatan Bapak/Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara peroleh dari keterlibatan dalam Studi Kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara mendapatkan peleyanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan Asuhan yang diberikan.
5. Namun dari 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: 081327185043.

Peneliti



Klaudia Sarina Kurnia

Nim: PO5303202210015

INFORMED CONCENT

(Persetujuan Menjadi Partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh: Klaudia Sarina Kurnia, Nim: PO5303202210015 dengan judul: "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny M.I Dengan Diagnosa Medis Ulkus Diabetikum di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende".

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

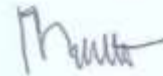
Ende, 23 Agustus 2024

Saksi



An. M

Yang memberikan persetujuan



Ny M. I

Peneliti



KLAUDIA SARINA KURNIA

PO5303202210015

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Klaudia Sarina Kurnia
Tempat/tanggal Lahir : Cambir Bendera, 12 Oktober 2002
Alamat : Cambir Bendera
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik
Nama Ayah : Ignasius Garus
Nama Ibu : Odilia Setiafan

B. Riwayat Pendidikan

SDI Cambir Bendera : 2011-2016
SMPN 1 Lembor : 2016-2018
SMAN 1 Lelak : 2018-2021
Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang,
Program Studi DIII
Keperawatan
Ende

“Memulai dengan penuh keyakinan,
menjalankan dengan penuh keikhlasan,
menyelesaikan dengan penuh kebahagiaan”