

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DENGAN ULKUS DIABETES DENGAN INTERVENSI MODERN
DRESSING DI RUANG ARJUNA RSUD ABDOER RAHEM SITUBONDO**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

Maysaroh

NIM : 22101068

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
JEMBER
2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maysaroh

Tempat tanggal lahir : Jember, 25 Mei 2000

Nim : 22101068

Menyatakan dengan sesungguhnya bahan Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetes Dengan intervensi Modern Dressing Di Ruang Arjuna RSUD Abdoer Rahem Situbondo” adalah karya saya sendiri dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ners di suatu perguruan tinggi manapun. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhirini yang saya kutip dari karya hasil orang lain telah dituliskan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah dan etika penulisan ilmiah. Apabila kemudian hari ditemukan adanya kecurangan dalam penyusunan karya ilmiah ini, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Jember, 29 November 2023



22101068

LEMBAR PERSETUJUAN

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetes Modern Dressing Di Ruang Arjuna RSUD Abdoer Rahem Situbondo

Nama Lengkap : Maysaroh

NIM : 22101068

Jurusan : Profesi Ners

Fakultas : Ilmu Kesehatan

Dosen Pembimbing

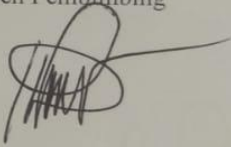
Nama Lengkap : Roby Aji Permana, S.Kep., NS., M.Kep

NIDN : 071406692205

Menyetujui,
Ketua Program Profesi Ners


Emi Eliva Astutik, S.Kep., NS., M.Kep
NIDN.0720028703

Menyetujui,
Dosen Pembimbing


Roby Aji Permana, S.Kep., NS., M.Kep
NIDN.07140669205

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DENGAN ULKUS DIABETES MODERN DRESSING DI RUANG ARJUNA
RSUD ABDOER RAHEM SITUBONDO

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

Maysaroh

NIM. 22101068

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dalam ujian sidang karya ilmiah akhir ners pada tanggal 15 Bulan Januari Tahun 2024 dan telah diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk meraih gelar Ners pada program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas dr Soebandi Jember

DEWAN PENGUJI

Penguji 1 : (Ns. Perima Setiyudi, S. Kep)

NIDN.

Penguji 2 : (Wike Rosalini, S.Kep., Ns., M.Kes)

NIDN. 0708059102

Penguji 3 : (Roby Aji Permana, S.Kep., Ns., M.Kep)

NIDN. 07140669205

Ketua Program Studi Profesi Ners



Emi Eliya Astutik, S.Kep., NS., M.Kep

NIDN. 0720028703

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi Profesi Ners, Universitas dr. Soebandi Jember dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetes Modern Dressing Di Ruang Arjuna RSUD Abdoer Rahem Situbondo”. Selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis dibimbing dan dibantu oleh pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Andi Eka Pranata, S.ST., S.Kep., Ns., M.Kes selaku Rektor Universitas dr. Soebandi Jember
2. Apt. Lindawati Setyaningrum., M.Farm selaku Dekan Universitas dr. Soebandi yang telah membantu dan memberikan kemudahan kepada penulis
3. Emi Emiliya Astutik, S.Kep., NS., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas dr Soebandi yang telah membantu dan memberi kemudahan kepada penulis.
4. Roby Aji Permana, S.Kep. NS., M.Kep selaku pembimbing dan penguji yang telah membantu membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Dalam penyusunan tugas akhir ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Jember, 29 November 2023

Maysaroh

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN

PUBLIKASI TUGAS AKHIR

Sebagai Civitas Akademika Universitas dr Soebandi Jember, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Maysaroh
NIM : 22101068
Departemen : Keperawatan Dasar
Fakultas : Ilmu Kesehatan
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, saya menyetujui untuk memberikan kepada Universitas dr Soebandi **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya tulis ilmiah saya yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetes Modern Dressing Di Ruang Arjuna RSUD Abdoer Rahem Situbondo Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti ini, maka Universitas dr Soebandi berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis, pencipta, dan pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Fakultas Kesehatan, Universitas dr Soebandi

Pada tanggal : 15 Januari 2024

Yang Menyatakan

(Maysaroh)

ABSTRAK

Maysaroh*.Roby Aji Permana.**. 2023 *Karya Ilmiah Akhir: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetes Modern Dressing Di Ruang Arjuna RSUD Abdoer Rahem Situbondo.* Program Studi Profesi Ners. Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas dr Soebandi.

Pendahuluan :Diabetes adalah penyakit kronis serius diakibatkan karena pankreas tidak dapat memproduksi cukup insulin, atau terjadinya resistensi insulin diaman tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif.**Tujuan Penelitian:** Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetes Modern Dressing Di Ruang Arjuna RSUD Abdoer Rahem Situbondo. **Metode:**metode penelitian yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah studi kasus dengan mengumpulkan hasil observasi dan wawancara serta catatan rekam medis pasien. **Hasil:**Sebelum dilakukan rawat luka, luka pasien banyak terdapat eksudat dan berwarna hitam. Setelah itu dilakukan rawat luka selama 4 hari. Didapatkan hari ke 4 tanggal 25 maret 2023 pukul 08:00, setelah rawat luka didapatkan luka tampak bersih, tidak ada eksudat.**Diskusi:** Luka diabetik atau ulkus diabetik berkontribusi signifikan terhadap morbiditas, baik biaya perawatan kesehatan, dan kualitas hidup secara keseluruhan. Perawatan luka yang tepat dan rutin sangat penting bagi pasien untuk mencapai hasil yang lebih baik terkait ulkus ini.

Kata Kunci :*Diabetes Mellitus, Rawat luka, Integritas Kulit*

* Peneliti

**Pembimbing I

***Pembimbing II

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)	ii
PERNYATAAN ORISINILITAS KARYA ILMIAH AKHIR (KIA)	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Medis	6
2.1.1 Penegrtian.....	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi Klinis	9
2.1.4 penatalaksanaan	11
2.1.5 Pemeriksaan penunjang.....	13

2.2 Konsep Gangguan Integritas Kulit pada Diabetes Mellitus	15
2.2.1 Pengertian.....	15
2.2.2 Etiologi	16
2.2.3 Tanda Gejala.....	16
2.2.4 Komplikasi	17
2.2.5 Luaran Gangguan Integritas Kulit.....	18
2.2.6 Intervensi.....	18
2.3 Konsep Modern Dressing	19
2.3.1 Pengertian.....	19
2.3.2 Manfaat	20
2.3.3 Jenis-Jenis	20
2.4 Konsep Dasar Masalah Keperawatan	21
2.4.1 Konsep Keperawatan	21
2.3.2 Diagnosa Keperawatan	25
2.3.3 Intervensi Inovasi Keperawatan Sesuai <i>Pathway</i>	26
2.3.4 Implementasi Keperawatan	26
2.3.5 Evaluasi Keperawatan	26
2.5 Kerangka Konsep	27
2.5 Keaslian Penelitian	28
BAB 3 GAMBARAN KASUS/METODELOGI PENELITIAN	46
3.1 Pengkajian ke 1	46
3.2Pengkajian ke 2	72
BAB 4 PEMBAHASAN	96
4.1 Analisis Karakteristik Pasien.....	96
4.2 Analisis Masalah Keperawatan	97
4.3 Analisis intervensi Keperawatan	98
4.4 Analisis Implementasi Keperawatan	100
4.5 Analisis Evaluasi Hasil Intervensi.....	102
BAB 5 KESIMPULAN	104
5.1 Kesimpulan	104
5.2 Saran.....	104

DAFTAR PUSTAKA.....	106
LEMBAR LAMPIRAN	108

DAFTAR TABEL

Tabel 2.2 Keaslian Penelitian.....	44
Tabel 3.2 Analisa Data	65
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan.....	66
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan.....	67
Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi.....	71

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes melitus dikenal dengan penyakit kencing manis yaitu adalah gangguan penyakit metabolik yang dialami seseorang akibat dari pankreas yang tidak dapat memproduksi insulin yang cukup atau tubuh tidak bisa menggunakan insulin secara efektif sehingga bisa mengakibatkan terjadinya hiperglikemi atau peningkatan kadar glukosa dalam darah (Herlambang dkk, 2019). Diabetes adalah penyakit kronis serius diakibatkan karena pankreas tidak dapat memproduksi cukup insulin, atau terjadinya resistensi insulin diaman tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif. Diabetes adalah masalah kesehatan masyarakat yang penting. Jumlah kasus dan prevalensi Diabetes terus meningkat selama beberapa dekade terakhir (World Health Organization, 2016).

Dari tahun ke tahun angka terjadinya kasus Diabetes Melitus mengalami peningkatan. Menurut International Diabetes Federation, jumlah penderita diabetes melitus pada tahun 2019 sebanyak 465 juta orang dan akan mengalami kenaikan pada tahun 2045 menjadi 700 jutapenderita (IDF, 2019). WHO juga memastikan peningkatan penyakit DM terbanyak terjadi di negara berkembang termasuk Indonesia. Penderita DM dari tahun 2013 sampai tahun 2018 mengalami peningkatakan yaitu sebanyak 2,0% dengan usia lebih dari 15 tahun. Prevalensi DM dengan segala umur pada tahun 2018 sebanyak 1,5%

orang (RISKESDAS, 2018). Di Provinsi Jawa Timur sendiri pada tahun 2013 sebanyak 2,1 % dan mengalami peningkatan menjadi 2,6 % pada tahun 2018 dari jumlah penduduk usia lebih dari 15 tahun. Sedangkan jumlah penduduk dengan segala umur pada tahun 2018 jumlahnya 2,02 % penderita (RISKESDAS, 2018)

Ketika antibodi jahat didalam tubuh menyerang dan menghancurkan sel yang memproduksi insulin dalam pankreas maka akan mengakibatkan terjadinya diabetes melitus. Penyebabnya dari faktor genetik, virus, malnutrisi, gaya hidup stress yang nantinya bisa mengakibatkan insulin dan glukosa dalam sel mengalami penurunan. Sehingga sel tidak memperoleh nutrisi yang cukup, akhirnya antibodi akan mengalami penurunan dan akan rentan terjadi risiko infeksi (Maghfirah, 2015). Komplikasi umum yang terjadi dari DM adalah masalah pada kaki. Kaki diabetes apabila tidak dirawat dengan benar akan mudah terjadi luka dan mudah terjadi infeksi. Jika tidak segera diatasi dan juga dirawat akan membuat luka semakin parah (Wulandari dkk, 2019). Luka diabetes sering kali disebut diabetics foot ulcers, luka neuropati, luka diabetik neuropath adalah luka yang terjadi pada kaki penderita diabetes, dimana terdapat kelainan pada tungkai kaki bawah akibat diabetes melitus yang tidak terkontrol. Kelainan kaki diabetes melitus dapat disebabkan adanya gangguan pembuluh darah, gangguan persyarafan, dan adanya infeksi. Jika penderita diabetes yang kadar glukosanya tidak terkontrol maka akan mengalami terjadinya penurunan pada respon imun. Sehingga penderita lebih rentan terkena infeksi. Banyak hal yang membuat kaki

penderita mudah terkena infeksi seperti lecet akibat sepatu yang sesak. Jika dibiarkan begitu saja maka akan terjadi infeksi yang akan mengakibatkan pembusukan pada bagian luka karena tidak mendapat aliran darah (Ratna Devi & Parmin, 2019).

Penderita Diabetes Melitus guna mencegah terjadinya luka yang semakin parah sehingga tidak terjadi risiko infeksi maka dilakukan tindakan perawatan luka. Metode perawatan luka yang berkembang saat ini adalah menggunakan modern dressing. Modern dressing adalah suatu balutan luka modern yang mempertahankan luka dalam keadaan yang lembab sehingga mempercepat granulasi jaringan dan dapat mempercepat penyembuhan luka (Lathifah, 2017). Prinsip dari perawatan luka modern ini adalah mempertahankan dan menjaga lingkungan luka tetap lembab untuk memfasilitasi proses penyembuhan luka, mempertahankan kehilangan cairan jaringan dan kematian sel. Lingkungan luka yang lembab (moist) dapat mempercepat proses penyembuhan luka dengan cara membantu menghilangkan fibrin yang terbentuk pada luka kronis dengan cepat (fibrinolitik) oleh netrofil dan sel endotel dalam suasana lembab, juga dapat menurunkan angka kejadian infeksi.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Dengan Ulkus Diabetes Modern Dressing Di Ruang Arjuna RSUD Abdoer Rahem Situbondo?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus dengan ulkus diabetes modern dressing di ruang arjuna RSUD Abdoer Rahem Situbondo.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada klien *Diabetes Mellitus* yang mengalami masalah kerusakan integritas kulit dengan intervensi *Modern Dressing*.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat menjadi referensi bacaan ilmiah mahasiswa untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah diabetes mellitus.

b. Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan bagi pihak rumah sakit untuk menambah pengetahuan khusus tentang penanganan rawat luka untuk kasus Diabetes Melitus.

c. Bagi Profesi Keperawatan

Meningkatkan pengetahuan perawat dalam menerapkan rawat luka modern dressing pada kasus Diabetes Melitus.

d. Bagi Penulis

Penulis mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pemberian intervensi rawat luka modern dressing pada pasien Diabetes Melitus

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Diabetes Mellitus*

1. Pengertian

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit yang diakibatkan terganggunya proses metabolisme glukosa di dalam tubuh yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, dan pembuluh darah, disertai lesi pada membran basalis dengan karakteristik hiperglikemia (American Diabetes Association, 2023).

Diabetes melitus (DM) adalah penyakit gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif, akibatnya terjadi peningkatan konsentrasi glukosa di dalam darah atau hiperglikemia (PUSDATIN, 2020). Menurut Smeltzer & Bare (2019), diabetes melitus merupakan suatu penyakit kronis yang menimbulkan gangguan multisistem dan mempunyai karakteristik hiperglikemia yang disebabkan defisiensi insulin atau kerja insulin yang tidak adekuat.

2. Klasifikasi

Menurut Black (2014), klasifikasi DM dibagi menjadi 4 yaitu:

a. DM tipe I

Pada diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan insulin karena sel-sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Kelainan ini terjadi karena kerusakan sistem imunitas yang merusak sel-sel pulau Langerhans di pankreas yang kemudian berdampak pada penurunan insulin.

b. DM tipe II

Tipe diabetes ini disebabkan oleh kegagalan relatif sel beta oleh jaringan perifer untuk menghambat produksi glukosa oleh hati.

c. DM tipe lain

Merupakan DM yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom tertentu hiperglikemik terjadi karena penyakit lain yaitu penyakit pankreas, hormonal, obat atau bahan kimia, endokrinopati, kelainan reseptor insulin, sindroma genetik tertentu.

d. DM Gestasional

Pada tipe diabetes ini biasanya terjadi pada trimester kedua atau ketiga pada kehamilan. Disebabkan oleh hormon yang disekresikan plasenta dan menghambat kerja insulin. dan resistensi insulin. Resistensi insulin adalah turunnya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa.

3. Etiologi

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) tahun 2020 dalam klasifikasi DM yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM gestasional, dan DM tipe lain (Alkhoir, 2020). Namun jenis DM yang paling umum yaitu DM tipe 1 dan DM tipe 2.

a. Diabetes melitus tipe 1

DM tipe 1 merupakan proses autoimun atau idiopatik dapat menyerang orang semua golongan umur, namun lebih sering terjadi pada anak-anak. Penderita DM tipe 1 membutuhkan suntikan insulin setiap hari untuk mengontrol glukosa darahnya (IDF, 2019). DM tipe ini sering disebut juga *Juvenile Diabetes* atau *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM), yang berhubungan dengan antibody berupa *Islet Cell Antibodies* (ICA), *Insulin Autoantibodies* (IAA), dan *Glutamic Acid Decarboxylase Antibodies* (GADA). 90% anak-anak penderita IDDM mempunyai jenis antibodi ini (Bustan, 2007 dalam (Alkhoir, 2020).

b. Diabetes melitus tipe 2

DM tipe 2 atau yang sering disebut dengan *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) adalah jenis DM yang paling sering terjadi, mencakup sekitar 90% pasien DM didunia (IDF, 2019). Keadaan ini ditandai oleh resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif. Menurut Greenstein dan Wood (2010) dalam (Alkhoir, 2020), menyebutkan bahwa DM tipe ini lebih sering terjadi pada usia diatas 40 tahun, tetapi dapat pula terjadi pada orang dewasa muda dan anak-anak.

c. Diabetes melitus gestational

DM tipe ini terjadi selama masa kehamilan, dimana intoleransi glukosa didapati pertama kali pada masa kehamilan, biasanya pada trimester kedua dan ketiga. DM gestasional berhubungan dengan meningkatnya komplikasi perinatal (Alfi et al., 2019) Diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan dan tidak mempunyai riwayat diabetes sebelum kehamilan (ADA, 2020 dalam (Alkhoir, 2020)).

d. Diabetes melitus tipe lain

DM tipe ini terjadi akibat penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa darah akibat faktor genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit eksokrin pankreas, penyakit metabolik endokrin lain, iatrogenik, infeksi virus, penyakit autoimun dan sindrom genetik lain yang berkaitan dengan penyakit DM (Alfi et al., 2019)

Contoh dari DM tipe lain (ADA, 2020 dalam (Alkhoir, 2020), yaitu :

- 1) Sindrom diabetes monogenik (diabetes neonatal)
- 2) Penyakit pada pancreas
- 3) Diabetes yang diinduksi bahan kimia (penggunaan glukokortikoid pada HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ).

4. Patofisiologi

Pada DM tipe 2 terjadi penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin (resistensi insulin). Hal ini diperberat oleh bertambahnya usia yang mempengaruhi berkurangnya jumlah insulin sel-sel beta, lambatnya pelepasan

insulin atau penurunan sensitivitas perifer terhadap insulin (Rumahorbo, 2014). Menurut Fatimah (2015), menyebutkan bahwa DM tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, melainkan karena sel-sel sasaran insulin gagal atau tidak dapat merespon insulin secara normal atau lazim disebut dengan resistensi insulin. Resistensi insulin banyak terjadi akibat dari obesitas dan kurangnya aktivitas fisik serta penuaan.

Pada awal perkembangan Diabetes Melitus Tipe 2 sel B menunjukkan gangguan pada sekresi insulin fase pertama, artinya sekresi insulin gagal mengkompensasi resistensi insulin. Apabila tidak ditangani dengan baik, pada perkembangan selanjutnya akan terjadi kerusakan sel-sel B pancreas. Kerusakan sel-sel B pankreas akan terjadi secara progresif seringkali akan menyebabkan defisiensi insulin, sehingga akhirnya penderita memerlukan insulin eksogen. Pada penderita Diabetes Melitus Tipe 2 memang umumnya ditemukan kedua faktor tersebut, yaitu resistensi insulin dan defisiensi insulin (Fatimah, 2015).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang muncul pada pasien DM menurut Black (2014) dan Smeltzer et al (2013) yaitu

- a. Poliuria (air kencing keluar banyak).
- b. Polydipsia (rasa haus yang berlebih) yang disebabkan karena osmolalitas serum yang tinggi akibat kadar glukosa serum yang meningkat.
- c. Anoreksia.

- d. Polifagia (rasa lapar yang berlebih) yang terjadi karena glukosuria yang menyebabkan keseimbangan kalori negative.
- e. Penurunan berat badan.
- f. Kelelahan (rasa cepat lelah) dan kelemahan yang disebabkan penggunaan glukosa oleh sel menurun.
- g. Ketonuria.
- h. Pada kulit pasien DM akan mengalami kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuhnya, dan rasa gatal pada kulit.
- i. Sakit kepala.
- j. Mengantuk.
- k. Gangguan pada aktivitas disebabkan oleh kadar glukosa intrasel yang rendah, kram pada otot, iritabilitas.
- l. Emosi yang labil akibat ketidak seimbangan elektrolit.
- m. Gangguan penglihatan seperti pemandangan kabur yang disebabkan karena pembengkakan akibat glukosa

6. Penatalaksanaan

- a. Edukasi.

Edukasi yang dilakukan bagi pasien DM fokus pada perubahan gaya hidup (diet dan aktivitas fisik), serta edukasi tentang pemberian obat antidiabetes oral dan insulin. Edukasi sebaiknya dilakukan oleh tim yang melibatkan ahli gizi dan psikolog serta ahli aktivitas fisik. Edukasi sebaiknya juga diberikan kepada seluruh anggota keluarga agar mereka memahami pentingnya perubahan gaya hidup untuk keberhasilan

manajemen DM (Indonesia, 2015). Edukasi dilakukan dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu selalu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM. Materi edukasi pada tingkat awal dilaksanakan di Pelayanan Kesehatan Primer yang meliputi:

- 1) Materi tentang perjalanan penyakit DM.
 - 2) Makna dan perlunya pengendalian dan pemantauan DM secara berkelanjutan.
 - 3) Penyulit DM dan risikonya
 - 4) Intervensi non-farmakologi dan farmakologis serta target pengobatan.
 - 5) Interaksi antara asupan makanan, aktivitas fisik, dan obat antihiperqlikemia oral atau insulin serta obat-obatan lain.
 - 6) Cara pemantauan glukosa darah dan pemahaman hasil glukosa darah atau urin mandiri (hanya jika alat pemantauan glukosa darah mandiri tidak tersedia).
 - 7) Mengenal gejala dan penanganan awal hipoglikemi
 - 8) Pentingnya latihan jasmani yang teratur
 - 9) Pentingnya perawatan kaki
 - 10) Cara menggunakan fasilitas perawatan kesehatan
- b. Terapi Nutrisi Medis (TNM).

Terapi Nutrisi Medis (TNM) merupakan bagian penting dari penatalaksanaan DM secara komprehensif. Prinsip pengaturan makan

pada penyandang DM hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Penyandang DM perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri.

c. Latihan Jasmani

Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan jasmani dilakukan secara teratur sebanyak 3-5 kali perminggu selama sekitar 30-45 menit, 16 dengan total 150 menit perminggu. Jeda antar latihan tidak lebih dari 2 hari berturut-turut. Latihan jasmani selain untuk menjaga kebugaran juga dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki sensitivitas insulin, sehingga akan memperbaiki kendali glukosa darah. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang seperti jalan cepat, bersepeda santai, jogging, dan berenang.

d. Terapi farmakologis untuk penyandang DM yaitu obat oral dan injeksi.

Terapi farmakologis untuk DM diantaranya yaitu obat antihiperqlikemia oral. Untuk obat jenis ini dibagi menjadi 5 golongan yaitu:

- 1) Pemacu Sekresi Insulin. Sulfonilurea dimana obat golongan ini mempunyai efek utama meningkatkan sekresi insulin oleh sel beta

pancreas sedangkan glinid merupakan golongan ini terdiri dari 2 macam obat yaitu Repaglinid (derivat asam benzoat) dan Nateglinid (derivat fenilalanin).

2) Peningkat sensitivitas terhadap insulin. Metformin: Metformin merupakan pilihan pertama pada sebagian besar kasus DM. Mempunyai efek utama mengurangi produksi glukosa hati (glukoneogenesis) dan memperbaiki ambilan glukosa di jaringan perifer. Tiazolidindion (TZD) merupakan golongan ini mempunyai efek menurunkan resistensi insulin dengan meningkatkan jumlah protein pengangkut glukosa, sehingga meningkatkan ambilan glukosa di jaringan perifer. Penghambat alfa glucosidase: Obat ini bekerja dengan cara menghambat kerja enzim alfa glukosidase di saluran pencernaan sehingga menghambat adsorpsi dalam usus halus. Yang termasuk golongan obat ini yaitu acarbose. Penghambat Dipeptidyl Peptidase- IV. Contoh obat golongan ini adalah Sitagliptin dan Linagliptin: Penghambat enzim Sodium Glucose Co-transporter 2. Obat yang termasuk golongan ini antara lain: Canagliflozin, Empagliflozin, Dapagliflozin, Ipragliflozin. Untuk terapi farmakologis injeksi yaitu terdapat:

- (a) Insulin.
- (b) Agonis GLP-1 (Incretin Mimetic).
- (c) Kombinasi insulin dan agonis GLP-1.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Rahmasari (2019), pemeriksaan penunjang untuk pasien DM diantaranya yaitu:

- a. Postprandial. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan kadar gula darah yang dilakukan 2 jam setelah makan dan minum. Untuk mengindikasikan bahwa hasil pemeriksaan tersebut dapat dikatakan diabetes yaitu dengan melihat angka gula darah. Apabila kadar gula darah di atas angka 130 mg/dl maka dapat disebut diabetes.
- b. Hemoglobin glikosilat (HbA1C). Pemeriksaan ini dilakukan dengan memberi pasien air gula 75 grm dilakukan setelah pasien berpuasa semalaman lalu akan diuji selama 24 jam. Angka gula darah normal 2 jam setelah meminum cairan tersebut yaitu kurang dari 140 mg/dl.
- c. Test glukosa darah dengan finger stick. Pemeriksaan dilakukan dengan cara menusukkan jarum pada jari kemudian sample darah diletakkan di sebuah strip yang ada di glukometer.

2.2 Konsep Gangguan Integritas Kulit pada Diabetes Mellitus

1. Pengertian

Diabetes melitus adalah suatu keadaan yang terjadi ketika tubuh tidak dapat memproduksi insulin dengan cukup atau tidak mampu menggunakan insulin (IDF 2015). Sumber lain mengatakan diabetes melitus (DM) adalah penyakit kronis karena pankreas tidak mampu mensekresi insulin atau tubuh tidak mampu menggunakan insulin secara efektif. Diabetes melitus tipe II

merupakan dampak dari gangguan sekresi insulin dan resistensi terhadap kerja insulin yang sering kali disebabkan oleh obesitas (Rudy & Richard, 2014).

Gangguan integritas kulit adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligament) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Salah satu gangguan integritas kulit yang terjadi pada pasien diabetes mellitus adalah ganggren dan ulkus diabetik. Ulkus diabetik adalah gangguan sebagian atau keseluruhan pada kulit yang meluas ke jaringan bawah kulit, tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit DM, kondisi ini timbul sebagai akibat terjadinya peningkatan kadar gula darah yang tinggi. (Tarwoto, 2012).

2. Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) penyebab dari gangguan integritas kulit, diantaranya:

- a. Perubahan sirkulasi
- b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c. Kekurangan atau kelebihan volume cairan
- d. Penurunan mobilitas
- e. Bahan kimia iritatif
- f. Suhu lingkungan yang ekstrem
- g. Faktor mekanis (misalnya, penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h. Efek samping terapi radiasi

- i. Kelembaban
- j. Proses penuan
- k. Neuropati perifer
- l. Perubahan pigmentasi
- m. Perubahan hormonal
- n. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan

3. Tanda Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) tanda dan gejala gangguan integritas kulit sebagai berikut:

Gejala dan tanda tanda mayor :

- a. Subjektif : tidak tersedia
- b. Objektif :
 - 1) Kerusakan jaringan atau lapisan kulit

Gejala dan tanda minor :

- a. Subjektif : tidak tersedia
- b. Objektif : Nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma

4. Komplikasi

Menurut Rudy & Richard (2014) terdapat komplikasi yang dapat menimbulkan gangguan integritas kulit, yaitu:

- a. Neuropati motorik menyebabkan atrofi otot, deformitas kaki, perubahan biomekanik, dan redistribusi tekanan pada kaki yang semuanya dapat mengarah pada ulkus.

- b. Neuropati sensorik mempengaruhi nyeri dan ketidaknyamanan, yang menunjang kearah trauma berulang pada kaki.
- c. Saraf otonom yang rusak menyebabkan penurunan pengeluaran keringat, sehingga kulit menjadi pintu masuk bakteri yang akhirnya menyebabkan infeksi.

5. Luaran Gangguan Integritas Kulit

Luaran gangguan integritas kulit menurut (SLKI DPP PPNI, 2019) yang meliputi :

- 1. Elastisitas meningkat
- 2. Kemerahan menurun
- 3. Hematoma menurun
- 4. Pigmentasi abnormal menurun
- 5. Suhu kulit membaik
- 6. Tekstur membaik.

6. Intervensi

Beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada penderita diabetes mellitus dengan masalah gangguan integritas kulit menurut (SIKI DPD PPNI, 2018) adalah sebagai berikut :

- a. Observasi
 - 1) Monitor perubahan sirkulasi (dengan mengukur tanda-tanda vital)
 - 2) Monitor perubahan status nutrisi
 - 3) Monitor penurunan kelembapan

b. Terapeutik

- 1) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
- 2) Anjurkan minum air yang cukup

2.3 Konsep Modern Dressing

1. Pengertian

Perawatan luka pada saat ini menggunakan metode perawatan luka modern. Perawatan luka modern adalah metode perawatan luka dengan cara tertutup serta lembab yang difokuskan untuk menjaga luka dari dehidrasi dan terus berkembang dalam proses pemulihan luka. Luka dengan suasana lembab maka akan mempercepat fibrinolysis, angiogenesis, menurunkan resiko infeksi, pembentukan growth faktor, serta pembentukan sel aktif. Modern dressing yang mengandung antimikroba efektif dapat membunuh bakteri dan jamur pada luka, dapat mencegah infeksi berulang selama penyembuhan dan efektif dalam pengobatan pada luka yang sudah terinfeksi (Handayani, 2016).

2. Manfaat Modern Dressing

Adapun manfaat dari modern dressing berdasarkan penelitian (Aminuddin, et al., 2020), yaitu :

- a. Menciptakan kelembaban pada lingkungan luka.
- b. Menghilangkan jaringan mati.
- c. Mengelola eksudat luka.
- d. Mencegah serta mengontrol infeksi.
- e. Mencegah serta dapat mengontrol bau pada luka.
- f. Mencegah serta mengontrol pendarahan.

- g. Dapat mengurangi rasa nyeri.
- h. Memberikan kenyamanan pada daerah luka.
- i. Mempertahankan suhu yang optimal pada luka.
- j. Melindungi luka dan kulit sekitarnya.

3. Jenis-jenis Modern Dressing

1) Transparent Film

Bahan yang mengandung polyurethane film yang berfungsi menurunkan inflamasi, mendukung pertukaran gas dalam luka, mengurangi nyeri, serta melindungi luka dari trauma fisik, kimiawi, dan termal. Jaringan epitel yang baru menutupi luka dapat diberikan transparent film untuk mengurangi gesekan dan trauma baru. Transparent film tidak dapat menyerap eksudat dan memiliki sifat anti air, sehingga balutan tidak akan basah ketika terkena air. Bentuk balutan dapat berupa lembaran atau spray. Contoh produknya yaitu tegaderm film, hydrofilm, mepore film, dan lainnya.

2) Foam

Balutan foam mengandung polyurethane foam yang berfungsi menyerap eksudat dari sedang sampai sangat banyak. Selain itu dapat mengurangi tekanan pada luka tekan, mengatasi hipergranulasi, membantu melindungi luka dari trauma seperti pada pressure injury (dekubitus). Contoh produknya wundress, biatain, allevyn, mepilex lite, cutimed siltec, pharماسuper foam carbon silver, aquacel foam dan lainnya.

3) Hydrocolloid

Balutan hydrocolloid mengandung carboxymethyl cellulosa (CMC), pectin dan gelatin. Balutan ini digunakan untuk mengatasi inflamasi pada luka dan memberikan perlindungan pada trauma. Contohnya yaitu Hydrocolloid thin.

4) Hydrogels

Merupakan contoh coloid yang yang berbahan dasar gliserin. Hydrogel mirip dengan hydrocolloid tapi dalam bentuk gel. Dapat menciptakan suasana yang lembab pada luka dan mengabsorpsi eksudat luka. Contoh produk antara lain cutimed gel, intrasite gel, dan duoderm gel.

4) Calcium Alginate

Alginate mengandung polisakarida rumput laut yang dapat membantu menyerap eksudat dari sedang ke banyak sampai 20 kali beratnya. Alginate dapat berubah menjadi gel dan berwarna kehijauan. Adapun fungsi alginate untuk menghentikan perdarahan minor, luka dengan undermining dan tunnel (Baranoski dan Ayello, 2012). Contoh produknya seperti kaltostat, melgisorb, curasorb, Tegaderm alginate, suprasorb A, cutimed alginate dan lainnya.

2.4 Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori

1. Konsep Keperawatan

a. Pengkajian

1. Identitas dan Demografi

Nama, No RM, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, status, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang, berisi tentang kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan oleh pasien untuk mengatasinya.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanyariwayat penyakit diabetes melitus atau penyakit – penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin, misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas maupun tindakan medis yang pernah didapat maupun obat – obatan yang biasa digunakan oleh pasien

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita diabetes melitus atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya , defisiensi misalnya hipertensi, jantung.

5. Pola Kesehatan Fungsional

a) PolaEliminasi

Yang perlu dikaji pada penderita DM yaitu pola frekuensi BAK dan BAB adalah kesulitan adanya gejala sering kencing pada tahap awal. Pada tahap output ditemukan adanya keluhan konstipasi dan frekuensi kencing yang banyak pada tahap awal.

b) Pola Nutrisi dan metabolisme

Yang penting dikaji pada tahap ini permasalahan yang dikonsumsi klien, frekuensi makan dan minum, beserta banyaknya klien makan dan minum karena penderita DM, harus menjaga kadar glukosa dalam darah dalam batas normal (3-10 mmol/liter) untuk merealisasikan hal tersebut, maka perlu mendapatkan keseimbangan yang benar antara jumlah glukosa yang keluar. Selain itu manifestasi klinis diabetes ini adalah adanya peningkatan pengeluaran urin (poliuri) dan timbul rasa haus (polidipsi) dan glukosa hilang bersama urine, maka klien mengalami keseimbangan kalori negative dan berat badan berkurang, dan rasa lapar semakin besar (polifagia).

c) Pola tidur dan istirahat

Kaji lama tidur pasien, adanya waktu tidur yang berkurang karena frekuensi miksi yang sering pada malam hari (nkturia).

d) Nyeri/kenyamanan

Kaji nyeri supra pubis, panggul atau punggung, tajam, kuat, nyeri punggung bawah.

e) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat pasien ditanya tentang kebiasaan merokok, penggunaan obatobatan, penggunaan alcohol.

f) Polaaktifitas

Tanyakanpada pasien aktifitasnya sehari-hari, aktifitas penggunaan waktu senggang, kebiasaan berolahraga. pekerjaan mengangkat beban berat. Apakah ada perubahan sebelum sakit dan selama sakit.Pada umumnya aktifitas sebelum operasi tidak mengaami gangguan, dimana pasien masih mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari sendiri.

g) Seksualitas

Kajiapakah ada maslaah tentang efek kondisi/ terapi pada kemampuan skesual akibat adanya penurunan kekuatan ejakulasi dikarenakan oleh pembesaran dan nyeri tekan pada prostat.

h) Pola persepsi dan Konsep diri

Meliputiinformasi tentang perasaan atau emosi yang dialami atau dirasakan pasien sebelum pembedahan dan sesudah pembedahan pasien bisa cemas karena kurangnya pengetahuan terhadap perawatan luka.

6. Pemeriksaan Fisik

a) Status kesehatan umum Tingkat kesadaran pasien perlu dikaji, bagaimana penampilan pasien secara umum, ekspresi wajah pasien selama dilakukan anamnesa, sikap dan perilaku pasien terhadap petugas, bagaimana mood pasien.

b) Sistem pernafasan Peningkatan frekuensi napas, napas pendek dan dangkal.

- c) Sistem kardiovaskuler Takikardi, pucat, hipotensi (tanda syok).
- d) Sistem persyarafan Tidak ada gangguan pada sistem persyarafan.
- e) Sistem perkemihan Retensi urine akibat tekanan distensi abdomen, anuria/oliguria, jika syok hipovolemik.
- f) Sistem pencernaan Distensi abdomen, muntah, bising usus meningkat, lemah atau tidak ada, ketidakmampuan defekasi dan flatus.
- g) Sistem muskuloskeletal Kelelahan, kesulitan ambulansi.
- h) Sistem integumen Turgor kulit buruk, membran mukosa pecah-pecah (syok).
- i) Sistem endokrin Tidak ada gangguan pada sistem endokrin.
- j) Sistem reproduksi.

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

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Integritas Kulit (D.0129)

3. Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA	SLKI	SIKI
Kerusakan Integritas kulit	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam, maka diharapkan Integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil: 1) Kerusakan jaringan membaik 2) Kerusakan lapisan kulit membaik 3) Nyeri membaik 4) Perdarahan membaik 5) Pigmentasi abnormal membaik	Perawatan Luka (I.145664) 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan 7. Jelaskan tanda gejala infeksi 8. Anjurkan diet TETP 9. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu (PPNI T. P., 2018)

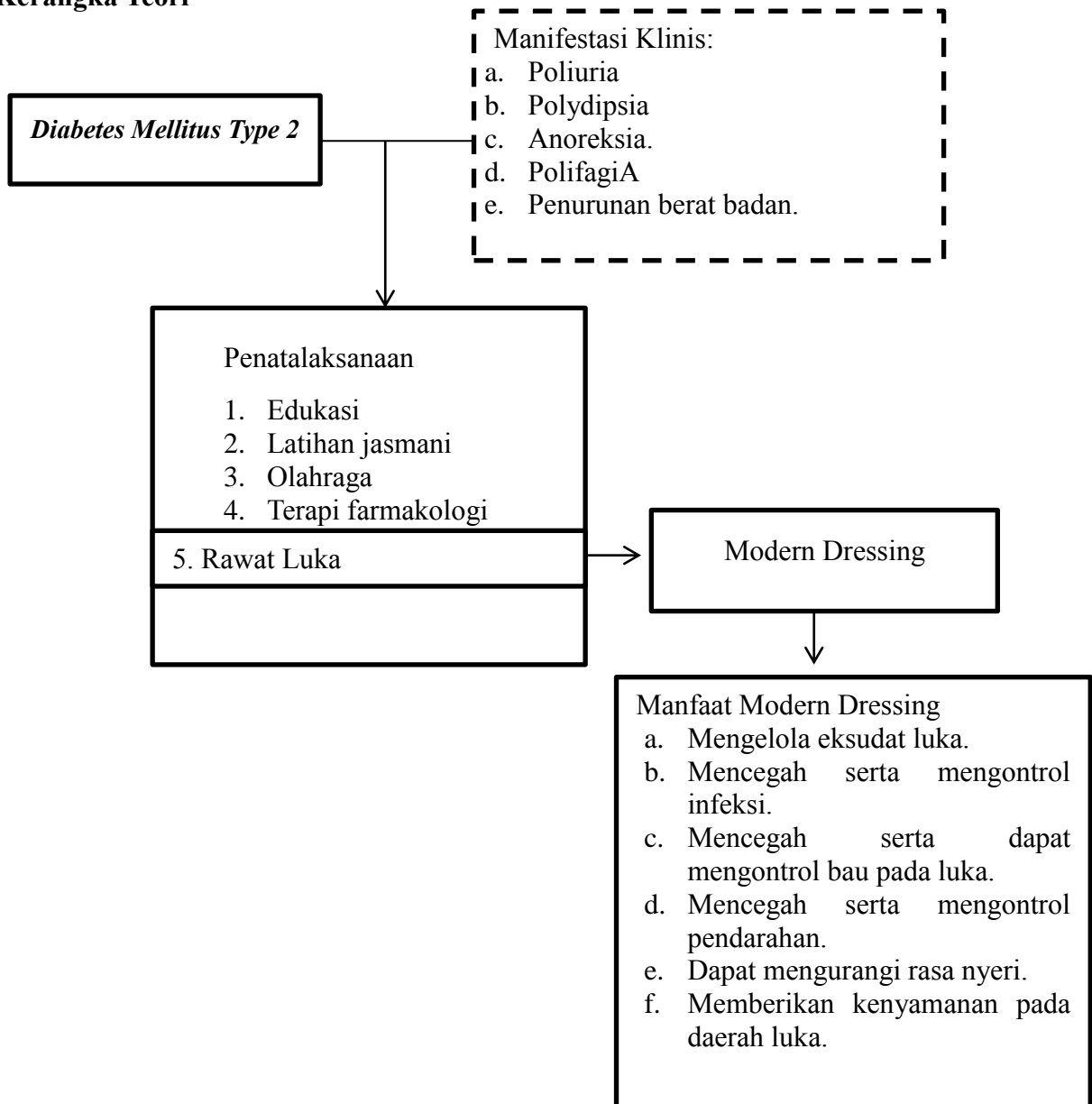
4. Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatannya meliputi mengumpulkan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan (Purnomo, 2016)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Purnomo, 2016)

2.6 Kerangka Teori



----- : Tidak diteliti

————— : di teliti

Gambar 2.1 Kerangka Konsep

2.7 Keaslian Penelitian/Jurnal Pendukung

Tabel 2.2. Keaslian Penelitian

Nama/Author	Judul Penelitian dan Tahun Penelitian	Metode Penelitian	Hasil	Database
Ratna Devi, Parmin, Ziand Aswira	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Yang Mengalami Masalah Kerusakan Integritas Kulit Dengan Penerapan Keperawatan Luka Modern Dressing Di Ruang Kenari Rsu Anutapura Palu 2018	<p>Desain Penelitian: kualitatif</p> <p>Sampel Penelitian: partisipan dalam penelitian ini adalah 2 klien dengan penyakit diabetes mellitus yang memiliki masalah keperawatan kerusakan integritas kulit yang sama antara pasien 1 dan pasien 2</p> <p>Variabel: Variabel Independent: Diabetes Melitus Variabel Dependen: Kerusakan Integritas Kulit Dengan Penerapan Keperawatan Luka Modern Dressing</p> <p>Instrumen: Lembar observasi</p> <p>Analisis: Wawancara</p>	hasil studi kasus menunjukkan bahwa perawatan luka modern dressing memberikan pengaruh terhadap penyembuhan luka dan mengatasi masalah integritas kulit. Di harapkan peneliti selanjutnya dapat menjalankan tindakan ini dengan lebih baik lagi	Garuda
Alberikus Dimantika1, Sugiyarto2, Yuyun Setyorni	Perawatan Luka Diabetes Mellitus Menggunakan Teknik Modern Dressing 2018	<p>Desain Penelitian: Literatur review</p> <p>Sampel Penelitian: database Pubmed, Google Scholar, Science Direct, Surgery Science dan Sci-Hub</p> <p>Variabel: Variabel Independent :Luka</p>	didapatkan bahwa tindakan perawatan luka diabetes mellitus tipe dua dengan menggunakan teknik modern dressing lebih efektif dalam penyembuhan luka, dibandingkan dengan penggunaan conventional	Garuda Jurnal

		Diabetes Mellitus Variabel Dependen: Teknik Modern Dressing Instrumen: Analisis: Asuhan keperawatan	dressing. Proses penyembuhan luka dengan menggunakan modern dressing, terjadi proses melembabkan jaringan yang mengakibatkan percepatan terjadinya granulasi pada jaringan sehingga dapat memperkecil luas dan kedalaman luka, serta mempercepat masa rawat pada pasien	
Syauqi Naufal Dzaki1 , Eko Julianto2 , Fida Dyah Puspasari3	Perawatan Luka Diabetes Melitus Dengan Metode Modern Dressing 2018	Desain Penelitian: analisa deskriptif dengan pendekatan studi kasus Sampel Penelitian: studi kasus Variabel: Variabel Independent:Luka Diabetes Melitus Variabel Dependen: Modern Dressing Instrumen: wawancara, lembar observasi dan lembar dokumentasi asuhan keperawatan Analisis: pengumpulan data, mereduksi data, penyajian data dan kesimpulan	setelah diberikan implementasi menggunakan Modern Dressing, hasilnya efektif untuk perawatan luka pada pasien dengan luka diabetes melitus.	Scholar
MURNI KAROKAR O1 , RIBKA ERIKA	Pengaruh Perawatan Modern Dressing Terhadap Proses Penyembuhan Luka Diabetes 2019	Desain Penelitian: u pre-eksperimen, pre-test dan post-test design Sampel Penelitian: Acidental Sampling Variabel: Variabel Independent:Perawatan Modern Variabel Dependen: Proses Penyembuhan Luka	hasil penelitian yang didapatkan sebelum pemberian thenik modern dressing adalah derajat 4 sebanyak 10 orang (40.0%), derajat 3 sebanyak 8 orang (32.0%), dan derajat 2 sebanyak 4 orang (16.0%), dan derajat 5 sebanyak 3 orang (12.0%), sedangkan	Scholar

		Diabetes Instrumen: Lembar observasi Analisis: Uji Paired T-tes	setelah pemberian intervensi ada perubahan yang signifikan terhadap penyembuhan luka dimana derajat 4 menjadi 1 orang (4%), derajat 3 menjadi 4 orang (16%), dan derajat 2 menjadi 7 orang (28%), dan derajat 1 menjadi 13 orang (52%).
Eva Haryana Elisa Panjaitan1(k) , Thomson P Nadapdap(2) , Linda Hernike	Pengaruh Tindakan Perawatan Luka Terhadap Proses Penyembuhan Luka Ulkus Diabetikum Pada Pasien Dm Di Puskesmas Kota Rantauprapat 2018	Desain Penelitian: Deskriptif Sampel Penelitian: Variabel: Variabel Independent:Perawatan Luka Variabel Dependen:Luka Ulkus Diabetikum Instrumen: Lembar observasi dan wawancara Analisis: Deskriptif	Dari hasil penelitian diketahui bahwa pengetahuan tentang cara perawatan luka masih rendah, sikap takut dan khawatir informan, sehingga tidak disiplin datang ke puskesmas sesuai jadwal yang telah ditentukan serta pendidikan dan fasilitas kesehatan sangat memengaruhi tindakan mengobati luka secara konvensional dan perawatan luka modern

Scholar

BAB 3

GAMBARAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

A. IDENTITAS DIRIKLIEN

1. Tanggal/jam/MRS : 21-3-2023
2. Ruang : Ruang Arjuna, RSUD dr Abdoerrahem Situbondo
3. Diagnosa Medis : *Diabetes Mellitus*
4. Tgl/jam :

Inisial Nama	: Ny. SR	Suami/istri/orangtua
Umur	: 32 tahun	Nama : Ny. L
Jenis kelamin	: Perempuan	Pekerjaan : Petani
Agama	: Islam	Alamat : Situbondo
Suku/bangsa	: Madura	
Bahasa	: Madura, Indonesia	Penanggung Jawab
Pendidikan	: SD	Nama : Ny. L
Pekerjaan	: -	Alamat : Situbondo
Status	: Kawin	
Alamat	: Situbondo	

A. Anamnesa Pra Assessment

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan Luka di kaki dan paha

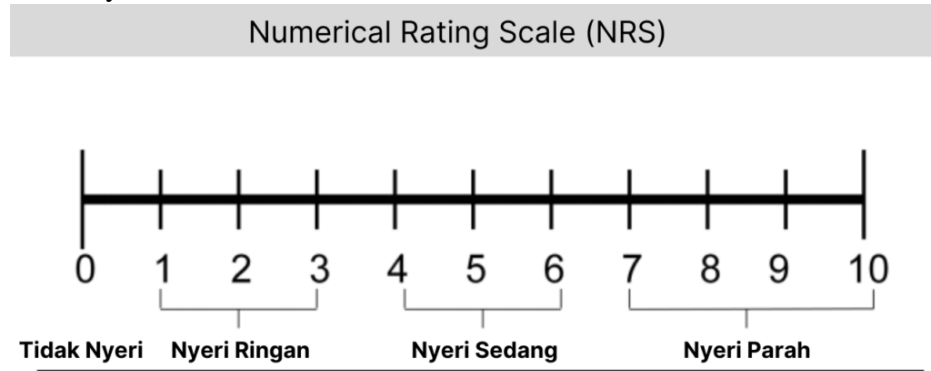
2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan Luka di kaki dan paha seperti borok. Luka kurang lebih 2 minggu dan tambah melebar

3. Riwayat Alergi Obat:
Pasien tidak memiliki alergi obat

4. Nyeri(VasScale):

- Durasi Nyeri:

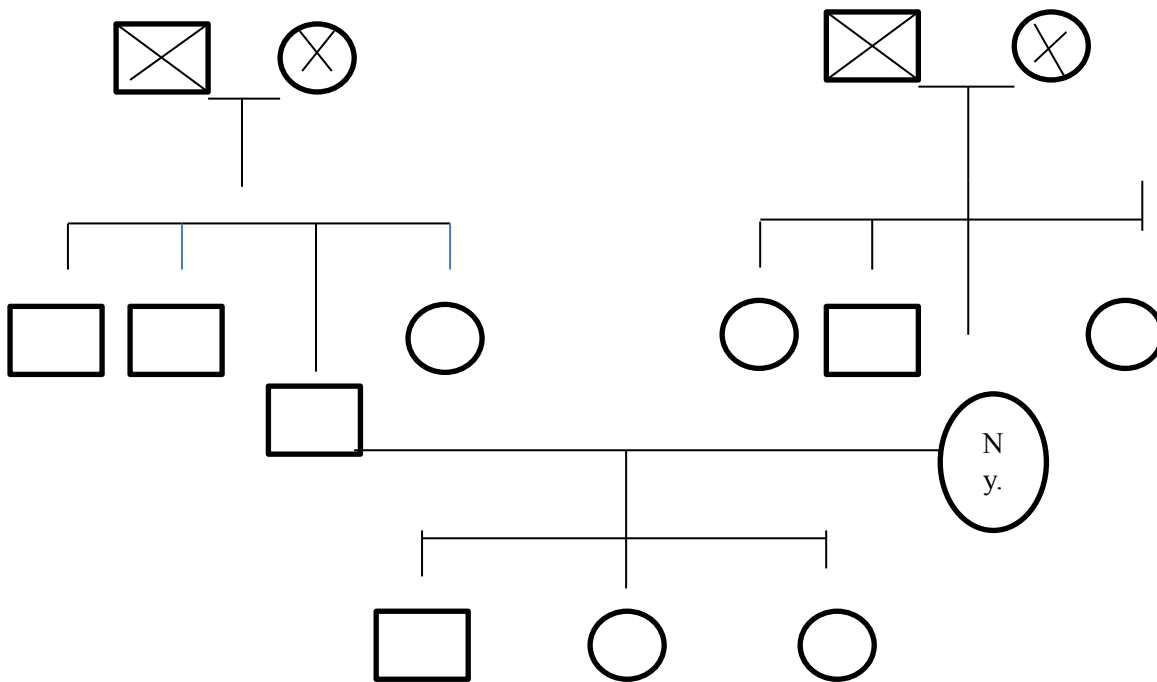


Ringan:1-3,Sedang:4-6,Berat:7-10

5. Riwayat penyakit dahulu
Diabetes Mellitus type 2

6. Riwayat penyakit keluarga
Tidak ada riwayat penyakit keluarga

Genogram



Keterangan :

X : Meninggal

□ Laki – Laki

○ Perempuan

----- Garis Penghubung

7. Resiko Jatuh (Morse Scale)

Resiko Jatuh (Morse Scale) \surd (Cheklist)		Skor
Pada kota kskor		
Riwayat Jatuh yang baru atau dalam 3bulan terakhir	Tidak	0=
	Ya	25=25
Diagnosis medis sekunder>1	Tidak	15=

	Ya	0 =0
Alat bantu jalan	Bedrest	0=0
	Penompang tongkat	15=
	Furnitur	30=
Memakai terapi heparin lock/iv	Tidak	0=
	Ya	20=20
Cara berjalan/Berpindah	Normal/bedrest/imobilisasi	0=
	Lemah	10=10
	Terganggu	20=
Status mental	Orientasi sesuai kemampuan	0=0
	Lupa keterbatasan	15==
Kesimpulan :0-24(tidak berisiko),>24-45(risiko sedang), >45(risiko tinggi) Skor		
Total:55 (Resiko Tinggi)		

B. Pengkajian Pola Aktifitas Sehari-hari/Activity Daily Live(ADL)

1. Nutrisi dan cairan

a. Polamakan

- Diitkhusussaatini:ada/tidakada

<input type="checkbox"/> Saring/cair	<input checked="" type="checkbox"/> Lunak	<input type="checkbox"/> Bubur kasar
<input type="checkbox"/> √Tinggi kalori	<input type="checkbox"/> Tinggi protein	<input type="checkbox"/> Rendah protein
<input type="checkbox"/> Rendah garam	<input type="checkbox"/> √Rendah lemak	<input type="checkbox"/> Nasi biasa

Jumlahkalori/hari:.....

- Caramakan

<input type="checkbox"/> Per oral(biasa) 3X/hari
<input type="checkbox"/> Per sonde:.....cc/hari. DiberikanX/hari
<input type="checkbox"/> Totalparentalnutrisi,berupa.....cc/hari

- Makanan pantangan:makanan tinggi gula
- Nafsu makan saat ini menurun
- Frekuensi makan 3X/hari.Porsi yang dihabiskan 5 sendok
- Keluhan/masalah makan saat ini:

<input type="checkbox"/> Mual
<input type="checkbox"/> Muntah.....X/hari,jumlah.....cc,ket:.....
<input type="checkbox"/> Sakit di mulut
<input type="checkbox"/> Lain lain,sebutkan.....

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan

Tidak ada keluhan

- Riwayat makan sebelum sakit:

Nafsu makan : Normal
Frekuensi : 3x sehari
Jenis makanan : Nasi biasa
Utama : Nasi
Kudapan/makanan : -
Ringan
Jumlahkaloriyang :
Dikonsumsi perhari

Makanan pantangan : Makanan tinggi gula
 Riwayat alergi : Tidak ada alergi makanan
 Makanan
 Kebiasaan makan : Jarang sekali makan diluar
 Diluar

b. Polaminum

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Jenis minuman	Air putih	Air putih
Jumlah minum/hari	7 gelas/hari	5 gelas/hari
Keluhan/masalah Minum	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
Minum minuman Beralkohol	-	-

Masalah yang ditemukan:
 Tidak ada masalah pada pola minum pasien

2. Eliminasi

a. ELIMINASI URINE

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Frekuensi BAK/hari	7x / hari	Tidak terhitung jumlahnya karena pasien sering buang air kecil
Jumlah Urine/hari	1500 ml	Terpasang kateter, urine setiap 24 jam kurang lebih 1800 ml
Warna Urine	Jernih	Kuning pekat
Bau	amonia	Amonia

▪ Masalah BAK saat ini:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Pancaran kencing tidak lancar (menetes) |
| <input type="checkbox"/> Nyeri saat kencing | <input type="checkbox"/> Perasaan tidak puas setelah kencing |
| <input type="checkbox"/> Sering kencing | <input type="checkbox"/> Retensi urine |
| <input type="checkbox"/> Kencing darah | <input type="checkbox"/> Terpasang kateter menetap |
| <input type="checkbox"/> Kencing nanah | <input type="checkbox"/> cystotomi |
| <input type="checkbox"/> Ngompol | Lain lain, sebutkan: |

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan

b. ELIMINASI ALVI

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Frekuensi BAB	2x/hari	1x/hari
Warna	Warna kecokelatan	Kuning kecokelatan
Konsistensi	Padat	Padat
Bau	Khas	Khas

▪ Masalah BAB saat ini:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> √Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi |
| <input type="checkbox"/> Feses campur darah | <input type="checkbox"/> Colostomy |
| <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Penggunaan obat obat pencahar |
| <input type="checkbox"/> Konstipasi | <input type="checkbox"/> Lain lain,sebutkan..... |

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan

Masalah yang ditemukan: Tidak ditemukan masalah pada eliminasi alvi pasien

3. ISTIRAHAT

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Jml jam tidur siang	Jarang tidur siang	2x/hari
Jml jam tidur malam	7 jam	8 jam
Alat pengantar tidur	-	-
Obat yg digunakan	-	-
Perasaan waktu bangun	Tampak segar	Lemas

Lingkungan tempat tidur yang disukai:

Pasien tidak suka keramaian

Gangguan tidur yang pernah dialami : tidak ada

- Jenis :
- Lama :
- Upaya untuk mengatasi:

Gangguan tidur yang dialami saat ini

▪ **Jenis**

- | | | | |
|--------------------------|-------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sulit jatuh tidur | <input type="checkbox"/> | Tidak merasa bugar setelah bangun tidur |
| <input type="checkbox"/> | Sulit tidurl ama | <input type="checkbox"/> | Lain lain, sebutkan:.....-..... |
| <input type="checkbox"/> | Terbangun dini | | |

▪ Deskripsi lengkap tentang gangguan tidur yang sedang dialami:

Tidak ada

Masalah yang ditemukan:

.....

4. Aktifitas dan Personal Higiene

a. Pola aktivitas dirumah

- **Jenis:** pasien mengatakan sudah tidak bekerja, karena sebelumnya memang sudah sakit
- **Keluhan yang pernah dirasakan dalam menjalankan aktivitas rutin:**
 Jika melakukan aktivitas berat, pasien cepat lelah
- **Upaya untuk mengatasi:**
 Istirahat dan dibawa tidur
- **Penggunaan waktu senggang:**
 Santai santai di teras rumah

b. Pola aktivitas dirumah sakit

No.	Aktivitas	0	1	2	3	4
1	Mandi			√		
2	Menyikat gigi	√				
3	Merias wajah	√				
4	Menyisir rambut	√				
5	Berpakaian			√		
6	Perawatan kuku				√	
7	Perawatan rambut			√		
8	Toileting				√	
9	Makandan minum			√		
10	Mobilitas diatas tempat tidur			√		

11	Berpindah				√	
12	Berdiri-berjalan				√	

Keterangan:

- 0 : Mandiri
 1 : Dibantu dengan alat
 2 : Dibantu dengan orang lain
 3 : Dibantu oleh oranglain danalat
 4 : Tergantung secara total

- Deskripsi lengkap mengenai gangguan aktivitas yang sedang dialami

Masalah yang ditemukan:

pola aktivitas pasien dirumah sakit di bantu sebagian dengan keluarga dan perawat

5. Kognitif dan Sensori

Pasien mengatakan tidak ada gangguan dalam pendengaran, peraba dan pengecap. Namun pada penglihatan mengalami penurunan penglihatan

Masalah yang ditemukan:

Tidak di temukan masalah dalam kognitif dan sensori pasien

6. Konsep Diri

- Gambaran Diri** : Pasien mengatakan ingin cepat sembuh dari penyakitnya, pasien juga mengatakan ingin segera pulang
- Ideal diri** : Pasien mengatakan setelah operasi ini selesai pasien ingin pulang kerumah dan cepat sembuh.
- Harga diri** : Pasien mengatakan sadar terhadap penyakitnya, dan tidak memikirkan tanggapan orang lain terhadap penyakit yang diderita
- Peran diri** : Pasien mengatakan hubungan dengan keluarganya baik baik saja. Pasien dan istrinya sudah tidak bekerja, yang menanggung hidupnya sehari hari adalah anak anaknya
- Identitas Diri** : Pasien mengatakan adalah seorang ibu rumah tangga

Masalah yang ditemukan:

Tidak ditemukan masalah

7. Pola hubungan peran

Hubungan pasien dan keluarga terjalin dengan baik. selama di RS keluarganya bergantian untuk menjaga dan membantu keperluan pasien.

Masalah yang ditemukan:

Tidak ditemukan masalah pada hubungan peran pasien

8. Pola fungsi seksual–seksualitas

Pasien mengatakan mempunyai 3 anak

9. Pola mekanisme koping

Pasien mengatakan untuk saat ini pasien gelisah dan takut penyakitnya semakin parah.

Masalah yang ditemukan:

Ansietas

10. Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam, sebelum sakit pasien aktif mengikuti kegiatan keagamaan di desanya seperti pengajian dan sholawatan. Saat ini ketika pasien di rawat pasien belum melaksanakan sholat sama sekali

Masalah yang ditemukan:

Tidak ditemukan masalah pada pola nilai dan kepercayaan pasien

C. Pemeriksaan Fisik Head To Toe

1. Kelulahan yang dirasakan saat ini Saat pengkajian dilakukan:

Pasien mengatakan ada luka di bagian paha kanan dan pergelangan kaki kurang lebih sudah 2 minggu, luka semakin meluas

2. Pemeriksaan Umum(TTV Dasar)

- a. GCS :E...4../V..5.../M..6...
- b. Kesadaran :composmentis
- c. Tekanan Darah : 130/80 mmHg
- c. Nadi : 81x menit
- e. Suhu : 37,7
- f. RR : 20x/menit

3. Pemeriksaan Kepala

(Lingkari salah satu sesuai dengan kondisi yang ditemukan pada klien):

Inspeksi

- a. Bentuk Kepala : (**Bulat/Lonjong/Benjol**)
- b. Ukuran Kepala : (**normocephali/makrocephali/microcephali**)
- c. Kondisi Kepala : (**Simetris/Tidak**)
- d. Kulit Kepala : (**Ada Luka/Tidak**), (**Bersih/Kotor**), (**Berbau/Tidak**),
(**Ada Ketombe/Tidak**) Lainnya.....
- e. Rambut :
 - 1) Penyebaran/Pertumbuhan Rambut : **Rata/Tidak**
 - 2) Keadaan Rambut : **Rontok, Pecah-Pecah, Kusam**
 - 3) Warna Rambut : **Hitam / Merah / Beruban**
/Menggunakan Cat Rambut
 - 4) Bau Rambut : **Berbau/Tidak**
- f. Wajah
 - 1) Warna Kulit Wajah : **Pucat/Kemerahan/Kebiruan**
 - 2) Struktur Wajah : **Simetris/Tidak**
 - 3) Sembab : **Ada/Tidak**

Palpasi

- a. Ubun-Ubun : **Datar/Cekung/Cembung**
- b. Benjolan : **Ada/Tidak**

Data Tambahan:.....tidak ada

masalah.....

.....

4. Pemeriksaan Mata Inspeksi dan Palpasi

- a. Kesimetrisan : **Simetris/tidak**
- b. Protesamata : **Ya/tidak**
- c. Palpebra:
 - 1) Edema : **Ada/Tidak**
 - 2) Lesi : **Ada/Tidak**
 - 3) Benjolan : **Ada/Tidak**
 - 4) Ptosis : **Ada/Tidak**

- 5) Bulu Mata :*Rontok/Tidak, Kotor/Bersih*
- d. Konjungtiva :*Pucat/Merah/Hiperemis, Edema/Tidak*
- e. Sclera :*Putih/Kuning*
- f. Pupil:
- 1) Refleks Cahaya :*Baik/Tidak*
- 2) Respon :*Miosis/Midreasis*
- 3) Ukuran :*Isokor/Anisokor*
- g. Kornea dan Iris
- 1) Peradangan :*Ada/Tidak*
- 2) Gerakan Bola Mata :*Normal/Tidak*
- h. Tes Ketajaman Penglihatan
- i. a. Visus Bola Mata (Tonometer) :.....
- Luas Lapang Pandang Kanan :.....6.....
- b. Visus Kiri :.....5.....
- j. Tekana
- k. :*Normal/Abnormal*
- l. Penggunaan alat bantu :Tidak ada

Data Tambahan: Tidak ditemukan data tambahan pada pemeriksaan mata

5. Pemeriksaan

Hidung Inspeksi

- a. Os Nasal & Septum Nasal :*Deviasi/Normal*
- b. Orifisium Nasal :*(Ada Sekret/Tidak Ada), (Ada Sumbatan/Tidak Ada)*
- c. Selaput Lendir : *Kering/ Lembab/ Basah (Hipersekresi),
(Ada Perdarahan/Tidak Ada)*
- d. Tes Penciuman :*Normal/Abnormal*
- e. Pernapasan Cuping Hidung: *Ada/Tidak*

Palpasi

- a. Nasal :*(Bengkak/Tidak), (Nyeri/Tidak), (Krepitasi/Tidak)*

Data Tambahan: Tidak ada data tambahan pada pemeriksaan hidung pasien

6. Pemeriksaan

Telinga Inspeksi dan Palpasi

- a. Bentuk Telinga :*Simetris/Tidak*
- b. Ukuran Telinga :*Lebar/Sedang/Kecil*
- c. Kelenturan Daun Telinga :*Lentur/tidak Os Mastoid
(Hiperemis/Normal), (Nyeri/Tidak), (Benjolan/
Tidak)*

Inspeksi

- a. Lubang Telinga : (Ada Serumen/**Tidak**), (Ada Benda Asing/**Tidak**),
(Ada Perdarahan /**Tidak**), (**Membran Timpani Utuh/Pecah**)
- b. Tes Pendengaran : **Normal/Abnormal**
- 1) Rinnes+/-, d+/-
 - 2) Weberlateralisasi
 - 3) Swabach memanjang memendek

Data Tambahan: normal

7. Pemeriksaan Mulut dan Faring Inspeksi

- a. Bibir : (Cyanosis/**Tidak**), (**Kering/Basah**), (Ada Luka/**Tidak**),
(Ada Labioschizis/**Tidak**)
- b. Gusi dan Gigi : (**Normal/Tidak**), (Ada Sisa Makanan/**Tidak**), (Ada Caries Gigi/**Tidak**). Jika ada caries, uraikan secara rinci ukuran dan mulai kapan terjadinya).....
Ada Karang Gigi/ Tidak (Jika ada, uraikan banyaknya dan lokasinya)..... ,
Ada Perdarahan/ Tidak (Jika ada, jelaskan sumber perdarahan dan banyaknya)..... ,
Ada Abses/ Tidak (Jika ada, uraikan sejak kapan, apa penyebabnya dan lokasinya).....
- c. Lidah
- 1) Warna : **Merah/Putih**, lainnya.....
 - 2) Hygiene : (**Kotor/Bersih**), (Ada Bercak Putih/**Tidak**)
- d. Orofaring : (Ada Bau Napas/**Tidak**), (Ada Peradangan/**Tidak**),
(Ada palatoschizis/**Tidak**), (Ada Luka/**Tidak**), (Uvula Simetris/**Asimetris**), (Ada Peradangan Tonsil/**Tidak**), (Ada Pembesaran Tonsil/**Tidak**), (Selaput Lendir Kering/**Basah**),

(Ada Perubahan Suara/**Tidak**),(Ada Dahak/**Tidak**),(Ada Benda Asing/**Tidak**)

e. Tes Perasa :**Normal/Abnormal**

Data Tambahan: tidak di temukan masalah

8. Pemeriksaan Leher Inspeksi dan Palpasi

a. Posisi trachea :**Devasi/Tidak**

b. Kelenjar Thyroid :**Ada Pembesaran/Tidak**

c. Kelenjar Limfe :**Ada Pembesaran/Tidak**

d. Vena Jugularis :**Ada bendungan/Tidak**

e. Denyut Carotis :**Adekuat/Inadekuat**

Data Tambahan: tidak ditemukan masalah

9. Pemeriksaan Integumen dan Kuku Inspeksi dan Palpasi

a. Warna Kulit :**Putih/Hitam/Cokelat, KuningLangsat, KuningSawo**
Matang, lainnya.....

b. Hygiene Kulit :**Bersih/Kotor**

c. Hygiene Kuku :**Bersih/Kotor**

d. Akral :**Hangat/Dingin/Panas**

e. Kelembaban :**Lembab/Kering/Basah**

f. Tekstur Kulit :**Halus/Kasar**

g. Turgor :**<2detik/>2detik**

h. Kuku :**Ada ClubbingofFinger/TidakAda**

i. Warna kuku :**Merah muda/sianosis/pucat**

j. Capillary Refill Time :**<2detik/>2detik**

k. Kelainan Pada Kulit(sebutkan jika ada): tidak ada

Data Tambahan: Tidak ditemukan data tambahan

10. Pemeriksaan Payudara dan Ketiak

Inspeksi

- a. Pembengkakan : *Ada/Tidak*
- b. Kesimetrisan : *Simetris/tidak*
- c. Warna Payudaran & Aerola Mammae : *Normal/Hiperpigmentasi*
- d. Retraksi Payudaran & Putting : *Ada/Tidak*
- e. Lesi : *Ada/Tidak*
- f. Pembengkakan Kelenjar Limfe di Aksila : *Ada/Tidak*

Palpasi

- a. Benjolan : *Ada/Tidak, lokasi:.....*
- b. Nyeri : *Ada/Tidak, lokasi:.....*
- c. Secret yang Keluar : *Ada/Tidak, Jenisnya:.....*

Data Tambahan: Tidak ditemukan data tambahan

11. Pemeriksaan

Thoraks

Pemeriksaan Paru

Inspeksi

- a. Bentuk thoraks : *Normal Chest/Pigeon Chest/Funnel Chest/Barrel Chets, Simetris/Asimetris*
- b. Pola Napas : *Reguler/Irreguler*
- c. Retraksi Intercostae : *Ada/Tidak*
- d. Retraksi Suprasternal : *Ada/Tidak*
- e. Tanda-Tanda Dyspneu : *Ada/Tidak (Jika ada, sebutkan)*
- f. Batuk : *Produktif/Kering/Whooping/Tidak Ada*

Palpasi

- a. Fokal fremitus : *(Tulis hasilnya) simetris*

Perkusi

- a. Suara perkusi : *(Tulis hasilnya) sonor*

Auskultasi

- a. Suara Auskultasi : *(Tulis hasilnya) vesikuler*

Pemeriksaan Jantung

Inspeksi dan Palpasi Prekordium:

Ictus Cordis: terlihat/**tidak**

Perkusi

- a. Batas Jantung :(Tulishasilnya): Batas jantung kiri umumnya terdapat pada intercostal space (ICS) 4-6 linea midklavikularis kiri dan batas kanan jantung pada linea parasternalis kanan. Batas atas jantung umumnya terdapat pada ICS 2 kanan linea parasternalis kanan
- b. Kesimpulan ukuran jantung: : 250-300 gram

Auskultasi

- a. S1 dan S2 : *tunggal/ganda*
- b. S3 dan S4 : *ada/tidak (lup dub)*

Data Tambahan: Tidak ditemukan data tambahan

12. Pemeriksaan Abdomen

13. Inspeksi

- a. Bentuk Abdomen : *Flat/Cekung/Cembung*
- b. Benjolan/Massa : *Ada Benjolan/Tidak (Jika ada, uraikan tentang bentuk dan lokasinya).....*
- c. Spidernervi : *Ada/Tidak Ada*

Auskultasi

- a. Bising Usus
 - 1) Frekuensi permenit : *12x/menit*
 - 2) Kualitas : *Adekuat/Inadekuat*

Palpasi

- a. Nyeri : *Ada/Tidak Ada*
- b. Benjolan : *Ada/Tidak Ada*
- c. Turgor Kulit : *<2 detik*
- d. Palpasi Hepar :
 - 1) Hasil : *Teraba/ Tidak Teraba (jika teraba, uraikan ukuran, karakteristik permukaan dan pinggir hepar, konsistensi, adakah nyeri tekan)*

.....
.....
Kesimpulan : *Hepatomegali/Tidak*

- e. Palpasi Lien:
- 1) Hasil : *Teraba/ Tidak Teraba* (jika teraba, uraikan ukuran menurut garis Schuffner).....
 - 2) Kesimpulan : *Splenomegali/Tidak*
- f. Palpasi Acites
- 1) Hasil : *Ada/Tidak Ada*
- g. Palpasi Ginjal
- 1) Hasil : *Teraba/ Tidak Teraba* (jika teraba, uraikan karakteristiknya)
 - 2) Kesimpulan : *Pembesaran Ginjal/Tidak*

Perkusi

- a. Bunyi Perkusi : *Timpani/Hipertimpani/Dullness/Pekak*
- b. Perkusi Acites : *Ada(ShiftingDullness)/Tidak Ada Acites*
- c. Perkusi ginjal : *nyeri/tidak*

Data Tambahan: Tidak ada tambahan

14. Pemeriksaan Kelamin dan Sekitar Klien Laki-Laki Inspeksi

- a. Distribusi rambut Pubis : *Merata/Tidak Merata*
- b. Hygiene Mons Pubis : *Bersih/Kotor*
- c. Kulit Penis dan Skrotum, : *(AdaLecet/Tidak), (Ada Pembengkakan/ Tidak, Ada), (Benjolan/Tidak), (phimosis/tidak), (paraphimosis/tidak)*
- d. Meatus Urethra : *(berlubang/Tidak), (Ada Sekresi Cairan/Tidak) (hipospadia/epispadia/norma), (jika ada, sebutkan jenisnya.....)*

Palpasi

- a. Penis : *(Ada Benjolan/Tidak)*
- b. Skrotum : *Ada Benjolan/Tidak*
- c. Testis : *nyeri/Tidak,*
- d. Jumlah testis : *1 atau 2*
- e. Prostat : *ada pembengkakan prostat / Nyeri/ tidak nyeri*
- f. Inguinalis : *Ada benjolan/Tidak*
- g. Denyut Femoralis : *Teraba/Tidak*
- h. *Pasien terpasang kateter*

Klien
Perempuan
Inspeksi

- a. Distribusi rambut Pubis : *Merata/Tidak Merata*
- b. Hygiene Pubis : *Bersih/Kotor*
- c. Kulit Sekitar Pubis : *(Ada Lesi/Tidak), (Ada Eritema/Tidak), (Ada FluorAlbus/Tidak), (Ada Bisul/Tidak)*
- d. Labia Mayora dan Minora : *Ada Lecet/Tidak, Ada Peradangan/Tidak*
- e. Klitoris : *Ada Lesi/Tidak*
- f. Meatus Urethra : *berlubang/Tidak, Ada Sekresi Cairan/Tidak*
- g. Rabas vagina : *ada/tidak*

Palpasi

- a. Daerah Inguinal : *Ada Benjolan/Tidak*
- b. Denyut Femoralis : *Teraba/Tidak Teraba*

15. Pemeriksaan

Anus

Inspeksi

- a. Lubang Anus : *Ada/Tidak Ada*
- b. Perdarahan : *Ada/Tidak*
- c. Haemorrhoid : *Ada/Tidak*
- d. Tumor : *Ada/Tidak*
- e. Polip : *Ada/Tidak*
- f. Fissura Ani : *Ada/Tidak*
- g. Fistel : *Ada/Tidak*
- h. Perineum : *Ada Jahitan/ Tidak, Ada Luka/ Tidak, Ada Benjolan/Tidak, Ada Pembengkakan/Tidak*

Palpasi

- a. Nyeri Tekan : *Ada/Tidak*
- b. Kontraksi Sfingter : *Adekuat/Inadekuat*
- c. Rectaltouche : *BPH/tidak*

16. Pemeriksaan

Muskuloskeleta

Inspeksi

- a. Bentuk Vertebrae : *Normal/Skoliosis/Lordosis/Kifosis/Kifoskoliosis*
- b. Kesimetrisan Tulang : *Simetris/Asimetris*

- c. Pergerakan Otot Tidak Disadari :*Ada/tidak*
- d. ROM :*Aktif/pasif*
- e. Simetrisitas Otot :*(Bandingkankanandankiri,tuliskanhasilnya)*
- f. Luka : **Ada**/Tidak
(ada luka di paha dan kaki)

Palpasi

- a. Edema Ekstremitas :*Ada/Tidak(lokasi jika ada)*
- b. Kategori Edema(jika ada) :*(Tulis hasilnya).....*
- c. Kekuatan Otot :

5	5
5	5

Data Tambahan:Luas luka di bagian paha 5 cm dan dipergelangan kaki 3 cm, luka bewarna hitam kemerahan dan ada pus tidak bau dan keadaan luka terbuka

17. Pemeriksaan

Neurologi

Tanda Meningeal

Sign

- a. Kaku Kuduk :*(Tulis hasilnya)negatif*
- b. Tanda BrudzinskiI :*(Tulis hasilnya)negatif*
- c. Tanda BrudzinskiII :*(Tulis hasilnya)negatif*
- d. Tanda Kernig :*(Tulis hasilnya)negatif*

UjiSyarafKranialis

- a. Nervus Olfaktorius (I) ;*(Tulis hasilnya)+/-..... normal.....*
- b. Nervus Opticus (II) :*(Tulis hasilnya)..... normal.....*
- c. Nervus Oculomotorius (III) :*(Tulis hasilnya)..... normal.....*
- d. Nervus Trochlearis (IV) ;*(Tulis hasilnya)..... normal.....*
- e. Nervus Trigemini (V) :*(Tulis hasilnya)..... normal.....*
- f. Nervus Abducens (VI) :*(Tulis hasilnya)..... normal.....*
- g. Nervus Facialis (VII) :*(Tulis hasilnya)..... .. normal.....*
- h. Nervus Auditorius (VIII) :*(Tulis hasilnya)...+/-
semua..... normal.....*
- i. Nervus Glossopharyngeal (IX) :*(Tulis hasilnya)..... normal.....*
- j. Nervus Vagus (X) :*(Tulis hasilnya)..... normal.....*
- k. Nervus Accesorius (XI) :*(Tulis hasilnya)..... normal.....*
- l. Nervus Hypoglossal (XII) :*(Tulis hasilnya)..... normal.....*

Fungsi Motorik

Tidak ada kelainan motorik, ekstermitas kanan dan kiri, atas dan bawah simetris

Fungsi Sensorik

Tidak ada kelainan fungsi sensorik

Refleks Fisiologis

Refleks Pectoralis	:(Tulis hasilnya)..... +
Refleks Biceps	;(Tulis hasilnya)..... +
Refleks Triceps	:(Tulis hasilnya)..... +
Refleks Brachialis	:(Tulis hasilnya)..... +
Refleks FleksorJari	:(Tulis hasilnya).....+
Refleks Patella	:(Tulis hasilnya).....+
Refleks Achilles	:(Tulis hasilnya).....+

Refleks Patologis

Refleks Babinski	:(Tulis hasilnya).....negatif.....
Refleks Chaddock	:(Tulis hasilnya)..... negatif.....
Refleks Schaeffer	:(Tulis hasilnya)..... negatif.....
Refleks Oppenheim	:(Tulis hasilnya)..... negatif.....
Refleks Gordon	:(Tulis hasilnya)..... negatif.....
Refleks Bing	:(Tulis hasilnya)..... negatif.....
Refleks Gonda	:(Tulis hasilnya)..... negatif.....

D. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal		Hasil (Tanggal/Jam)
		Nilai Normal	Satuan	28-03-2023
1.	Urine Lengkap (UL)			
	Warna	Kuning keruh		Kuning jernih
	pH	6.5		6.5
	BJ			1.010
	Protein	Negatif	mg/dL	Negatif
	Glukosa	Normal	mg/dL	Normal
	Urobilin	Normal	mg/dL	Normal
	Bilirubin	Negatif	mg/dL	Negatif
	Nitrit	Negatif		Positif
	Keton	Negatif	mg/dL	Negatif
	Lekosit makros	Negatif	cells/uL	3+
	Blood Makros	Negatif	cells/uL	Negatif
	Eritrosit	0-2	cells/uL	10-25
	Leukosit	5-9	cells/UI	25000
	Epitel Squamos	10-19		5-10
	Epitel Renal	0-2		Negatif
	Kristal			Negatif
	Silinder			Negatif
	Bakteri	Negatif		Positif
	Yeast			Negatif
	Trikimonast			Negatif
	Lain Lain			Negatif
	Gula Darah Sewaktu	L.70		305
2.	FAAL HATI			
	SGOT	10-35	U/L	20
	SGPT	9-43	U/L	15

2. Foto Rongen /USG/ECG/dll

E. PENATALAKSANAAN DAN TERAPI

No	Jenis Terapi	Dosis	Rute
1.	Infus PZ	1500 mg	IV
2.	Ceftriaxone	2x1 mg	IV
3.	Ondansentron	3x1 mg	IV
4.	Rawat luka	3x500 mg	IV
5.		2x40	IV

Jember, 29 November 2023

Pemeriksa,

(Maysaroh, S.Kep)

ANALISA DATA

No	Data (Tanda & Gejala, Faktor Resiko)	Penyebab	Masalah
1	<p>Data Subjektif:</p> <p>Ada luka di kaki dan paha sebelah kanan</p> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat DM 2 - Kemerahan - Luka terbuka - TD: 130/90 - S: 37,2 - N: 89 - RR : 20 	<p>diabetes Mellitus type 2</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Insulin dalam tubuh tidak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Suplay nutrisi jaringan berkurang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Neuropati</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ulkus Diabetikum</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan Integritas Kulit</p>	<p>Gangguan Integritas Kulit (D.0129)</p>

<p>2.</p>	<p>DS: Pasien merasa Lelah setiap hari dan lemas</p> <p>DO: GDS ; 305</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/90 - S: 37,2 - N: 89 - RR : 20 	<p>Diabetes mellitus ↓ Sel B dipankreas terganggu ↓ Hiperglikemia ↓ Ketidakstabilan glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan glukosa darah (D.0027)</p>
<p>3.</p>	<p>DS: Pasien mengatakan demam sudah 3 hari</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD: 130/90 - S: 37,2 - N: 89 - RR : 20 - Leukosit 25000 	<p>Ketidakseimbangan produksi insulin ↓ Hiperglikemia ↓ Kerusakan pada antibodi ↓ Gangren/trauma jaringan ↓ Resiko infeksi</p>	<p>Resiko Infeksi</p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan


- 1** Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan kulit derimis atau epidermis (D. 0129)

- 2** Ketidakstabilan glukosa darah berhubungan dengan variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal (D.0027)

- 3** Resiko Infeksi berhubungan dengan berisiko mengalami peningkatan terserang organisme potogenik (D.0142)

INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	Diagnosa Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI												
1.	Gangguan integritas kulit/ jaringan (D.0129)	<p>Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24jam Gangguan integritas kulit/ jaringan diharapkan menurun</p> <p>Kriteria hasil : integritas kulit/jaringan meningkat (L.14125)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Indikator</th> <th style="text-align: center;">S.A.</th> <th style="text-align: center;">S.T.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <p>KETERANGAN :</p> <p>1 : Menurun</p> <p>2 : Cukup Menurun</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Meningkat</p> <p>5 : Meningkat</p>	Indikator	S.A.	S.T.	Keluhan nyeri	2	5	Kemerahan	2	5	Meringis	3	5	<p>Perawatan Luka(I.145664)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan Nacl 3. Pasang balutan sesuai jenis luka 4. Pertahankan tekniksteril saat melakukan perawatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda gejala infeksi 2. Anjurkan diettetap <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu
Indikator	S.A.	S.T.													
Keluhan nyeri	2	5													
Kemerahan	2	5													
Meringis	3	5													

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD Perawat																
1.	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan kulit dermis atau epidermis (D. 0129)	<p>22/03/2023</p> <p>08.00</p> <p>08.10</p> <p>08.15</p> <p>08.17</p> <p>08.20</p> <p>08.25</p> <p>08.30</p>  <p>Sebelum dilakukan perawatan luka</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri di area luka</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skalanyaeri 3 - Tampak ada eksudat - Tampak kemerahan <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan Intervensi</p>	Indikator	SA	ST	SC	Kerusakan jaringan	1	4	1	Kerusakan lapisan kulit	1	4	1	Kemerahan	1	4	1	MAYSAROH
Indikator	SA	ST	SC																	
Kerusakan jaringan	1	4	1																	
Kerusakan lapisan kulit	1	4	1																	
Kemerahan	1	4	1																	

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN		IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD Perawat																
2.	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan kulit dermis atau epidermis (D. 0129)	23/03/2023 08.00 08.10 08.15 08:20 08:30 08:35	1. Memonitor karakteristik luka Respon: pasien cukup kooperatif saat dilakukan pengkajian pada luka yang diderita pasien 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkandengan cairan Nacl 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan tekniksteril saat melakukan perawatan	S: Pasien mengatakan nyeri diarea luka berkurang O: - Skalanyaeri 3 - Tampak eksudat tapi tidak keluar banyak A: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	SA	ST	SC	Kerusakan jaringan	1	4	2	Kerusakan lapisan kulit	1	4	2	Kemerahan	1	4	2	MAYSAROH
Indikator	SA	ST	SC																		
Kerusakan jaringan	1	4	2																		
Kerusakan lapisan kulit	1	4	2																		
Kemerahan	1	4	2																		
				Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan Intervensi																	

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN		IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD Perawat																
3.	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan kulit dermis atau epidermis (D. 0129)	24/03/ 2023 08.00 08.10 08.15 08:20 08:30 08:35	1. Memonitor karakteristik luka Respon: pasien cukup kooperatif saat dilakukan pengkajian pada luka yang diderita pasien 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkandengan cairan Nacl 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan tekniksteril saat melakukan perawatan	S: Pasien mengatakan nyeri diarea luka berkurang O: - Skalanyaeri 2 - Luka tampak bersih A: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> Masalah teratasi sebagian P: lanjutkan Intervensi	Indikator	SA	ST	SC	Kerusakan jaringan	1	4	3	Kerusakan lapisan kulit	1	4	3	Kemerahan	1	4	3	MAYSAROH
Indikator	SA	ST	SC																		
Kerusakan jaringan	1	4	3																		
Kerusakan lapisan kulit	1	4	3																		
Kemerahan	1	4	3																		

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN		IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD Perawat																
4.	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan kulit dermis atau epidermis (D. 0129)	25/03/2023 08.00 08.10 08.15 08:20 08:30 08:35	1. Memonitor karakteristik luka Respon: pasien cukup kooperatif saat dilakukan pengkajian pada luka yang diderita pasien 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkandengan cairan Nacl 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan tekniksteril saat melakukan perawatan	S: Pasien mengatakan tidak mengalami nyeri O: Luka tampak bersih A: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>SA</th> <th>ST</th> <th>SC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	SA	ST	SC	Kerusakan jaringan	1	4	4	Kerusakan lapisan kulit	1	4	4	Kemerahan	1	4	4	MAYSAROH
Indikator	SA	ST	SC																		
Kerusakan jaringan	1	4	4																		
Kerusakan lapisan kulit	1	4	4																		
Kemerahan	1	4	4																		



Luka setelah dibersihkan

Masalah teratasi

P: Hentikan Intervensi

3.2. Identitas Diri Klien ke 2

1. Tanggal/Jam MRS :
2. Ruang : Arjuna
3. Diagnosa Medis : DM Tipe II
4. Tanggal/Jam :

Inisial Nama : Ny. S

Umur : 41 thn

JenisKelamin : Perempuan

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Madura

Bahasa : Madura

Nama : Tn. A

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : Situbondo

Penanggung Jawab

Pendidikan : SD

Pekerjaan : IRT

Status : Menikah

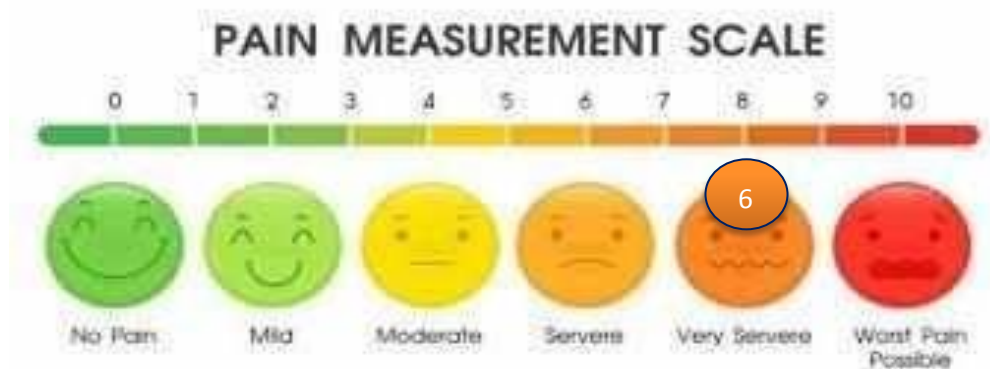
Alamat : Situbondo

Nama : Tn. A

Alamat : Situbondo

3.3. Anamnesa Pra Assessment

- 1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit: Pasien mengatakan nyeri pada kakinya yang luka
- 2) Riwayat Alergi Obat:
Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat.
- 3) Nyeri (*Vas Scale*):



Skala nyeri 6

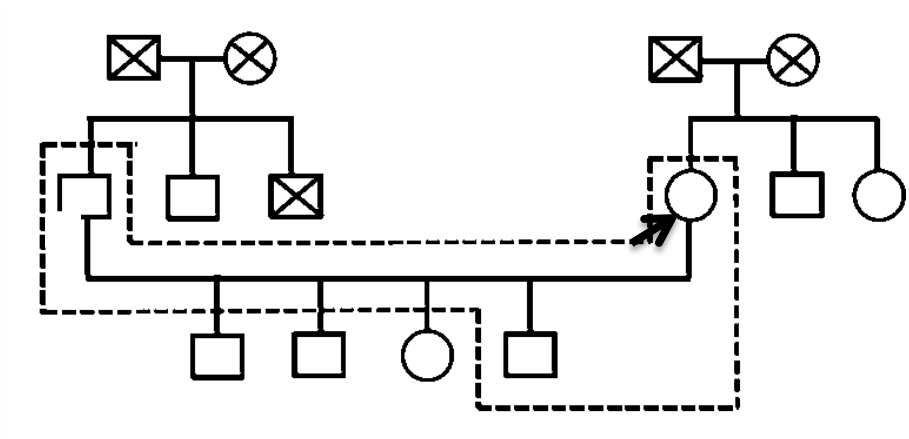
4) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat sakit sebelumnya.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga tidak memiliki penyakit keturunan seperti kencing manis, asma, darah tinggi.

Genogram



Keterangan:

- Laki-laki : □
- Perempuan : ○
- Meninggal : ✕
- Pasien : ➔
- Satu rumah : ———
- Hubungan pernikahan : _____

6) Risiko Jatuh (*Morse Scale*)

Tabel 3. 1 Risiko Jatuh

ResikoJatuh(MorseScale)√(Cheklist)		Skor
Padakotak skor		
RiwayatJatuhyangbaruataudalam3	Tidak	0=√
Bulanterakhir	Ya	25=
Diagnosismedissekunder>1	Tidak	15=√
	Ya	0=
Alatbantujan	Bedrest	0=√
	Penompangtongkat	15=
	Furnitur	30=
Memakai terapi heparin lock/iv	Tidak	0=√
	Ya	20=
Caraberjalan/Berpindah	Normal/bedrest/imobilisasi	0=√
	Lemah	10=
	Terganggu	20=
Statusmental	Orientasisesuaikemampuan	0=√
	Lupaketerbatasan	15=
Kesimpulan:0-24(tidakberisiko),>24-45(risikosedang),>45(risikotinggi)		
SkorTotal:35 Resiko Sedang		

3.4. Pengkajian Pola Aktivitas Sehari-hari/*Activity Daily Live* (ADL)

3.3.1. Nutrisi dan Cairan

1) Pola Makan

Diit khusus saat ini: ada/tidak ada

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Saring/cair | <input type="checkbox"/> Lunak | <input type="checkbox"/> Bubur Kasar |
| <input type="checkbox"/> Tinggi Kalori | <input type="checkbox"/> Tinggi Protein | <input type="checkbox"/> Rendah |
| <input type="checkbox"/> Protein Rendah Garam | <input type="checkbox"/> Rendah Lemak | <input type="checkbox"/> Nasi Biasa |

Jumlah kalori/hari: 1999 kalori

Cara Makan

- Per oral (biasa) = 3x/hari
- Per sonde:cc / hari. Diberikan X/hari
- Total parenteral nutrisi, berupa cc / hari

- Makanan Pantangan: makanan yang mengandung tinggi lemak
- Nafsu makan saat ini: nafsu makan kurang baik
- Frekuensi makan 3X/hari. Porsi yang dihabiskan 6-7 sendok
- Keluhan/masalah makan saat ini:

- Mual
- MuntahX/hari, jumlahcc, ket:
- Sakit di mulut
- Lain-lain, sebutkan

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan

Tidak ada

- Riwayat makan sebelum sakit:

Nafsu makan : Baik

Frekuensi : 3x/hari

Jenis Makanan : Padat

Utama : Nasi

Kudapan/makanan ringan jumlah kalori yang dikonsumsi per hari: -

Riwayat alergi makanan: tidak ada

Kebiasaan makan di luar: jarang

2) Pola Minum

Tabel 3. 2 Pola Minum

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Jenis minuman	Air putih, the	Air Putih
Jumlah minum/hari	5-7 gelas/hari	4 gelas/hari
Keluhan/masalah minum	Tidak ada	Tidak ada
Minum minuman beralkohol	Tidak pernah	Tidak pernah
Masalah yang ditemukan: Tidak ada masalah		

3.3.2. Eliminasi

1) Eliminasi Urine

Tabel 3. 3 Eliminasi Urine

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Frekuensi BAK/hari	3-4x/hari	3x mulai pagi
Jumlah urine/hari	± 700cc/hari	± 600cc/5jam
Warna Urine	Kuning Jernih	Kuning Jernih
Bau	Khas	Khas

- Masalah BAK saat ini:

- Tidak ada masalah
- Pancaran kencing tidak lancar (menetes)
- Nyeri saat kencing
- Perasaan tidak puas setelah kencing
- Sering kencing
- Retensi urine
- Kencing darah
- Terpasang kateter menetap
- Kencing nanah
- Cystotomi
- Ngompol

2) Eliminasi Alvi

Tabel 3. 4 Tabel Eliminasi Alvi

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Frekuensi BAB	1x/hari	Belum BAB
Warna	Kuning Kecoklatan	-
Konsistensi	Lunak berbentuk	-
Bau	Khas	-

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan: Tidak ada masalah eliminasi alvi

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

- Masalah BAB saat ini:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada masalah | <input type="checkbox"/> Inkontinensia alvi |
| <input type="checkbox"/> Feses campur darah | <input type="checkbox"/> Colostomy |
| <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Penggunaan obat-obat pencahar |
| <input type="checkbox"/> Konstipasi | <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan |

Deskripsi singkat mengenai keluhan yang dirasakan: tidak ada masalah eliminasi alvi

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

3.3.3. Istirahat

Tabel 3. 5 Tabel Istirahat

KETERANGAN	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Jumlah jam tidur siang	2-3 jam	1-2 jam
Jumlah jam tidur malam	6-7 jam	3-5 jam
Alat pengantar tidur	Tidak ada	Tidak ada
Obat yang digunakan	Tidak ada	Tidak ada
Perasaan waktu bangun	Segar	Masih mengantuk

Lingkungan tempat tidur yang disukai: pasien menyukai lingkungan yang sepi dan gelap

Gangguan tidur yang pernah dialami: tidak ada

- Jenis : -
- Lama : -
- Upaya untuk mengatasi : -

Gangguan tidur yang dialami saat ini:

- **Jenis**
 - Sulit jatuh tidur
 - Tidak merasa bugar setelah bangun tidur
 - Sulit tidur lama
 - Lain-lain, sebutkan: tidak ada masalah
 - Terbangun dini

3.3.4. Aktivitas dan Personal Higiene

1) Pola aktivitas di rumah

- Jenis: Ibu Rumah Tangga
- Keluhan yang pernah dirasakan dalam menjalankan aktivitas rutin: merasa capek dan Lelah
- Upaya untuk mengatasi: istirahat dengan menonton TV
- Penggunaan waktu senggang: menonton TV

2) Pola aktivitas di rumah sakit

Tabel 3. 6 Pola Aktivitas di Rumah Sakit

No.	Aktivitas	0	1	2	3	4
1	Mandi			√		
2	Menyikat gigi			√		
3	Merias wajah			√		
4	Menyisir rambut			√		
5	Berpakaian			√		
6	Perawatan kuku			√		
7	Perawatan rambut			√		
8	Toileting			√		
9	Makan dan minum			√		
10	Mobilitas di atas tempat tidur			√		
11	Berpindah			√		
12	Berdiri – berjalan			√		

Keterangan:

0: Mandiri

3: Dibantu oleh orang lain dan alat

1: Dibantu dengan alat

4: Tergantung secara total

2: Dibantu dengan orang lain

- Deskripsi lengkap mengenai gangguan aktivitas yang sedang dialami: pola aktivitas pasien sering dibantu oleh orang lain

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

3) Kognitif dan Sensori

Pasien mengenali anak dan saudara-saudaranya.

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah tidak ada masalah tidak ada masalah

4) Konsep diri

- Gambaran diri : Pasien mengatakan tidak kunjung sembuh
- Ideal diri : Pasien ingin segera sembuh dan tidak kambuh-kambuh lagi
- Harga diri : Pasien mengatakan tidak minder atau malu dengan kondisinya saat ini
- Peran diri : Pasien mengatakan tidak bisa beraktivitas lagi sebagai ibu rumah tangga selama sakit
- Identitas diri : Pasien dapat mengenali dirinya sendiri dengan menyebutkan namanya saat ditanya petugas

Masalah yang ditemukan: Tidak ada masalah

5) Pola hubungan peran

Sebelum sakit mengatakan berhubungan baik dengan siapa saja, saat sakit pasien juga terlihat berhubungan baik dengan anak dan petugas kesehatan

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

6) Pola fungsi seksual-seksualitas

Pasien adalah seorang perempuan yang berusia 41 tahun

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

7) Pola mekanisme koping

Sebelum sakit pasien lebih sering mengambil keputusan sendiri, selama sakit pasien selalu mengambil keputusan dengan berbicara pada anak dan keluarganya.

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

8) Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit pasien mengatakan sholat lima waktu dan selalu berdoa kepada Allah SWT. Saat sakit pasien hanya berdoa kepada Allah SWT dan membaca istighfar.

Masalah yang ditemukan: tidak ada masalah

3.5. Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

1) Keluhan yang dirasakan saat ini/saat pengkajian dilakukan:

Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri di kaki kanan, nyeri hilang timbul, seperti ditusuk-tusuk skala nyeri 6 (NRS) keadaan umum pasien tampak meringis kesakitan.

2) Pemeriksaan Umum (TTV Dasar)

- a) GCS : E.4/V5./M6
- b) Kesadaran : Composmentis
- c) Tekanan Darah : 130/80 MmHg
- d) Nadi : 84x/Menit
- e) Suhu : 36, 2⁰C
- f) RR : 20x/Menit

3) Pemeriksaan Kepala

(Lingkari salah satu sesuai dengan kondisi yang ditemukan pada klien)

Inspeksi

- a. Bentuk Kepala : (**Bulat** / Lonjong / Benjol)
- b. Ukuran Kepala : (*Normocephalic* / Makrocephali / Microcephali)
- c. Kondisi Kepala : (**Simetris** / Tidak)
- d. Kulit Kepala : (*Ada Luka* / **Tidak**), (**Bersih** / Kotor), (*Berbau/Tidak*), (*Ada Ketombe/Tidak*)Lainnya
- e. Rambut :
 - 1) Penyebaran/Pertumbuhan Rambut : **Rata** / Tidak
 - 2) Keadaan Rambut : Rontok, Pecah-Pecah, Kusam
 - 3) Warna Rambut : Hitam / Merah / **Beruban** / Menggunakan Cat Rambut
 - 4) Bau Rambut : Berbau / Tidak
- f. Wajah : tampak meringis

Palpasi

a. Ubin-Ubin : **Datar/Cekung/Cembung**

b. Benjolan : **Ada/Tidak**

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

4) Pemeriksaan Mata

Inspeksi dan Palpasi

a. Kesimetrisan : **Simetris** / Tidak

b. Protesa Mata : **Ya / Tidak**

c. Palpebra :

1) Edema : **Ada / Tidak**

2) Lesi : **Ada / Tidak**

3) Benjolan : **Ada / Tidak**

4) Ptosis : **Ada / Tidak**

5) Bulu Mata : **Rontok / Tidak, Kotor / Bersih**

d. Konjungtiva : **Pucat / Merah / Hiperemis, Edema / Tidak**

e. Sclera : **Putih / Kuning**

f. Pupil :

1) Refleks Cahaya : **Baik / Tidak**

2) Respon : **Miosis / Midreasis**

3) Ukuran : **Isokor / Anisokor**

g. Kornea dan Iris

1) Peradangan : **Ada / Tidak**

2) Gerakan Bola Mata : **Normal / Tidak**

h. Tes Ketajaman Penglihatan

a) Visus Kanan : **+3**

b) Visus Kiri : **+3**

i. Tekanan Bola Mata (Tonometer) : **Normal**

j. Luas Lapang Pandang : **Normal / Abnormal**

k. Penggunaan Alat Bantu : **Tidak ada**

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

5) Pemeriksaan Hidung

Inspeksi

- a. Os Nasal & Septum Nasal : *Deviasi / Normal*
- b. Orifisium Nasal : *(Ada Sekret / Tidak Ada),
(Ada Sumbatan / Tidak Ada)*
- c. Selaput Lendir : *Kering / Lembab / Basah
(Hipersekresi), (Ada Perdarahan /
Tidak Ada)*
- d. Tes Penciuman : *Normal / Abnormal*
- e. Pernapasan Cuping Hidung : *Ada / Tidak*

Palpasi

- a. Nasal : *(Bengkak / Tidak), (Nyeri / Tidak), (Krepitasi / Tidak)*

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

6) Pemeriksaan Telinga

Inspeksi dan Palpasi

- a. Bentuk Telinga : *Simetris / Tidak*
- b. Ukuran Telinga : *Lebar / Sedang / Kecil*
- c. Kelenturan Daun Telinga : *Lentur / Tidak*
- d. Os Mastoid : *(Hiperemis / Normal),
(Nyeri / Tidak), (Benjolan / Tidak)*

Inspeksi

- a. Lubang Telinga : *(Ada Serumen / Tidak), (Ada Benda Asing /
Tidak), (Ada Perdarahan / Tidak),
(Membran Timpani Utuh / Pecah)*
- b. Tes Pendengaran :
 - 1) *Rinne s+/-d+/-*
 - 2) *Weber Lateralisasi sd*
 - 3) *Swabach memanjang memendek*

Data Tambahan: tidak ada tambahan

7) Pemeriksaan Mulut dan Faring

Inspeksi

- a. Bibir : *(Cyanosis / Tidak), (Kering / Basah), (Ada Luka /*

Tidak), (Ada Labioschizis / **Tidak**)

- b. Gusi dan Gigi : (**Normal** / Tidak), (Ada Sisa Makanan / **Tidak**),
(Ada Caries Gigi / **Tidak**. Jika ada caries, uraikan secara rinci
ukuran dan mulai kapan Terjadinya.....
Ada Karang Gigi / **Tidak** (Jika ada, uraikan banyaknya dan
lokasinya).....
Ada Perdarahan / **Tidak** (Jika ada, jelaskan sumber perdarahan
dan banyaknya).....
Ada Abses / **Tidak** (Jika ada, uraikan sejak kapan, apa
penyebabnya dan lokasinya).....
- c. Lidah :
- 1) Warna : **Merah** / Putih, lainnya.....
 - 2) Hygiene : (Kotor / **Bersih**), (Ada Bercak Putih / **Tidak**)
- d. Orofaring : (Ada Bau Napas / **Tidak**), (Ada Peradangan /
Tidak), (Ada palatoschizis / **Tidak**), (Ada Luka /
Tidak), (Uvula **Simetris** / Asimetris), (Ada
Peradangan Tonsil / **Tidak**), (Ada Pembesaran
Tonsil / **Tidak**), (Selaput Lendir Kering / **Basah**),
(Ada Perubahan Suara / **Tidak**), (Ada Dahak /
Tidak), (Ada Benda Asing / **Tidak**)
- e. Tes Perasa : **Normal** / Abnormal

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

8) Pemeriksaan Leher

Inspeksi dan Palpasi

- a. Posisi Trachea : **Deviasi** / Tidak
- b. Kelebaran Thyroid : Ada Pembesaran / **Tidak**
- c. Kelenjar Limfe : Ada Pembesaran / **Tidak**
- d. Vena Jugularis : Ada Bendungan / **Tidak**
- e. Denyut Carotis : **Adekuat** / Inadekuat

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

9) Pemeriksaan Integumen dan Kuku

Inspeksi dan Palpasi

- a. Warna Kulit : *Putih / Hitam / Cokelat, Kuning Langsat, Kuning SawoMatang, lainnya.....*
- b. Hygiene Kulit : **Bersih** / Kotor
- c. Hygiene Kuku : **Bersih** / Kotor
- d. Akral : **Hangat** / Dingin / Panas
- e. Kelembapan : **Lembab**/ Kering / Basah
- f. Tesktur Kulit : **Halus** / Kasar
- g. Turgor : **< 2 detik / > 2 detik**
- h. Kuku : *Ada Clubbing of Finger* / **TidakAda**
- i. Warna Kuku : **Merah muda** / sianosis / pucat
- j. Capillary Refill Time : **<2 detik / > 2 detik**
- k. Kelainan Pada Kulit (sebutkan jika ada): tidak ada kelainan kulit

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

10) Pemeriksaan Payudara dan Ketiak

Inspeksi

- a. Pembengkakan : *Ada / Tidak*
- b. Kesimetrisan : **Simetris** / Tidak
- c. Warna Payudara & Aerola Mammae : **Normal** /
Hiperpegmentasi
- d. Retraksi Payudara & Putting : **Ada** / Tidak
- e. Lesi : **Ada** / **Tidak**
- f. Pembengkakan Kelenjar Limfe di Aksila : **Ada** / **Tidak**

Palpasi

- a. Benjolan : *Ada/ Tidak, lokasi:.....*
- b. Nyeri : *Ada / Tidak, lokasi:.....*
- c. Secret yang Keluar : *Ada/ Tidak, Jenisnya:*

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

11) Pemeriksaan Thoraks

Pemeriksaan ParuInspeksi

- a. Bentuk Thoraks : **Normal Chest** / *Pigeon Chest* /

Funnel Chest / Barrel Chest,
Simetris / Asimetris

- b. Pola Napas : **Reguler / Irreguler**
- c. Retraksi Intercostae : **Ada / Tidak**
- d. Retraksi Suprasternal : **Ada / Tidak**
- e. Tanda-Tanda Dyspneu: **Ada / Tidak**
- f. Batuk : **Produktif / Kering / Whooping / Tidak Ada**

Palpasi

- a. Fokal Fremitus : Normal

Perkusi

- a. Suara Perkusi : Sonor

Auskultasi

- a. Suara Auskultasi : Vesikuler

12) Pemeriksaan Jantung

Inspeksi dan Palpasi Prekordium:

Ictus Cordis : Terlihat / **Tidak**

Perkusi

- a. Batas Jantung : (Tulis Hasilnya)
- b. Kesimpulan ukuran jantung : (Tulis Hasilnya)

Auskultasi

- a. S I dan S II : *Tunggal / Ganda*
- b. S III dan S IV : *Ada / Tidak*

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

13) Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi

- a. Bentuk Abdomen : **Flat / Cekung / Cembung**
- b. Benjolan / Massa : **Ada Benjolan / Tidak** (Jika ada, uraikan tentang bentuk dan lokasinya).....
- c. Spider Nervi : **Ada / Tidak Ada**

Auskultasi

a. Bising Usus

- 1) Frekuensi per menit : 28x/menit
- 2) Kualitas : **Adekuat** / Inadekuat

Palpasi

a. Nyeri : *Ada / **Tidak Ada***

b. Benjolan : *Ada / **Tidak Ada***

c. Turgor Kulit : *< 2 detik*

d. Palpasi Hepar :

- 1) Hasil : *Teraba / **Tidak Teraba** (Jika teraba, uraikan ukuran, karakteristik permukaan dan pinggirannya; konsistensi, adakah nyeri tekanan).....*

Kesimpulan: *Hepatomegali / Tidak*

e. Palpasi Lien :

- 1) Hasil : *Teraba / **Tidak Teraba** (jika teraba, uraikan ukuran menurut garis Schuffner).....*

Kesimpulan: *Splenomegali / Tidak*

f. Palpasi Acites :

- 1) Hasil : *Ada / Tidak Ada*

g. Palpasi Ginjal :

- 1) Hasil : *Teraba / **Tidak Teraba** (jika teraba, uraikan karakteristiknya).....*

Kesimpulan: *Pembesaran Ginjal / Tidak*

Perkusi

a. Bunyi Perkusi : **Timpani** / Hipertimpani / Dullness / Pekak

b. Perkusi Acites : *Ada (Shifting Dullness) / Tidak Ada Acites*

c. Perkusi Ginjal : *Nyeri / **Tidak***

Data Tambahan: tidak ada data tambahan

14) Pemeriksaan Kelamin dan Sekitar Klien

Perempuan Inspeksi

- a. Distribusi rambut Pubis : **Merata** / *Tidak Merata*
- b. Hygiene Pubis : **Bersih** / *Kotor*
- c. Kulit Sekitar Pubis : *(Ada Lesi / **Tidak**), (Ada Erithema / **Tidak**), (Ada Fluor Albus / **Tidak**), (Ada Bisul / **Tidak**)*
- d. Labia Mayora dan Minora : *Ada Lecet / **Tidak**, Ada Peradangan / **Tidak***
- e. Klitoris : *Ada Lesi / **Tidak***
- f. Meatus Urethra : **Berlubang** / *Tidak, Ada Sekresi Cairan / **Tidak***
- g. Rabas Vagina : **Ada** / *Tidak*

Palpasi

- a. Daerah Inguinal : *Ada Benjolan / **Tidak***
- b. Denyut Femoralis : *Teraba / **Tidak Teraba***

15) Pemeriksaan Anus

Inspeksi

- a. Lubang Anus : **Ada** / *Tidak Ada*
- b. Perdarahan : *Ada / **Tidak***
- c. Haemorhoid : *Ada / **Tidak***
- d. Tumor : *Ada / **Tidak***
- e. Polip : *Ada / **Tidak***
- f. Fissura Ani : *Ada / **Tidak***
- g. Fistel : *Ada / **Tidak***
- h. Perneum : *Ada Jahitan / **Tidak**, Ada Luka / **Tidak**, Ada Benjolan / **Tidak**, Ada Pembengkakan / **Tidak***

Palpasi

- a. Nyeri Tekan : *Ada / **Tidak***
- b. Kontraksi Sfingter : **Adekuat** / *Inadekuat*
- c. Rectal Touche : **BPH** / *Tidak*

16) Pemeriksaan Muskuloskeletal

Inspeksi

- a. Bentuk Vertebrae : *Normal* / *Skoliosis* /
Lordosis / *Kifosis* / *Kifoskoliosis*
- b. Kesimetrisan Tulang : *Simetris* / *Asimetris*
- c. Pergerakan Otot Tidak Disadari : *Ada* / *Tidak*
- d. ROM : *Aktif* / *Pasif*
- e. Simetrisitas Otot : (Bandingkan kanan dan kiri,
tuliskan hasilnya)
Otot kanan dan kiri tampak
simetris

Palpasi

- a. Edema Ekstremitas : *Ada* / *Tidak* (*lokasi jika ada*)
- b. Kategori Edema (jika ada) : tidak ada edema ekstermitas bawah

3.2 Analisa Data

NO	PENGELOMPOKAN DATA	PENYEBAB	MASALAH
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada kakinya yang luka <p>P: DM</p> <p>Q: Seperti di tekan – tekan</p> <p>R: kaki kanan</p> <p>S: 6-7 berat</p> <p>T: Hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD 160/100 mmHg - Klien tampak pucat - Klien tampak meringis kesakitan 	<p>Peningkatan gula darah kronik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan fungsi imun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Infeksi gangguan penyembuhan luka</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>nekrosis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Pembedahan/amputasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri Akut (D. 0077)</p>
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak pusing dan sering BAK <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - Klien tampak pucat - GDA : 	<p>Kerusakan sel a dan B prankeas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Produksi glukosa berlebihan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kegagalan produksi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakstabilan glukosa darah</p>	<p>Ketidakstabilan glukosa darah</p>

3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kakinya luka dan terasa sakit <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaki klien tampak gangren - TD 160/100 mmHg 	<p>Peningkatan gula darah kronik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan fungsi imun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Infeksi gangguan penyembuhan luka</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>nekrosis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Pembedahan/amputasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan integritas kulit</p>	<p>Gangguan integritas kulit</p>
---	---	---	----------------------------------

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NO	PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan agen cedera fisik (D. 0077)
2.	Ketidakstabilan glukosa darah Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan kulit derimis atau epidermis (D. 0129)
3.	Gangguan integritas kulit Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan kulit derimis atau epidermis (D. 0129)
Dst.	

INTERVENSI KEPERAWATAN

3.6. Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Kriteria Hasil/ Luaran SLKI	Intervensi SIKI												
1.	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	<p>Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24jam kestabilan kadar glukosa darah diharapkan menurun</p> <p>Kriteria hasil : kestabilan kadar glukosa darah menurun (L.08066)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Indikator</th> <th style="text-align: center;">S.A.</th> <th style="text-align: center;">S.T.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan pusing</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Lesu/lelah</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa dalam darah menurun</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table> <p style="margin-top: 10px;">KETERANGAN :</p> <p>1 : Meningkatkan</p> <p>2 : Cukup Meningkatkan</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	Indikator	S.A.	S.T.	Keluhan pusing	2	5	Lesu/lelah	2	5	Kadar glukosa dalam darah menurun	2	5	<p>Manajemen hiperglikemia (I. 09326)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: poliuria, polidipsia, kelemahan, pandangan kabur, sakit kepala) 4. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. berikan asupan cairan oral 2. konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 2. anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
Indikator	S.A.	S.T.													
Keluhan pusing	2	5													
Lesu/lelah	2	5													
Kadar glukosa dalam darah menurun	2	5													

2 Nyeri akut (D.0077)

Tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24jam nyeri akut diharapkan menurun

Kriteria hasil : tingkat nyeri (L.08066)

Indikator	S.A.	S.T.
Keluhan nyeri	2	5
Kesulitan tidur	2	5
Meringis	3	5

KETERANGAN :

1 : Meningkatkan

2 : Cukup Meningkatkan

3 : Sedang

4 : Cukup Menurun

5 : Menurun

Manajemen nyeri (1.08238)

Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri dan intensitas nyeri
2. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan mengurangi nyeri
3. Identifikasi skala nyeri

Terapeutik

1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
2. Control lingkungan yang memperberat nyeri
3. Fasilitasi istirahat tidur
4. Berikan teknik terapi mural al-auran

Edukasi

1. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi pereda nyeri
3. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasikan dengan memberikan analgesic jika perlu

3 Gangguan integritas kulit/
jaringan (D.0129)

Tujuan setelah dilakukan asuhan
keperawatan selama 2x24jam Gangguan
integritas kulit/ jaringan diharapkan
menurun

Kriteria hasil : integritas kulit/jaringan
meningkat (L.14125)

Indikator	S.A.	S.T.
Keluhan nyeri	2	5
Kemerahan	2	5
Meringis	3	5

KETERANGAN :

1 : Menurun

2 : Cukup Menurun

3 : Sedang

4 : Cukup Meningkat

5 : Meningkat

Perawatan Integritas Kulit (I.11353)

Observasi

1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

Terapeutik

1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi

1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)
2. Anjurkan minum air yang cukup
3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim

-
6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah
 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
-

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Analisis Karakteristik Pasien

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Arisandi, 2021). Pengkajian yang dilakukan sesuai dengan teori meliputi identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari, data psikososial, data status mental pasien, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan terapi

Kasus kelolaan utama dalam karya ilmiah ini adalah pasien dengan Diabetes Mellitus tipe 2. Diabetes melitus dikenal dengan penyakit kencing manis yaitu adalah gangguan penyakit metabolik yang dialami seseorang akibat dari pankreas yang tidak dapat memproduksi insulin yang cukup atau tubuh tidak bisa menggunakan insulin secara efektif sehingga bisa mengakibatkan terjadinya hiperglikemi atau peningkatan kadar glukosa dalam darah (Herlambang dkk, 2019). Pengkajian dilakukan pada 2 responden yaitu :

- a) Ny.SR (32 tahun), jenis kelamin Perempuan, beragama islam, suku/bangsa madura, dan riwayat pendidikan yaitu SD. dengan menggunakan metode wawancara, observasi serta catatan pada rekam medis. Pengkajian dilakukan pada pasien di ruang Arjuna RSUD dr Abdoerrahem Situbondo.
- b) Ny. S berusia 41 tahun, beragama islam, berpendidikan terakhir SD Pasien bekerja sebagai IRT.Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan nyeri pada luka di kaki kanan, nyeri hilang timbul, seperti di tusuk tusuk skala nyeri 6. Pasien juga mengatakan sangat jarang mengukur gula darah sewaktu. Pasien juga mengaku adanya keluhan sering haus dan sering BAK malam hari lebih dari 3 kali (tidak memperhatikan seberapa banyak kencing yang keluar).

4.2 Analisis Masalah Keperawatan utama sesuai judul

Gambaran masalah keperawatan utama yang muncul pada pasien adalah Masalah keperawatan utama adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan disfungsi pankreas. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengatakan adanya keluhan kaki luka hingga ke paha seperti borok serta kaki sering kesemutan, sering haus, sering terasa lapar dan sering BAK malam hari.

Secara teori salah satu dari komplikasi sangat berbahaya dari suatu penyakit DM yaitu luka kaki diabetes yang dapat menyebabkan infeksi dan kelainan bentuk kaki sampai pada amputasi anggota tubuh (Kawasaki, et al., 2018). Faktor utama yang berperan terhadap timbulnya ulkus diabetikum dari angiopati, neuropati dan infeksi. Adanya neuropati perifer

akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga kaki akan mengalami trauma tanpa adanya rasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki (Levin,2018). Hilangnya suatu sensasi atau penurunan sensitivitas kaki merupakan salah satu dari faktor utama yang beresiko menyebabkan terjadinya ulkus, akan tetapi juga terdapat beberapa faktor lain seperti keadaan hiperglikemia yang kurang terkontrol, usia yang sudah lebih dari 40 tahun, pasien yang memiliki riwayat ulkus atau amputasi, penurunan denyut nadi perifer, riwayat merokok (Haidar, 2018).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada DM meliputi ketidakstabilan kadar glukosa darah, risiko ketidakseimbangan elektrolit, gangguan integritas kulit/jaringan, dan yang paling diwaspadai yaitu risiko infeksi (SDKI, 2016). Hal ini terjadi ketika hiperglikemi dimana kadar gula darah tinggi kemampuan sel untuk fagosit mengalami penurunan. Apabila terdapat luka yang terbuka, lebih mudah terjadi infeksi karena distribusi nutrisi yang diperlukan tubuh untuk proses penyembuhan dan untuk melawan kuman menjadi terhambat yang nantinya akan mengarah pada luka yang tidak kunjung sembuh.

4.3 Analisis Intervensi Keperawatan pada Diagnosa Keperawatan Utama

Setelah dilakukan pengkajian berdasarkan data-data yang muncul, diangkat masalah keperawatan gangguan integritas kulit dan nyeri akut dengan intervensi utama manajemen nyeri. Asuhan keperawatan menggunakan acuan sesuai dengan standar keperawatan SLKI dan SIKI.

Secara teori perawatan luka dengan metode *modern dressing* sangat berkembang karena dapat mempertahankan kelembapan luka menggunakan balutan sehingga penyembuhan luka dan pertumbuhan jaringan dapat terjadi secara cepat dan alami (Bhrihu, 2019). Perawatan luka merupakan mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka (I.14564) (PPNI, 2018) Modern dressing dapat mempercepat penyembuhan luka dan pada beberapa jenis modern dressing mengandung anti mikroba yang dapat menghambat pertumbuhan bakteri gram positif dan bakteri gram negatif. Modern dressing sangat efisien dalam proses penyembuhan luka baik dari segi biaya, waktu, maupun pencegahan infeksi (Sidabutar, 2019).

Berdasarkan diagnosa Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan kerusakan kulit dermis atau epidermis, maka penulis menyusun rencana keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 4x8 integritas kulit menurun dengan kriteria hasil keursakan jaringan cukup menurun, kerusakan kulit cukup menurun, kemerahan cukup menurun, dan nyeri berkurang. Analisis intervensi gangguan integritas kulit berdasarkan (SIKI DPP PPNI, 2018) adalah perawatan luka dengan Identifikasi monitor karakteristik luka dan tanda tanda infeksi. Terapeutik : memberikan rawat luka, yaitu Lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan Nacl, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan tekniksteril saat melakukan perawatan. Edukasi : jelaskan tanda gejala infeksi. Kolaborasi : kolaborasi pemberian antibiotik.

Opini peneliti menyebutkan bahwasangat penting bagi orang-orang dengan diabetes harus didiagnosis sedini mungkin untuk mencegah atau menunda komplikasi, menghindari kematian dini dan meningkatkan kualitas hidup. Salah satunya dengan penggunaan metode dressing modern akan terjadi proses autolysis debridement yaitu pengangkatan jaringan nekrosis oleh enzim tubuh karena keadaan luka yang lembab. Berdasarkan para peneliti, jika luka di lembab kondisi pada saat dibalut, perban tidak akan menempel pada luka. Sehingga luka akan terlindung dari proses inflamasi. Berbeda dengan kasus perban kering maka perban akan lengket dengan luka dan saat penggantian perban, akan ada luka baru dan jaringan luka yang sehat juga bisa terbang sehingga luka kembali ke fase inflamasi.

4.4 Analisis Implementasi Keperawatan sesuai dengan hasil penelitian

Setelah dilakukan implementasi perawatan luka, Analisis intervensi gangguan integritas kulit berdasarkan (SIKI DPP PPNI, 2018) adalah perawatan luka dengan memonitor karakteristik luka dan tanda-tanda infeksi. Pasien setelah dilakukan TTV didapatkan suhu 37,7. Selain itu perawat melakukan rawat luka modern yaitu Lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan tekniksteril saat melakukan perawatan. Edukasi : jelaskan tanda gejala infeksi. Kolaborasi : kolaborasi pemberian antibiotik

Secara teori menyatakan bahwa tujuan dari pemilihan modern dressing adalah mendukung proses penyembuhan luka. Penyembuhan

dengan konsep lembab menjadi standar perawatan pada klien dengan suplai sirkulasi yang adekuat agar menghasilkan jaringan granulasi, epitelisasi dan penyembuhan yang matang. Secara fisiologi, tahapan proses penyembuhan luka terdiri dari 3 fase, yaitu; pertama fase inflamasi sampai hari kelima yang ditandai dengan pembuluh darah mengalami konstriksi, disertai dengan adanya reaksi homeostatis karena adanya trombosit yang mengalami agregasi, kedua fase proliferasi (dimana fase ini dimulai pada akhir fase inflamasi sekitar hari ke-5 dan berlangsung sampai 3 minggu, proses fase ini ditandai dengan proliferasi yang melibatkan produksi matriks, angiogenesis, dan epitelisasi) dan terakhir fase maturasi atau remodelling yang ditandai dengan adanya peningkatan keregangannya luka yang membutuhkan waktu 21 hari sampai 1 tahun (Yuniar, 2019).

Penggantian balutan tidak setiap hari sehingga lebih murah. Dapat dikatakan bahwa pengobatan modern dressing dengan merawat penderita diabetes berpengaruh terhadap proses penyembuhan luka diabetes melitus yaitu ada tiga langkah yang harus diikuti dalam perawatan luka modern dressing, yaitu mengurangi target pencucian luka. Jumlah bakteri, keluarkan atau buang jaringan mati untuk membersihkan sisa perban lama dan pilih perban. Pada dasarnya pemilihan teknik modern dressing memiliki beberapa tujuan penting yang dicapai dengan setiap pergantian perban dan dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi keberhasilan satu atau lebih terapi (Arisanty, 2014 & Angriani, 2019). Dalam membentuk lingkungan yang aman pada saat proses penyembuhan luka, membentuk

kenyamanan penderita, merawat luka dan daerah sekitarnya, dalam mengatasi nyeri dengan mengurangi kelembapan di ujung syaraf, mengontrol dan mencegah pendarahan, mencegah eksudat, imobilisasi area luka, aplikasi penekanan pada area perdarahan, mencegah dan menangani infeksi yang ditemukan di luka, menghindari stress dari luka dengan teknik membalut luka yang benar (Subandi , 2020).

Opini peneliti menyebutkan bahwa bahwa modern dressing dapat berfungsi untuk menjaga kelembapan di dalam luka dan dapat memfasilitasi regenerasi jaringan. Hal ini didukung oleh penelitian Damsir et al (2018), menyatakan perawatan luka dengan modern dressing (metcovazine) efektif terhadap proses penyembuhan luka. Hal ini berhubungan dengan balutan modern (metcovazine) topikal terapi terkandung zinc, metronidazole dan nistatin yang berfungsi mendukung autolisis debridement, menjaga kelembapan pada area luka, membuang jaringan nekrotik, kontrol infeksi atau invasi bakteri, mempercepat proses penyembuhan luka, mengurangi nyeri saat balutan dibuka dan menghindari trauma dibandingkan dengan balutan konvensional cenderung kering sehingga menghambat proses penyembuhan.

4.5 Analisis Evaluasi hasil intervensi

Analisis evaluasi intervensi gangguan integritas kulit dimana peneliti melakukan intervensi rawat luka, dimana pemberian rawat luka modern pada tanggal, 22 maret 2023 pukul 08.00. Sebelum dilakukan

rawat luka, luka pasien banyak terdapat eksudat dan berwarna hitam. Setelah itu dilakukan rawat luka selama 4 hari. Didapatkan hari ke 4 tanggal 25 maret 2023 pukul 08:00, setelah rawat luka didapatkan luka tampak bersih, tidak ada eksudat.

Jaringan-jaringan yang baru tumbuh pada jaringan ikat merupakan suatu proses penyembuhan luka yang alami. Ketika kondisi luka membaik, ketika luka terlihat basah, penyakit pembuluh darah baik dan tidak ada kematian jaringan, jaringan-jaringan baru yang tumbuh, dan jaringan epitel yang terbentuk pada luka (Mutiudin, 2019). Berdasarkan Damayanti, 2015 & Khoirunisa, 2020 Penyembuhan luka ada beberapa tahapan yaitu: inflamasi, proliferasi dan maturasi. Hasil akhir penyembuhan luka tergantung dari derajat luka aslinya, seperti perubahan berdasarkan derajat luka merupakan indikasi penyembuhan luka, derajat kerusakan yang lebih besar menandakan kondisi luka yang melemah atau memburuk, dan semakin kecil penyembuhan luka. Derajat cederanya, semakin baik cederanya (Arisanty, 2013 & Wijaya 2018).

Opini peneliti menyebutkan bahwa luka diabetik atau ulkus diabetik berkontribusi signifikan terhadap morbiditas, baik biaya perawatan kesehatan, dan kualitas hidup secara keseluruhan. Perawatan luka yang tepat dan rutin sangat penting bagi pasien untuk mencapai hasil yang lebih baik terkait ulkus ini.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Perawatan luka pada saat ini menggunakan metode perawatan luka modern. Perawatan luka modern adalah metode perawatan luka dengan cara tertutup serta lembab yang difokuskan untuk menjaga luka dari dehidrasi dan terus berkembang dalam proses pemulihan luka. Berdasarkan diagnosa gangguan integritas kulit, perawat merencanakan tindakan keperawatan yaitu rawat luka. Dengan hasil dimana pemberian rawat luka modern pada tanggal, 22 maret 2023 pukul 08.00. Sebelum dilakukan rawat luka, luka pasien banyak terdapat eksudat dan berwarna hitam. Setelah itu dilakukan rawat luka selama 4 hari. Didapatkan hari ke 4 tanggal 25 maret 2023 pukul 08:00, setelah rawat luka didapatkan luka tampak bersih, tidak ada eksudat.

5.2 Saran

1. Bagi intitusi pelayanan kesehatan (Rumah sakit)

Hal ini diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan kerja sama baik antara tim kesehatan maupun pasien. sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optiml.

2. Bagi tenaga kesehatan khususnya perawat

Diharapkan selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien agar lebih maksimal, khususnya pada pasien DM tipe 2, perawat diharapkan dapat memberikan pelayanan profesional dan komprehensif.

3. Bagi institusi pendidikan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan lebih berkualitas dan profesional, terampil, inovatif, dan bermutu yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh berdasarkan kode etik keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- ADA. (2020). *Introduction : Standards of medical care in diabetes-2021*. Diabetes Care, 44, 1–2. <https://doi.org/10.2337/dc21-Sint>
- Alfi et al. (2019). *Konseling Gizi Menggunakan Media Aplikasi Nutri Diabetic Care Untuk Meningkatkan Pengetahuan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Puskesmas Gamping I*. Retrieved from Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Alkhoir, A. R. (2020). *Analisis Peran Keluarga Terhadap Perawatan Diri Pasien DM Tipe II*. Retrieved from Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. *Skripsi*: <http://repository.umy.ac.id/bitstream/handle/123456789/33713/BAB%20II.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Aminuddin, M., et.al. (2020). *Modul perawatan luka* (I. Samsugito (ed.))
- American Diabetes Association. (2023). *Classification and Diagnosis of Diabetes : Standards of Medical Care in Diabetes*. American Diabetes Association, 45 (Suppl), 17–38. https://diabetesjournals.org/care/article/45/Supplement_1/S17/138925/2-Classification-and-Diagnosis-of-Diabetes. Diakses tanggal 27 Maret 2023
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan* (8th ed.). Jakarta: EGC.
- Fatimah, R.N. 2015. *Diabetes Melitus Tipe 2*. Jakarta: J MAJORITY. Vol. 4, No. 5:93-99
- Herlambang, U., Kusnanto., Hidayati, L., Arifin, H., Octavia Pradipta, R. (2019). *Pengaruh Progressive Muscle Relaxation Terhadap Stres dan Penurunan Gula Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2*. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah dan Kritis*. Vol 8 (1): 45-55.
- IDF.IDF Diabetes Atlas 10th Edition. <https://idf.org/e-library/epidemiologyresearch/diabetes-atlas.html> diakses tanggal 14 Februari 2022
- IDF. 2015. *Diabetes Atlas (Seventh Edition)*. International Diabetes federation.
- International Diabetes Federation Guideline Development Group. (2014). *Global guideline for type 2 diabetes*. Diabetes Research and Clinical Practice, 104(1), 1.
- Maghfirah S., Sudiana K., Yuni Widyawati I. (2015). *Relaksasi Otot Progresif Terhadap Stres Psikologis dan Perilaku Perawatan Diri Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol.10 (2).

- PUSDATIN.2020. Infodatin Diabetes Melitus 2020. <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/Infodatin-2020-Diabetes-Melitus.pdf>. Diakses tanggal 27 Maret 2022
- Rahmasari Ikrima, Wahyuni Sri Endah. 2019. *Efektivitas Memordoca Carantia(Pare) Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah*. Surakarta. Infokes ,vol 9,No 1.
- Ratna Devi, Parmin, Z. A. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Melitus Yang Mengalami Masalah Kerusakan Integritas Kulit Dengan Penerapan Keperawatan Luka Modern Dressing Di Ruang Kenari Rsu Anutapura Palu 2018. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 6(2), 58–70.
- Riskesdas, K. (2018). *Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)*. Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical, 44(8), 1–200. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Rudy, B., & Richard, D. (2014). *Buku Pegangan Diabetes*. (B. Barrarah, Ed.) (4th ed.). Jakarta: Bumi Medika
- Rumahorbo, H. (2014). *Mencegah diabetes melitus dengan perubahan gaya hidup*. Bogor: IN MEDIA.
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)* (1st ed.). Jakarta: Persatuan Perawat Indonesia.
- SIKI.2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)* Edisi 1. Jakarta. Persatuan Perawat Indonesia
- SLKI.2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)* Edisi 1. Jakarta. Persatuan Perawat Indonesia
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer Suzanne C., Bare Brenda G., Hinkle Janice L., Cheever Kerry H. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth* ed. 12; alih bahasa: Devi Yulianti, Amelia Kimin; editor edisi Bahasa Indonesia: Eka Anisa Mardella. Jakarta: EGC.
- Tarwoto.(2012). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta: Trans Info Media
- Wulandari, D., & Kurnianingsih, W. 2018. Pengaruh Usia, Stres, Dan Diet Tinggi Karbohidrat Terhadap Kadar Glukosa Darah. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 8(1), 16–25.
- World Health Organization. (2016). Global report on diabe*

LAMPIRAN 1 INFORMED CONSENT

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
INFORMED CONSENT**

Surat Persetujuan Responden:

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat:

Pekerjaan :

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko peneliti tersebut dibawah ini berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DIABETES MELITUS YANG MENGALAMI MASALAH KERUSAKAN INTEGRITAS KULIT DENGAN INTERVENSI PENERAPAN TRADISIONAL DRESSING DAN MODERN DESSING DI RUANGARJUNA RSUD ABDOERRAHEM SITUBONDO

Dengan suka rela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian diatas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Mengetahui,
Penanggung jawab penelitian

(Maysaroh)

Situbondo.....
Yang menyetujui,
Peserta Penelitian

(.....)

Lampiran 2 Lembar Observasi


1. Inisial :
2. Jenis Kelamin :
3. Alamat :
4. Pendidikan Terakhir :
5. Pekerjaan :
6. Lama Menderita : 1-5 tahun 6-10 tahun

7. Instrumen penilaian tingkat ulkus diabetikum berdasarkan skala Wagner. Berilah tanda (x) pada kolom tingkat ulkus diabetikum sesuai dengan deskripsi dan grade ulkus diabetikum yang diamati pada responden.

Deskripsi	Grade	Tingkat Ulkus
Nyeri	0	
Ulserasi superfisial yang melibatkan penebalan Padakulit	1	
Ulserasi dalam, hingga ke otot dan ligamen	2	
Ulserasi dalam dengan pembentukan abses, Osteomyelitis	3	
Gangren terbatas pada satu bagian	4	
Gangren yang menyebar, melibatkan seluruh Bagian kaki	5	

8. Obat yang dikonsumsi saat ini :
9. Insulin : dapat / tidak *
10. Rutin kontrol gula ke pelayanan :
11. Riwayat Penyakit Penyerta :
Coret yang tidak sesuai*)

Lampiran 3 SOP

	STANDAR OPERASI PROSEDUR
SOP MODERN DRESSING	
PENGERTIAN	Standar Operasional Prosedur (SOP) perawatan luka diabetes melitus menggunakan teknik modern dressing
TUJUAN	Perawatan luka
INDIKASI	Dilakukan pada pasien yang mengalami luka
PERSIAPAN PERAWAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri salam dan panggil klien dengan namanya 2. Jelaskan tujuan, prosedur, dan lamanya tindakan pada klien atau keluarga 3. Berikan kesempatan klien bertanya sebelum kegiatan dilakukan 4. Beri privasi pada pasien 5. Atur posisi pasien sehingga merasakan aman dan nyaman
Alat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Set ganti balut 2. Gunting jaringan 3. Pinset anatomis, 4. Nierbekken 5. Gunting verban 6. Sarung tangan 7. Cairan pencuci 8. Topikal terapi (Seusai kondisi luka) 9. Perekat elastis 10. Status Pasien 11. Verband/Haft 12. Pen
PROSEDUR	<p>Tahap Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi program terapi 2. Mencuci tangan 3. Memakai sarung tangan bersih 4. Menempatkan alat ke dekat pasien <p>Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dan menyapa klien 2. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan pada klien 3. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan 4. Memberi kesempatan bertanya pada klien sebelum tindakan <p>Tahap Kerja</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur dan tujuan dari tindakan yang akan dilakukan 2. Melakukan komunikasi terapeutik sebelum selama dan sesudah di lakukan perawatan 3. Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan 4. Mencuci tangan dengan alcohol jell saat mengganti sarung tangan 5. Gunakan sarung tangan dan lakukan pergantian sarung tangan saat mencuci, mengkaji, dan membalut luka (Sekurangnya 3 kali) 6. Membuka balutan dengan hati-hati untuk mencegah terjadinya perdarahan atau trauma pada luka 7. Lakukan pencucian luka dengan menggunakan sabun, bilas dengan cairan non toksit lalu keringkan 8. Bersihkan tepi luka dan kulit sekitar luka 9. Lakukan pengkajian luka dengan seksama sesuai prosedur dan format pengkajian luka 10. Bila terdapat jaringan nekrosis (berwarna kuning atau hitam), lakukan debridement (dengan gunting atau pisau) 11. Berikan topical terapi yang sesuai berdasarkan warna luka, banyak eksudat da nada tidaknya infeksi. 12. Balut luka secara tertutup (Moisture Balance) pada beberapa jenis topical tidak memerlukan kasa lagi sebagai balutan kedua misalnya hydrocolloid dan poliurathane foam 13. berikan tambahan padding/gause bila eksudat sangat banyak/plester/elastis verban (Sesuaikan dengan kondisi) 14. Tutup dengan perekat 15. Kaji pergerakan dan rasa nyaman klien setelah dibalut <p>Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bersihkan dan rapikan alat 2. Berikan informasi kapan mengganti balutan 3. Ajarkan tindakan emergency yang diperlukan dalam merawat luka sebelum waktu control 4. Dokumentasi tindakan yang telah dilakukan
EVALUASI	<ol style="list-style-type: none"> 2. Evaluasi hasil yang dicapai (subjektif dan objektif) 3. Simpulkan hasil kegiatan 4. Berikan reinforcement 5. Akhiri kegiatan
DOKUMENTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catat tanggal, jam, dan jenis kegiatan didalam catatan keperawatan 2. Catat hasil kegiatan dan respon klien didalam catatan keperawatan 3. Nama dan paraf perawat

LAMPIRAN 4 DOKUMENTASI



