

Lampiran 46.

Lampiran 1.

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIDN : NIDN. 0620068504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

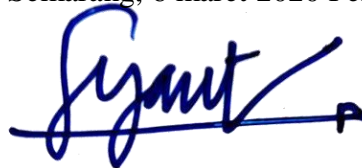
Nama : iin irmawati

NIM : 48901700031

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada N.y M dengan ulkus diabetikum di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 6 maret 2020 Pembimbing



Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIDN. 0620068504

Lampiran 47.

Lampiran 2.

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIDN : NIDN. 0620068504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : iin irmawati

NIM : 48901700031

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada N.y M dengan ulkus diabetikum di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Februari 2020 sampai dengan 10 mei 2020 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 10 mei 2020 Pembimbing


Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIDN. 0620068504

Lampiran 48.

Lampiran 3. Lembar Konsultasi


LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN FIK
UNISSULA
2020

NAMA MAHASISWA : iin irmawati


NIM : 48901700031

**JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada N.y M dengan ulkus diabetikum
di Ruang Baitussalam 2 RSI Sultan Agung Semarang**




PEMBIMBING : Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB





HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
6 maret 2020	Konsul judul	Judul sudah tepat sesuai dengan masalah pasien	

Lampiran 49.




18 maret 2020	memperbaiki latar belakang	-kurang kesimpulan pada latar belakang dan tindakan keperawatannya -di persingkat di fokuskan pada luka ulkus pasien	
----------------------	---------------------------------------	---	---

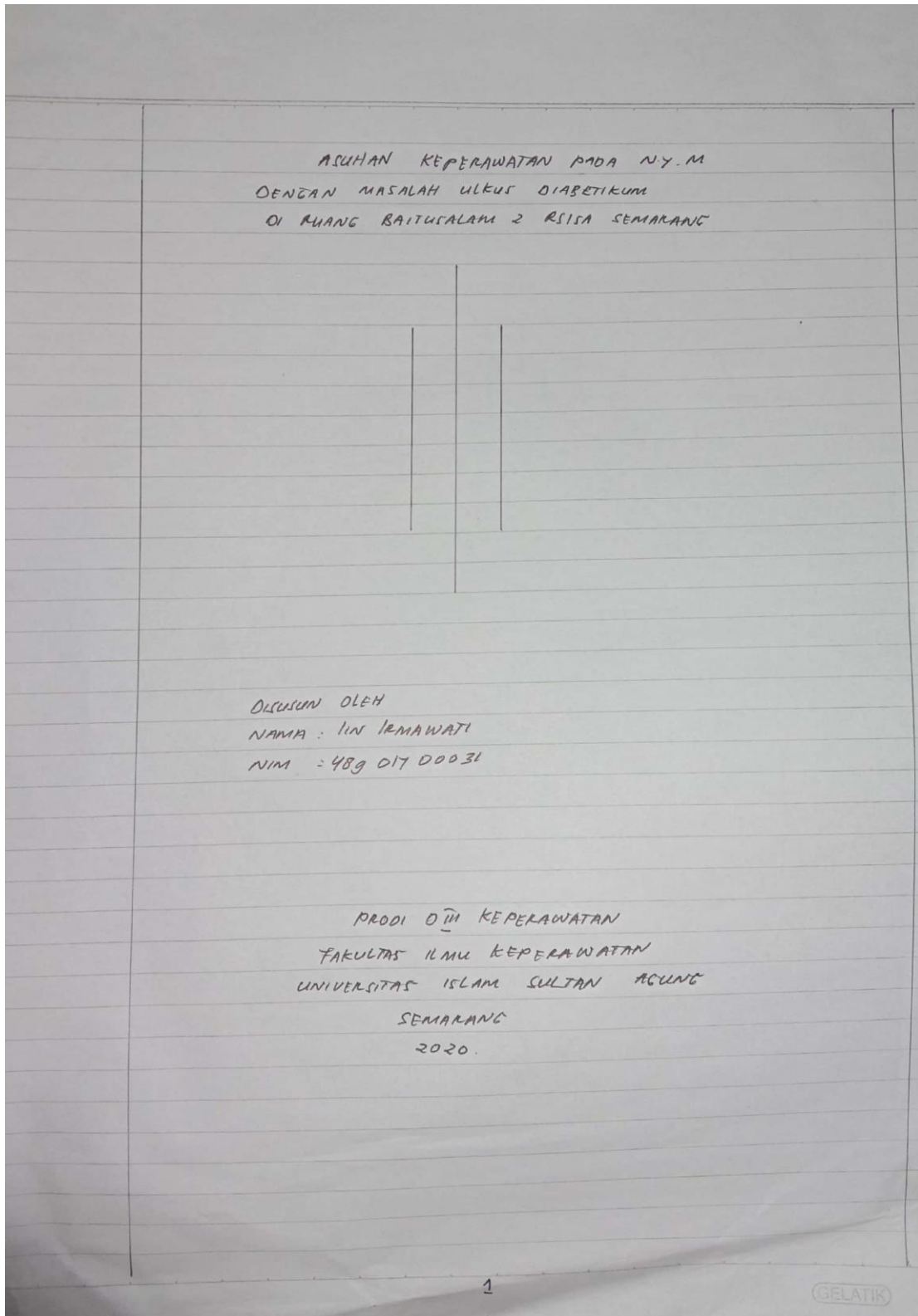
Lampiran 1.

26 maret 2020	memperbaiki latar belakang dan melanjutkan bab II	-menyertakan sumber pada patways	
31 maret 2020	Memperbaiki bab II dan bab III	-sumber yang masih dari blogspot harus di ganti	
3 april 2020	Memperbaiki bab III dan bab IV	Menambahkan ada tidak pengkajian yang belum di lakukan pada bab 4 - apakah ada diagnosa tambahhan pada masalah pasien jika ada bisa di tambahkan	

<p>13 april 2020</p>	<p>Memperbaiki bab IV dan bab V</p>	<p>-menuliskan apakah pengkajian sudah sesuai teori atau belum pada bab V -menuliskan diagnosa yang sudah teratasi dan belum teratasi</p>	
<p>24 april 2020</p>	<p>Tata aturan penulisan</p>	<p>Sesuaikan dengan buku panduan</p>	
<p>29 april 2020</p>	<p>Memperbaiki daftar pustaka</p>	<p>Daftar pustaka sesuaikan dengan buku panduan</p>	
<p>4 mei 2020</p>	<p>Konsultasi hasil turnitin</p>	<p>Hasil turnitin masih belum sesuai standart yang di tetapkan jadi harus di parafrase ulang</p>	

Lampiran 3.

5 mei 2020	Konsul ppt untuk persiapan sidang KTI	Kurang sesuai di perbaiki lagi	
7 mei 2020	Konsul ppt ulang	Sudah cukup	
9 mei 2020	Persiapan sidang	Sudah bagus sesuai ketentuan,ACC	



<p>Asuhan Keperawatan KASUS 11</p> <p>Pengrajan</p> <p>A. Data Umum</p> <p>1. Identitas pasien</p> <p>Nama : N r m.</p> <p>Umur : 89 th</p> <p>Jenis kelamin : perempuan.</p> <p>Agama : Islam</p> <p>Pendidikan : SD</p> <p>Pekerjaan : Ibu rumah tangga.</p> <p>Suku / bangsa : Jawa / Indonesia</p> <p>Alamat : Jl ledan raya RT 05/02 bandar harjo Semarang utara.</p> <p>Diagnosa medis : nekrosis pedis sinistra</p> <p>2. Identitas penanggung jawab.</p> <p>Nama : Utun</p> <p>Jenis kelamin : perempuan</p> <p>Agama : Islam</p> <p>Suku / bangsa : Jawa / Indonesia</p> <p>Pekerjaan : swasta</p> <p>Kubungan dengan pasien : anak kandung</p> <p>3. Status kesehatan saat ini</p> <p>a) keluhan utama</p> <p>pasien mengatakan kaki kirinya terasa panas, dan nyeri di sekitar luka</p> <p>b) Riwayat Penyakit sekarang</p> <p>pasien mengatakan mulanya terjatuh dari kamar mandi. 1 minggu kemudian jari pasien berubah warna menjadi ungu kelutaman, lalu di bawa ke puskesmas bandar harjo, setelah 3 hari tidak ada perubahan, luka semakin menjalar sampai batas lutut lalu di bawa ambulance siaga ke RS Citarum sebelum ke Citarum sudah di lakukan tindakan penyayatan pada luka tetapi tidak ada perubahan lalu RS Citarum menyarankan untuk di rujuk ke RISA, pasien masuk ke IGD pada tanggal 26-02-20 pada pukul 09:00</p> <p>Riwayat kesehatan lalu.</p> <p>a. Penyakit yang pernah di alami</p> <p>pasien mengatakan pernah menderita DM sampai GDS 227</p> <p>pasien juga pernah menderita hipertensi sampai TD 200/100</p>
--

b. Kecelakaan

pasien mengatakan mengalami kecelakaan jatuh di kamar mandi 2 minggu yang lalu

c. Imunisasi

pasien mengatakan lupa karena faktor usianya

d. Alergi obat

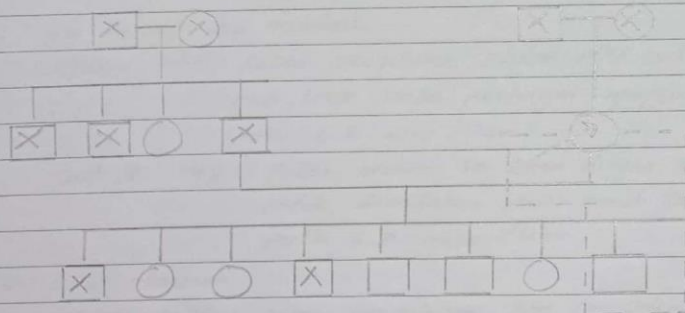
pasien mengatakan tidak pernah memiliki alergi obat sebelumnya

e. Alergi makanan

pasien mengatakan tidak memiliki alergi makanan apapun dan sebelum mengalami mempunyai penyakit gula pasien tidak memiliki pantangan terhadap makanan setelah mengalami penyakitnya pasien lebih menjaga pola makannya.

4. Riwayat kesehatan keluarga

a. Genogram



□ : laki-laki

○ : perempuan

————— : menikah

----- : tinggal serumah

X : meninggal

→ : pasien

b. penyakit yang pernah di derita keluarga

pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang serius / menular seperti hepatitis / HIV

c. penyakit yang sedang di derita keluarga

pasien mengatakan anak ke 2 nya saat ini menderita penyakit DM

d. riwayat kesehatan keluarga

pasien mengatakan saat ini lingkungan rumahnya cukup bersih aman dan nyaman terhindar dari bencana banjir dan tanah longsor

II pola kesehatan fungsional.

1. pola persepsi dan penelenggaraan kesehatan.

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak pernah memperhatikan kesehatannya
suka makan makanan sembarangan.

saat di kaji : pasien mengatakan setelah mengetahui penyakitnya lebih menjaga pola makannya.

2. pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit makan 3x sehari dengan nasi, lauk tanpa partangan apapun dan minum air putih 6-8 gelas / hari

saat di kaji : pasien makan 3x sehari dengan nasi dan lauk yang sudah di sediakan dari rumah sakit dan minum air putih 6-8 gelas / hari

3. pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan feses berwarna kuning kecoklatan lembek dan BAK 6-7x sehari dengan konsistensi jernih

saat di kaji : pasien mengatakan selama di RS belum BAB dan BAK menggunakan popok selalu penuh dalam waktu 5 jam

4. pola aktivitas dan istirahat.

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat beraktivitas dengan leluasa tanpa bantuan keluarga

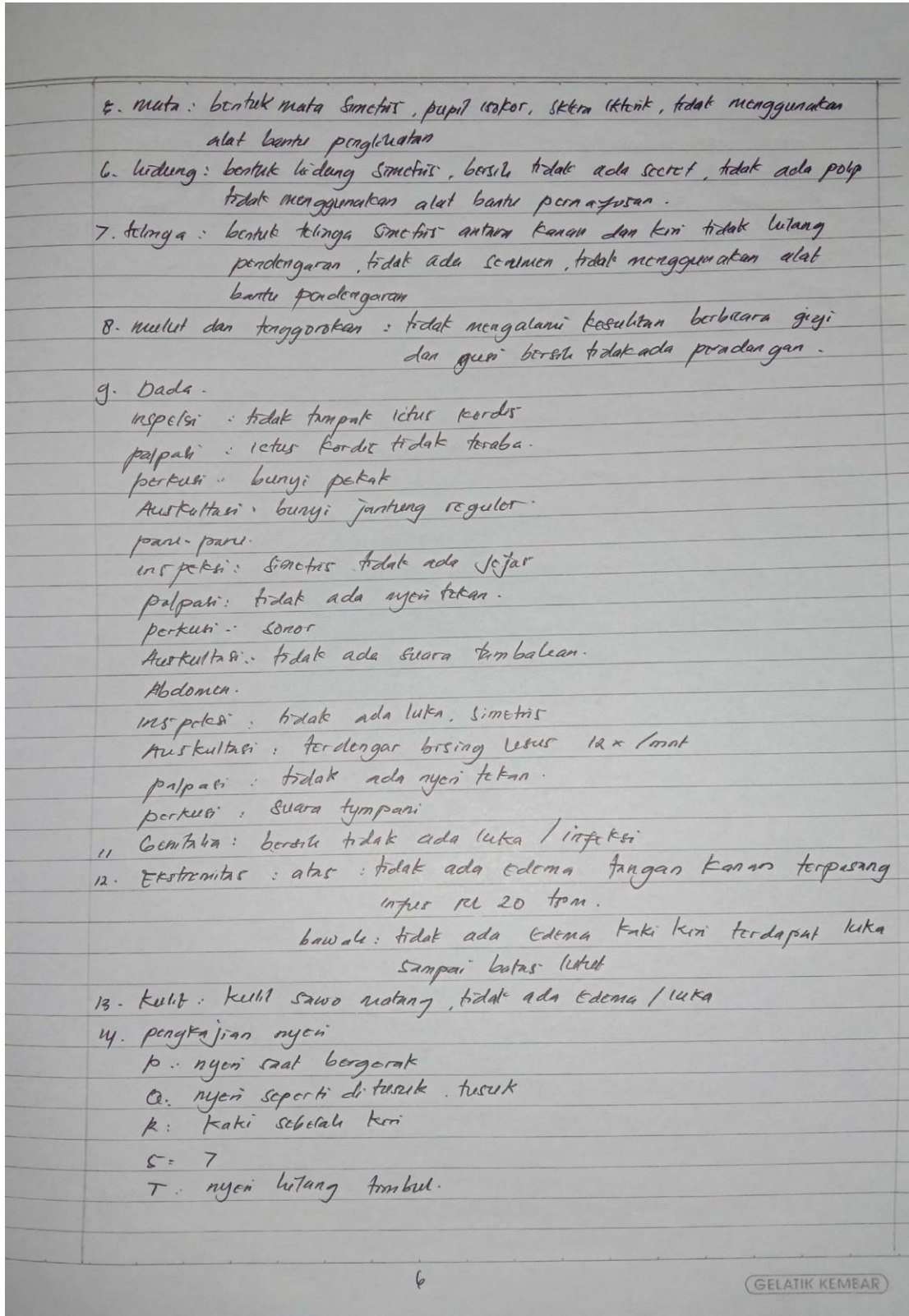
saat di kaji : pasien beraktivitas di bantu oleh perawat / keluarga

5. pola kognitif

Sebelum sakit : pasien dapat mengingat dan menerima informasi yang di berikan perawat

saat di kaji : pasien sulit menerima informasi yang di berikan perawat.

6. pola istirahat tidur - Sebelum sakit - pasien mengatakan tidur 8 jam sehari dan tidak mengalami kesulitan dalam memulai tidur Saat di kaji : pasien mengalami kesulitan untuk tidur karena nyeri dan khawatir akan di operasi
7. pola persepsi dan konsep diri Sebelum sakit : pasien menjalankan peran sebagai ibu rumah tangga Saat di kaji : pasien dengan keadaannya saat ini tidak bisa menjalankan tugasnya
8. pola mekanisme coping Sebelum sakit : pasien merasa aman dan nyaman berkumpul di antara keluarganya Saat di kaji : pasien merasa gelisah karena memikirkan penyakit yang di dentanya saat ini
9. pola seksual dan reproduksi Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pola seksual dan reproduksi Saat di kaji : pasien tidak memiliki masalah seksual dan reproduksi
10. pola peran dan hubungan dengan orang lain Sebelum sakit : hubungan pasien dengan orang lain berjalan dengan lancar, selalu mengikuti kegiatan di masyarakat. Saat di kaji : pasien terbatang lemas dan hanya bisa berkomunikasi seperlunya
11. pola nilai dan kepercayaan. Sebelum sakit : pasien dapat menjalankan sholat & waktu tanpa hambatan gerak Saat di kaji : pasien hanya bisa beribadah di atas tempat tidur
12. pemeriksaan fisik (head to toe) 1. kesadaran : Composmetis 2. tampilan : lemah, pucat 3. vital sign : TD = 140/90 mmHg N = 80 x /mnt S = 36,4°C. RR = 20 x /mnt
4. Kepala : bentuk massepal, rambut tidak rontok, tidak ada ketombe terjadi perubahan warna menjadi pahl (benolan)



Pemeriksaan	hasil	nilai rujukan	Satuan
<u>IN DATA penunjang</u>			
Nomor RM : 01 407 318			
Nama pasien : Munah			
Alamat : Jl. Ibadan raya RT 05/02 bandarharjo Semarang Utara			
Tgl /ur /usia / Kelamin : 31-12-1930 / 87tu / perempuan.			
Dokter : Iva Dewi Kristiani, dr, Msi, Med. SpB.			
Ruang : Baitusalam 2			
Diagnosa : nekrosis pedis curis			
Pemeriksaan	hasil	nilai rujukan	Satuan
<u>HEMATOLOGY</u>			
<u>Darrah retina 1</u>			
Hemoglobin	12.1	11.7 - 15.5	g/dl
Hematokrit	36.1	33 - 45	%
Leukosit	27.47 H	3.6 - 11.0	ribu /ul sesuai SHOT
Trombosit	297	150 - 440	ribu /ul
<u>Gedangan darah /ru B /positif</u>			
APIT / PTTK	27.8	21.8 - 28.0	Detik
Kontrol	25.3	21.0 - 28.4	Detik
PPT	10.7	9.3 - 11.4	Detik
Kontrol	10.6	9.3 - 12.5	Detik
<u>IMUNOSEKOLOGI</u>			
HBsAg kualitatif	nonreaktif	non reaktif	-
<u>KIMIA</u>			
Gula darah sewaktu	140l	75 - 110	mg /dl
Ureum	49	10 - 50	mg /dl.
Creatin darah	0.61	0.6 - 1.1	mg /dl
<u>Na, K, Cl</u>			
natrum	129.6 l	135 - 147	mmol /l
Kalium	4.60	3.5 - 5	mmol /l
Clorida	95.2	95 - 105	mmol /l

b. Diet yang di perolehi.

nasi tim dan susu frekuensi 3x sehari

c. Terapy.

Ceftriaxone 1gr 1x2 gr IV

Ketrolak 30 mg 3x1 A IV

infus M 20 tpm.

Analisa data.

No	Tgl/Jam	Data Fokus	problem	etiologi	TD.
1	27-02-20 09:00	DS: pasien mengatakan kakinya terasa panas dan nyeri IO: nyeri saat bergerak O: nyeri seperti di tusuk - tusuk R: kaki sebelah kiri S: skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul. DO: 1. pasien nampak meninges kesakitan 2. pasien nampak gelisah 3. frekuensi nadi meningkat 4. sulit tidur 5. bersikap protektif	nyeri akut (SBKI)	agen pencedera Fisiologis (SBKI)	
2	27-02-20 09:00	DS: 1. pasien mengatakan khawatir akibat kondisi yang dihadapinya saat ini 2. pasien merasa bingung 3. sulit untuk berkonsentrasi DO: 1. pasien nampak gelisah 2. pasien nampak tegang dan sulit tidur	Ansietas (SBKI)	Kekawatiran mengalami kegagalan (SBKI)	

Diagnosa.

- 1 nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- 2 Ansietas berhubungan dengan kekawatiran mengalami kegagalan

Lampiran 12.

Intervensi				
NO	Tgl/Jam/Dx	Tujuan dan KH	Intervensi	TD
1	28-02-20 10:00 Dx 1	Setelah di lakukan tindakan 3x24 jam di harapkan masalah pasien dapat teratasi dengan KH: 1. melaporkan nyeri terkontrol 2. kemampuan mengenali nyeri 3. kemampuan mengenali penyebab nyeri 4. kemampuan menggunakan teknik non farmakologis 5. keluhan nyeri berkurang (slki)	O: 1. monitor TTV 2. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri N: 1. berikan teknik non farmako logis (berzikir) 2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri E: 1. ajarkan teknik non farmako logi untuk mengurangi nyeri (berzikir) C: 1. Kolaborasi pemberian analgesik (siki)	
2	28-02-20 10:30 Dx 2	Setelah di lakukan tindakan 3x24 jam di harapkan masalah pasien dapat teratasi dengan KH: 1. Verbalisasi kebingungan 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang di hadapi 3. perilaku gelisah berku rang 4. perilaku tegang berkurang (slki)	O: 1. monitor TTV 2. Observasi identifikasi penurunan tingkat energi N: 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan teknik (aromaterapy) E: 1. edukasi tujuan dan manfaat rekonsali C: 1. Kolaborasi pemberian obat (siki)	

Implementasi			
NO	Tgl / Jam/dx	implementasi	Respon
1.	20-02-20 11:00 Dx 1	monitor TV	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan TVU. DO: TD: 140/90 mmHg N: 80x/mnt S: 36,0 °C RR: 20x/mnt.
2.	11:10 Dx 1	mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan Observasi nyeri DO: P: nyeri saat bergerak Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk R: kaki seperti kera S: skala 6 T: nyeri hilang timbul.
3.	11:30 Dx 1	memberikan teknik 2.kiri	DS: pasien mengatakan bersedia di berikan teknik 2.kiri DO: pasien mengatakan lebih rileks setelah di lakukan teknik 2.kiri
4.	11:30 Dx 1	Kontrol lingkungan	DS: pasien mengatakan bersedia di evaluasi ruangan DO: nampak pengunjing berkurang lingkungan lebih terkontrol.
5.	11:45 Dx 1	<u>mengedukasi</u> mengajarkan teknik untuk mengurangi nyeri	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan edukasi DO: pasien nampak mengerti dengan apa yang di ucapkan perawat
6.	12:00 Dx 1	kolaborasi pemberian analgetik	DS: pasien bersedia di berikan obat DO: pasien nampak minum obat
1.	20-02-20 13:00 Dx 2	monitor TVU	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan TVU. DO: TD: 140/90 mmHg N: 80x/mnt S: 36 °C RR: 20x/mnt
2.	13:10 Dx 2	mengidentifikasi penurunan tingkat energi	DS: pasien mengatakan lemas dan cemas DO: pasien nampak berbaring di tempat tidur dan gelisah.

Lampiran 14.

3	13:20 Dx 2	menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan (teknik aromaterapy)	DS: pasien mengatakan bersedia di berikan teknik aromaterapy DO: pasien nampak rileks di berikan teknik aromaterapy.
4.	13:30 Dx 2	mengedukasi tujuan dan manfaat relaksasi	DS: pasien bersedia di lakukan edukasi DO: pasien nampak memahami materi yang di berikan perawat
5.	14:00 Dx 2	Kolaborasi pemberian Obat	DS: pasien bersedia di berikan obat DO: pasien nampak minum obat
1	27-02-20 08:00 Dx 1	memonitor TTV	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan TTV. DO: TD: 130/90 mmHg N: 80x/mnt S: 36,0°c RA: 20x/mnt
2	08:30 Dx 1	mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan observasi nyeri DO: P: nyeri saat bergerak Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk R: kaki sebelah kiri s: skala nyeri 5 T: nyeri hilang timbul
3.	09:00 Dx 1	memberikan teknik zikir	DS: pasien mengatakan bersedia di berikan teknik zikir DO: pasien mengatakan lebih rileks setelah di lakukan teknik zikir
4.	09:10 Dx 1	Kontrol lingkungan	DS: pasien mengatakan bersedia di evaluasi ruangan DO: nampak pengunjung berkurang lingkungan terkontrol.
5.	09:30 Dx 1	mengedukasi mengajarkan teknik mengurangi nyeri	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan edukasi DO: pasien nampak mengerti dengan apa yang di ucapkan perawat

Lampiran 15.

6	09:40 Dx 1	Kolaborasi pemberian analgetik	DS: pasien bersedia di berikan obat DO: pasien nampak meminum obat
1	27-02-20 Dx 2 10:00	monitor TTU	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan TTU DO: TD: 140/90 mmHg N: 80x/mnt S: 36.2 RR: 20x/mnt
2	Dx 2 10:20	mengidentifikasi penurunan tingkat energi	DS: pasien mengatakan cemas DO: pasien nampak berbaring di tempat tidur
3	Dx 2 10:50	menciptakan lingkungan yang tenang tanpa gangguan dengan (teknik aromaterapi)	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan teknik aromaterapy DO: pasien nampak rileks di berikan teknik aromaterapi
4	13:00 Dx 2	mengedukasi tujuan dan manfaat relaksasi	DS: pasien bersedia di edukasi DO: pasien nampak mengerti materi yang di berikan perawat
5	15:30	kolaborasi pemberian obat	DS: pasien bersedia di berikan obat DO: pasien nampak meminum obat
1	28-02-20 Dx 1 08:00	monitor TTU	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan TTU DO: TD: 130/90 mmHg N: 80x/mnt S: 36.0 RR: 20x/mnt
2	Dx 1 09:00	Karakteristik lokasi durasi, frekuensi, kualitas nyeri	DO: pasien mengatakan bersedia di lakukan observasi nyeri DS: N: nyeri saat bergerak Q: seperti di tusuk - tusuk R: kaki sebelah kiri S: skala nyeri 4 T: nyeri hilang timbul
3	Dx 1 09:30	kolaborasi pemberian analgetik	DS: pasien bersedia di berikan obat DO: pasien nampak meminum obat
1	28-02-20 Dx 2 10:00	menciptakan lingkungan yang tenang tanpa gangguan	DS: pasien mengatakan bersedia di lakukan teknik aromaterapi DO: pasien nampak rileks di berikan teknik aromaterapi
2	Dx 2 10:30	edukasi tujuan dan manfaat relaksasi	DS: pasien bersedia di edukasi DO: pasien nampak mengerti yang di ucapkan perawat

Evaluasi			
Tgl/Um	Dx	Evaluasi	TTD
26/02/20	nyeri akut b-d agen percedera Fisiologis	S: pasien mengatakan kakinya terasa nyeri dan panas di sekitar luka P: nyeri saat bergerak Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk R: kaki sebelah kiri S: skala nyeri 6 T: nyeri hilang timbul O: pasien nampak meringis kesakitan, gelisah, selit tidur A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	
26/02/20	Ansietas b-d ketawaran mengalami kegagalan	S: pasien mengatakan cemas karena akan operasi O: pasien nampak cemas, gelisah di tandai dengan TTV meningkat TD: 140/90 mmHg N: 80x/mnt S: 36°C RR: 20x/mnt A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	
27/02/20	nyeri akut b-d agen percedera Fisiologis	S: pasien mengatakan nyeri di kakinya sudah mulai berkurang P: nyeri saat bergerak Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk R: kaki sebelah kiri S: skala 5 T: nyeri hilang timbul O: pasien nampak lebih rileks dan sebelumnya A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	
27/02/20	Ansietas b-d ketawaran mengalami kegagalan	S: pasien mengatakan cemasnya mulai berkurang O: pasien nampak rileks TD: 130/90 mmHg N: 70x/mnt S: 36°C RR: 20x/mnt A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	

Lampiran 17.

28/02/20	nyeri akut b.d agen cedera Fisiologi	<p>S: pasien mengatakan nyeri di kaki kiranya sudah mulai membaik P: nyeri saat bergerak O: nyeri seperti di tusuk K: kaki sebelah kiri S: ekstremitas 4 T: nyeri hilang timbul</p> <p>D: pasien tampak lebih rileks A: masalah teratasi P: hentikan intervensi</p>
28/02/20	ansietas b.d ketidawajaran mengalami kegagalan	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak cemas O: pasien nampak rileks</p> <p>TD: 130/80 mmHg N: 70x/mnt C: 36°C RR: 20x/mnt</p> <p>A: masalah teratasi P: hentikan intervensi</p>

Lampiran 18.