

**ASUHAN KEPERAWATAN TN. D DIABETES MELLITUS  
DENGAN ULKUS DI RUANG BAITUSSALAM 1  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**Naili Zulfah**

NIM. 40901800067

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN TN. D DIABETES MELLITUS  
DENGAN ULKUS DI RUANG BAITUSSALAM 1  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Naili Zulfah**

NIM. 40901800067

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2021**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 24 Mei 2021



(Nahli Zulfah)

## HALAMAN PERSETUJUAN

**Karya Tulis Ilmiah berjudul :**

**ASUHAN KEPERAWATAN TN. D DIABETES MELLITUSDENGAN ULKUS  
DI RUANG BAITUSSALAM 1  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Dipersiapkan dan disusun oleh :**

**Nama : Naili Zulfah**

**NIM : 40901800067**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 24 Mei 2021

Pembimbing

(Ns. Ahmad Ikhlasul Amal,S. Kep., MAN)

NIDN : 06-0510-8901

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Kamis Tanggal 03 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai masukan Tim Penguji.

Semarang, 03 Juni 2021

Penguji I

Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB  
NIDN. 06-2006-8504

()

Penguji II

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep  
NIDN. 06-2708-8403

()

Penguji III

Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN  
NIDN. 06-0510-8901

()

Mengetahui,

Dekan fakultas ilmu keperawatan



  
Iwan Ardian, SKM., M.Kep.  
NIDN. 06-2208-7403

## HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Sembah sujud serta rasa syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberi kekuatan, membekaliku dengan ilmu yang bermanfaat. Atas karunia-Mu serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat serta salam selalu terlimpahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW.

Saya persembahkan Karya Tulis Ilmiah ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

### **Ayahanda dan Ibunda Tercinta**

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tak terhingga kupersembahkan karya tulis ilmiah ini kepada Ayah saya (Wachid) dan ibu saya (Wida Supriyati) yang telah memberikan kasih sayang, secara dukungan baik moril maupun materi, ridho dan cinta kasih yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat ayah dan ibu bahagia, karena ku sadar selama ini belum bisa berbuat lebih untuk menjadi yang lebih baik. Terima kasih Ayah.. Terima kasih ibu.

### **Teman dan sahabatku**

Terima kasih untuk teman maupun sahabatku yang sudah memberikan dukungan serta memberikan waktu luang untuk kesempatan bertemu dan bertukar cerita. Semoga apa yang di cita-citaku kita semua dapat terwujud semua dan menjadi orang yang sukses dunia dan akhirat.

## HALAMAN MOTTO

“Berawal dari sebuah intuisi  
Ketika rindu menyapa, menghampiri dan menginspirasi  
Bukan hanya menuliskan sejuta puisi ataupun isi hati  
Dari pagi hingga sore hari aku sabar menanti  
Saat tiba waktunya bimbingan KTI  
Kesana kemari mencari referensi bukan warung kopi  
Hanya untuk menyelesaikan KTI”.

(By. Goeh)

“...Dan bersabarlah. Sesungguhnya Allah  
beserta orang-orang yang sabar....”

(Surat Al-Anfaal ayat 46)



## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh*

Alhamdulillahirobbil'alamiin, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Tn. D Diabetes mellitus dengan Ulkus di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Berbagai hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, namun semuanya dapat selesai berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis ucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, M.T., Ph.D selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Bapak Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep. selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
5. Bapak Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, S. Kep., MAN selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan pada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan ibu dosen yang telah memberikan ilmu kepada penulis selama kurang lebih tiga tahun.

7. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus sehingga saya dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Ayahku (Wachid) dan Ibuku (Wida Supriyati) tercinta yang selalu mendoakan, mengingatkan untuk tetap beribadah dan memberikan semangat, dukungan baik moril dan materi yang diberikan untuk menyelesaikan pendidikan.
9. Teman dekatku Dhika, Nadif, Via, Bela, Artika, Lusi, Putri dan teman sekelompok karya tulis ilmiah yang selalu memberikan motivasi, nasihat, dukungan dan selalu mendoakan satu sama lain.
10. Teman-teman seperjuanganku DIII Keperawatan 2018 dan semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat banyak membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca dapat memberikan peningkatan pelayanan keperawatan dimasa mendatang.

Semarang, 24 Mei 2021

Penulis



Naili Zulfah

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	v
HALAMAN MOTTO .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. LATAR BELAKANG MASALAH .....	1
B. TUJUAN PENULISAN .....	3
1. TUJUAN UMUM .....	3
2. TUJUAN KHUSUS .....	3
C. MANFAAT PENULISAN .....	3
1. INSTITUSI PENDIDIKAN .....	3
2. LAHAN PRAKTIK .....	3
3. MASYARAKAT .....	4
BAB II TINJAUAN TEORI .....	5
A. KONSEP DASAR .....	5
2.1 DIABETES MELLITUS .....	5
2.1.1 PENGERTIAN .....	5
2.1.2 ETIOLOGI .....	6
2.1.3 TANDA DAN GEJALA .....	7
2.1.4 PATOFISIOLOGI .....	7
2.1.5 MANIFESTASI KLINIK .....	9
2.1.6 KOMPLIKASI .....	10
2.1.7 PENATALAKSANAAN .....	11
2.1.8 PEMERIKSAAN PENUNJANG .....	13

2.2	ULKUS DIABETIKUM .....	14
2.2.1	PENGERTIAN .....	14
2.2.2	ETIOLOGI .....	14
2.2.3	PATOFISIOLOGI .....	15
2.2.4	MANIFESTASI KLINIS .....	16
2.2.5	PENATALAKSANAAN .....	16
2.2.6	DERAJAT ULKUS DIABETIKUM .....	17
B.	KONSEP DASAR KEPERAWATAN .....	19
1.	PENGAJIAN KEPERAWATAN .....	19
2.	DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN FOKUS INTERVENSI ..	22
C.	PATHWAYS .....	25
<b>BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>		<b>26</b>
A.	HASIL STUDY KASUS .....	26
1.	PENGAJIAN KEPERAWATAN .....	26
2.	ANALISA DATA .....	33
3.	DIAGNOSA .....	34
4.	INTERVENSI .....	34
5.	IMPLEMENTASI .....	35
6.	EVALUASI .....	37
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>		<b>41</b>
A.	PENGAJIAN .....	41
B.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN .....	42
1.	DIAGNOSIS YANG MUNCUL .....	42
2.	DIAGNOSIS TAK MUNCUL .....	43
C.	INTERVENSI .....	44
D.	IMPLEMENTASI .....	45
E.	EVALUASI .....	48
<b>BAB V PENUTUP .....</b>		<b>50</b>
A.	KESIMPULAN .....	50
B.	SARAN .....	51
1.	BAGI LAHAN PRAKTIK .....	51
2.	BAGI INSTITUSI PENDIDIKAN .....	51
3.	BAGI MASYARAKAT .....	51

DAFTAR PUSTAKA ..... 52  
LAMPIRAN ..... 55



## DAFTAR LAMPIRAN

- |             |                            |
|-------------|----------------------------|
| Lampiran 1  | Surat Kesediaan Membimbing |
| Lampiran 2. | Surat Kesediaan Konsultasi |
| Lampiran 3. | Lembar Berita Acara        |
| Lampiran 4. | Lembar Asuhan Keperawatan  |







# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Suatu gejala dengan ditandai adanya peningkatan kadar glukosa darah plasma (hiperglikemia) merupakan pengertian dari diabetes melitus (Setyoadi et al., 2018). Diabetes digolongkan menjadi dua tipe golongan yaitu pada tipe I Insulin Dependen Diabetes Melitus (IDDM) serta tipe II Non Dependen Diabetes Melitus (NDIDM) (Hardika, 2018).

World Health Organization (WHO) telah menyajikan data di tahun 2003 sebesar 50% orang terkena Diabetes Melitus yang berada di negara maju mampu mematuhi program terapi yang diberikan. Penderita diabetes melitus yang melanggar proses penyembuhan akan menyebabkan terjadinya komplikasi. Munculnya komplikasi dapat berdampak pada perubahan pola gaya hidup serta berdampak pada perekonomian.

Di Indonesia Prevalensi penderita penyakit Diabetes melitus pada 2013 bernilai 2,1% sedangkan ditahun 2007 sebesar 1,1%. Sekitar 31 provinsi yang ada di indonesia (93,9%) mengindikasikan adanya peningkatan prevalensi penderita diabetes Mellitus yang cukup signifikan. Sedangkan jumlah kasus diabetes melitus tipe II pada 2017 berjumlah 99.646 kasus terdapat di Jawa Tengah. Sedangkan pada tahun 2014 kasus diabetes melitus berjumlah 96.431 kasus. Pada 2012 berjumlah 181.543 kasus.

Penyakit Diabetes melitus suatu penyakit yang bisa menimbulkan penyakit yang lainnya (komplikasi). Permasalahan komplikasi dari penyakit Diabetes Melitus pada beberapa orang mungkin akan berbeda- beda. Komplikasi dari Diabetes Melitus bisa dipecah menjadi 2 jenis mayor, ialah komplikasi

metabolik kronis serta komplikasi kronik jangka panjang (Octaviana Wulandari, 2013).

Masalah - masalah muncul yang sering dirasakan oleh penderita Diabetes melitus tipe 2 bisa diminimalkan bila penderita mempunyai pengetahuan serta keahlian dan upaya untuk melakukan penyembuhan. Keperawatan selaku edukator sangat diperlukan untuk penderita Diabetes melitus sebab Diabetes melitus ialah penyakit kronis yang membutuhkan sikap atau inisiatif penanggulangan mandiri yang individual seumur hidup (Fahra et al., 2017).

Pemberian nonfarmakologis telah menjadi alternatif terapi untuk memenuhi upaya klinis yang selama ini digunakan. Strategi nonfarmakologis yang digunakan dalam pengobatan para eksekutif dapat disusun menjadi beberapa teknik, salah satunya adalah psikologis, strategi perilaku, atau teknik korelatif. Terapi musik adalah salah satu perawatan sosial intelektual yang dapat digunakan sebagai teknik untuk mengendalikan rasa sakit. Musik telah menjadi bagian penting dari perawatan klinis selama beberapa tahun terakhir, terapi musik telah menjadi bagian dari layanan medis yang digunakan untuk penyembuhan dan pembelajaran yang penuh gairah, fisik, dan bermanfaat dalam berbagai situasi. Musik telah terbukti mempengaruhi mempengaruhi dampak fisiologis. Selama ribuan tahun, pengobatan musik telah digunakan untuk mengurangi sakit dan kegelisahan (Rantung, 2019).

Berdasarkan data yang didapatkan penulis di ruang Baitus Salam 1 di dapatkan pasien yang mengalami Diabetes melitus memiliki luka di bagian atas pantat dan merasakan nyeri. Luka tersebut diketahui satu minggu yang lalu saat pasien hendak ke kamar kecil , setelah itu pasien pergi ke rumah sakit untuk diperiksa. Pasien telah menjalani operasi pembedahan debridemen. Dari permasalahan diatas penulis tertarik menuliskan karyanya dengan sebuah topik yang berjudul “Asuhan Keperawatan Tn. D Diabetes Melitus dengan Ulkus dalam ruang Baitus Salam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan umum

Tujuan secara luas dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui dan untuk memberikan asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diabetes mellitus.

### 2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui ide dasar atau infeksi diabetes mellitus, meliputi definisi, etiologi, patofisiologi, gambaran klinis, komplikasi, pelaksana dan pathways.
- b. Memperjelas ide asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnose, fokus intervensi
- c. Menggambarkan dan menganalisa asuhan keperawatan pada Tn D mulai dari pengkajian,diagnosa, intervensi, pelaksanaan dan penilaian.

## **C. Manfaat Penulisan**

Karya Tulis Ilmiah ini ditulis penulis agar bisa bermanfaat untuk pihak – pihak yang terkait, yaitu :

### 1. Institusi pendidikan

Menjadi bahan tambahan wacana bagi mahasiswa dalam proses asuhan keperawatan medikal bedah khususnya diabetes melitus, serta untuk mengetahui kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan pada Tn. D.

### 2. Lahan praktik

Dapat memberikan masukan pada rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan peran perawat dalam merawat pasien yang terkena diabetes melitus

### 3. Masyarakat

Memberikan pengetahuan dan pemahaman bagi masyarakat tentang penyakit diabetes melitus..



## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. KONSEP DASAR**

##### **2.1 Diabetes Melitus**

###### **2.1.1 Pengertian**

Diabetes merupakan penyakit atau sindrom genetik yang dapat diidentifikasi dengan hiperglikemia kronis dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang berhubungan dengan defisiensi insulin absolut atau relatif, yang mempengaruhi sekresi insulin dan kinerja insulin. (Nugroho, 2015).

Diabetes Melitus adalah hambatan yang terjadi pada metabolisme secara genetik serta secara klinis tercantum heterogen dengan indikasi adanya kehilangan toleransi karbohidrat. Diabetes Melitus merupakan gangguan metabolik yang terjadi akibat adanya ketidakmampuan dalam mengoksidasi karbohidrat, adanya hambatan pada mekanisme insulin, dan ditandai dengan hiperglikemia, glikosuria, poliuria, polipdisi, polifagia, asidosis yang sering menimbulkan sesak napas, lipemia, ketonuria serta berakhir hingga koma (Sya'diyah et al., 2020).

Diabetes Melitus adalah adanya kadar gula darah yang merupakan sekumpulan gejala dari hambatan metabolik yang memengaruhi metabolisme didalam karbohidrat, lemak dan protein. Diabetes melitus merupakan penyakit serius di dunia ini sebab penyakit diabetes melitus cenderung mengalami kenaikan kasusnya seiring berjalannya waktu (Nurayati & Adriani, 2017).

### 2.1.2 Etiologi

Menurut (Simatupang, 2017) berlandaskan pada asal mula yang mendasari kemunculannya, Diabetes Melitus terbagi 4 tipe kategori, yakni:

a. Diabetes Melitus Tipe 1

Diabetes mellitus tipe 1 dikarenakan rusaknya organ pankreas. Sering terjadi pada anak kecil dan remaja atau orang dewasa sehingga sering disebut *Diabetes Juvenile* (diabetes pada usia muda), namun sekarang Diabetes Mellitus dapat ditemukan pada orang dewasa. Faktor pemicu Diabetes Mellitus Tipe 1 adalah infeksi virus dan penyakit autoimun (tidak bekerjanya sistem kekebalan tubuh) yang mengganggu siklus pelepasan insulin, terutama sel-sel di pankreas yang terjadi secara total. Oleh karena itu, pankreas akan kehilangan kapasitasnya untuk mengantarkan dan mengantarkan insulin yang dibutuhkan oleh tubuh.

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes mellitus tipe 2 disebabkan oleh kombinasi resistensi insulin dan kerusakan sekresi insulin sel. Diabetes tipe 2 pada umumnya disebut sebagai diabetes gaya hidup karena bukan hanya faktor keturunan yang dapat mempengaruhinya tetapi juga dapat disebabkan oleh gaya hidup yang tidak menguntungkan.

c. Pradiabetes (Tipe Khusus)

Jenis pradiabetes / diabetes secara eksplisit disebabkan oleh kondisi pada glukosa dalam darah di atas faktor biasa dalam faktor nya menggabungkan endokrinopati, insosialisasi pankreas eksokrin, penyimpangan genetik, pengobatan serta zat kimia.

d. Diabetes Gestasional/Diabetes Kehamilan

Diabetes gestasional adalah diabetes yang terjadi ketika Anda baru saja mengalami kehamilan pertama atau diabetes yang mungkin muncul selama kehamilan. Umumnya, diabetes ini dapat diidentifikasi pada minggu ke-24 (bulan ke-6). Diabetes ini umumnya hilang setelah melahirkan.

### 2.1.3 Tanda dan gejala

Diabetes melitus memiliki tanda dan gejala menurut (Nugroho, 2015) adalah :

- a. Lemas
- b. Berat badan menurun
- c. Gatal pada tubuh
- d. Keletihan
- e. Pandangan kabur
- f. Kesemutan

### 2.1.4 Patofisiologi

Dalam interaksi patofisiologi diabetes mellitus tipe 2 ada sebagian kondisi yang mempunyai peran penting, khususnya: resistensi insulin dan kerusakan sel pankreas. Diabetes mellitus tipe 2 tidak disebabkan oleh pelepasan insulin yang terbatas, tetapi karena sel target insulin menurun atau kegagalan untuk bereaksi terhadap insulin secara teratur. Kondisi ini biasanya disebut sebagai "oposisi insulin". Perlawanan insulin sebagian besar terjadi karena berat dan tidak adanya kerja nyata dan jalan menuju kedewasaan. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 dapat terjadi pembentukan glukosa hepatic yang mungkin tidak diperlukan namun tidak membahayakan sistem imun pada sel-sel Langerhans, misalnya diabetes melitus tipe 2. Ketidalcukupan kerja insulin, terutama pada

penderita diabetes melitus tipe 2, hanyalah anggota keluarga dan bukan yang utama.

Dimulai pada peningkatan diabetes mellitus tipe 2, sel B menunjukkan peningkatan emisi insulin tahap awal, seperti pada pelepasan insulin yang gagal untuk menebus resistensi insulin. Jika tidak ditangani seperti yang diharapkan, pada perbaikan selanjutnya dapat terjadi kerusakan pada sel B pankreas. Kerusakan sel B pankreas dalam jangka panjang dapat menyebabkan penurunan produksi insulin, sehingga individu dengan diabetes mellitus membutuhkan insulin eksogen. Pasien dengan diabetes mellitus tipe 2 sering dikaitkan dengan dua faktor penyebab, yaitu resistensi insulin spesifik dan insufisiensi insulin. (Fatimah, 2015).

Keadaan yang mendasari diabetes tipe 2 adalah pengaturan obstruksi insulin dan hiperinsulinemia. Namun, setelah beberapa waktu, alat kompensasi ini sekarang tidak dapat menghentikan pergerakan penyakit, menyebabkan diabetes tipe 2. Namun, pada banyak orang dengan diabetes tipe 2, ada kondisi yang membingungkan antara pelepasan insulin dan resistensi insulin dan tingkat yang mengikuti tingkat hiperglikemia. Jika sel B pankreas tidak dapat menghasilkan pelepasan insulin dengan batas yang cukup setara dengan oposisi insulin, hiperglikemia dapat terjadi. Pada individu tertentu dengan diabetes tipe 2, awal kerusakan sel B mungkin ditunjukkan sebagai komponen awal dari emisi insulin yang dinonaktifkan. Obstruksi insulin terbentuk karena pengaruh mengganggu dalam emisi insulin. Bagaimanapun, pada sebagian besar penderita diabetes tipe 2, pengaruh insulin yang lemah dan emisi insulin secara bersama-sama menyebabkan intoleransi glukosa yang kadang-kadang terjadi. (Tjandrawinata, 2016).

Diabetes mellitus tipe 2 digambarkan dengan insufisiensi insulin karena obstruksi insulin, tidak adanya pembentukan insulin, dan kerusakan pada sel pankreas. Hal ini dapat menyebabkan penurunan sentralisasi glukosa yang dikirim ke hati, sel otot, dan sel lemak. Kemungkinan lain adalah terjadi peningkatan pemecahan lemak dan terjadi hiperglikemia.. Ketidak berfungsinya sel alfa yang terjadi akibat gangguan dari kerusakan toleransi glukosa dalam darah dikenal sebagai proses fisiologis yang mengakibatkan penyakit diabetes melitus (B. Olokoba et al., 2012).

#### **2.1.5 Manifestasi klinik**

Menurut (Nugroho, 2015) secara umum ada beberapa manifestasi klinik yang terdapat pada penderita diabetes melitus, yaitu :

- a. kadar glukosa dalam darah tinggi ( Hiperglikemia).

Ketika kadar gula dalam darah tinggi pada penderita diabetes melitus biasanya diatas 200 mg/dL.

- b. Poliuria (sering buang air kecil)

Poliuria akan terjadi bila ginjal memproduksi air kemih dalam jumlah yang melampaui batas normal atau berlebihan, sehingga penderita diabetes melitus merasakan keinginan berkemih dalam frekuensi yang berlebih.

- c. Polidipsi (sering haus)

Polidipsi biasanya ditandai dengan mulut kering yang diakibatkan oleh adanya poliuri, sebab penderita diabetes melitus sering merasakan haus yang berlebihan sehingga penderita akan banyak minum.

- d. Polifagia (makan berlebihan)

Polifagia sebagian besar disebabkan karena beberapa faktor, salah satunya terjadi karena banyaknya kalori yang masuk ke dalam urin,

sehingga penderita diabetes melitus akan mengalami degradasi berat badan, maka dari itu penderita biasanya merasakan lapar yang berlebih sehingga banyak makan.

Keluhan yang berbeda dapat ditemukan pada individu dengan diabetes mellitus. Keraguan terhadap diabetes mellitus harus diwaspadai jika ada keluhan lain, misalnya, kelemahan, menggigil, kesemutan, penglihatan kabur, penurunan berat badan tanpa sebab dan gangguan ereksi pada pria, dan pruritus vulva pada wanita..(PERKENI, 2011)

### 2.1.6 Komplikasi

Menurut (Lotfy et al., 2016) ada beberapa ringkasan terkait komplikasi diabetes dengan menyebutkan indikasi akibat hiperglikemia pada berbagai jenis sel di tubuh sebagai berikut :

- a. Sistem saraf pusat dan perifer  
Meliputi : Stroke otak, Neuropati otonom, Neuropati perifer (Disfungsi motorik & sensorik)
- b. Mata  
Meliputi : Retinopati, Katarak, Kebutaan
- c. Sistem kardiovaskular  
Meliputi : Kardiomiopati, Infark miokard, Aterosklerosis, Hipertensi, Disfungsi sel endotel
- d. Rongga mulut  
Meliputi : Penyakit mulut (Karies, gingivitis, kelainan periodontal, infeksi)
- e. Sistem ginjal  
Meliputi : Nefropati, Proteinuria, Glukosuria, Gagal ginjal
- f. Sistem pencernaan  
Meliputi : Pengosongan lambung yang tertunda, Diare, Sembelit, Dispepsia, Insufisiensi kelenjar eksokrin

g. Sistem kelamin

Meliputi : Impotensi, Disfungsi seksual, Disfungsi urogenital

h. Kulit dan jaringan lunak

Meliputi : Gangguan penyembuhan luka, Infeksi kulit

i. Tulang

Meliputi : Osteopenia, patah tulang

j. Kaki

Meliputi : Ulserasi kaki, amputasi kaki

### 2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis menurut (Raharjo, 2018) adalah :

1. Diet DM

Syarat diet DM hendaknya dapat :

- a. Meningkatkan kesehatan pasien secara keseluruhan
- b. Fokus pada berat badan biasa
- c. Menahan dan menunda awal angiopati diabetik
- d. Berikan penyesuaian diet sesuai kondisi pasien
- e. Menarik dan sederhana untuk diberikan

Standar diet DM adalah

- a. Jumlah tergantung situasi
- b. Jadwal rutin makan yang tepat
- c. Jenis: enak/tidak

Dalam melakukan diet diabetes sehari-hari, aturan 3 J harus diikuti, khususnya:

- a. Jumlah kalori yang diberikan harus habis, jangan dikurangi atau bertambah
- b. Rencana diet harus sesuai peregangan
- c. Sumber makanan manis harus dijauihi

## 2. Obat

### a. OAD (Antidiabetik Oral) Tablet/Obat Hipoglikemik Oral (OHO)

#### - Mekanisme Kerja sulfanilurea

Cara kerja obat ini dengan memperkuat pelepasan insulin yang dibuang, menurunkan batas pelepasan insulin dan meningkatkan emisi insulin karena rangsangan glukosa. Kelas obat ini biasanya diberikan kepada pasien dengan berat badan normal tetapi dapat digunakan pada pasien dengan berat badan lebih.

#### - Sistem kerja biguanida

Biguanida tidak memiliki efek pankreas, namun memiliki efek berbeda yang dapat meningkatkan viabilitas insulin, khususnya:

#### a) Biguanida pada tingkat prereseptor → ekstra pankreas

- Menekan retensi gula
- Menekan glukoneogenesis di hati
- Membangun kecenderungan untuk reseptor insulin

#### b) Biguanida pada tingkat reseptor: proses peningkatan jumlah reseptor insulin

#### c) Biguanida pada tingkat pascareseptor: memiliki dampak intraseluler

## 3. Insulin

Tanda-tanda penggunaan insulin:

- a. Tipe I DM
- b. DM Tipe II yang pada akhirnya tidak dapat diobati dengan OAD
- c. Kehamilan DM
- d. DM dan TBC pneumonia berat
- e. DM pada patah tulang

Beberapa cara berbeda pada pemberian insulin, lebih spesifik dengan infus insulin subkutan, cara kerjanya adalah insulin standar mencapai puncak aktivitasnya dalam 1-4 jam, setelah infus subkutan, kecepatan konsumsi di tempat infus bergantung pada beberapa elemen.

### 2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Penentuan diagnosa diabetes melitus yaitu dengan cara proses pemeriksaan pada gula darah (Raharjo, 2018) yaitu :

- a. Glukosa Puasa (GDO) 70-110 mg/dl. Aturan diagnostik untuk DM > 140 mg/dl 2 kali pemeriksaan. > 140 mg/dl dengan indikasi hiperglikemia atau IGT 115-140 mg/dl.
- b. Glukosa 2 jam post prondial <140 mg/dl digunakan untuk skrining atau penilaian pengobatan non-gejala.
- c. Glukosa bila <140 mg/dl digunakan untuk skrining non-gejala.
- d. Tes ketahanan glukosa oral (OGTT). GD < 115 mg/dl 30 menit, 90 menit, < 200 mg/dl, 2 jam < 140 mg/dl.
- e. Tes ketahanan glukosa intravena (TTGO) dilakukan jika OGTT dikontraindikasikan atau ada masalah gastrointestinal berpengaruh pada retensi glukosa.
- f. Tes ketahanan glukosa kortison, dilakukan jika TTGO tidak ada maknanya. Kortison mengakibatkan meningkatnya kadar glukosa yang tidak biasa dan mengurangi penggunaan glukosa darah pada individu yang cenderung diabetes. Tingkat glukosa darah 140 mg/dl menjelang akhir 2 jam akan dianggap hasil yang positif
- g. Insulin serum puasa: 2-20 mu/ml menyajikan glukosa pada 120 mu/ml, dapat digunakan dalam analisis diferensial hipoglikemia atau penelitian diabetes.

## **2.2 Ulkus diabetikum**

### **2.2.1 Pengertian**

Ulkus merupakan luka yang terbuka di bagian luar kulit atau lapisan mukosa serta ulkus merupakan jaringan meluas yang sudah mati yang bergabung dengan invasif mikroorganisme suprofit. Adanya mikroorganisme suprofitik ini membuat ulkus menjadi bau, dan ulkus diabetikum yaitu jenis indikasi klinis serta suatu jalannya DM dengan neuropathy prefier.

(Ritonga & Amalia, 2017).

Ulkus diabetik yaitu luka yang diakibatkan oleh tidak adanya kekenyalan kulit yang disebabkan karena gangguan kulit akibat respon kadar gula, sehingga merusak jaringan kulit dan bisul pada penderita Diabetes Mellitus. (Maulana, 2017).

### **2.2.2 Etiologi**

Berikut ini adalah hal yang mempengaruhi ulkus Diabetikum terjadi menjadi faktor esterogen dan endogen.(Arsa, 2013) :

- a. Faktor endogen
  - a) Angiopati Diabetik
  - b) Metabolik Genetik
  - c) Neuropati diabetik
- b. Faktor ekstrogen
  - a) Trauma
  - b) Infeksi
  - c) Obat

Peran utama awal terjadinya ulkus diabetikum adalah angiopati, neuropati dan kontaminasi. Dengan neuropathy perifer akan menyebabkan hilangnya atau berkurangnya kesan nyeri pada kaki, sehingga mereka akan mengalami cedera tanpa merasakannya sehingga

menimbulkan borok pada kaki, masalah mesin juga akan menyebabkan kerusakan pada otot-otot kaki sehingga merubah penyangga. yang menyebabkan borok pada kaki pelanggan Jika terjadi penggumpalan darah di pembuluh darah yang lebih besar, pasien akan merasakan nyeri di kakinya setelah berjalan jarak tertentu. Adanya angiopati akan berdampak berkurangnya asupan suplemen, oksigen dan antitoksin yang membuat luka sulit sembuh.

### **2.2.3 Patofisiologi**

Diabetes menyebabkan pengaruh yang mengganggu melalui gangguan di bagian pembuluh darah pada seluruh tubuh, yang dinamakan angio dibeticum. Penyakit ini berlangsung terus-menerus dan terbagi menjadi dua, yaitu pembuluh darah besar (makrovaskuler) yang disebut makroangiopati dan pembuluh darah kecil (mikrovaskuler) yang disebut mikroangiopati. Ulkus diabetik terdiri dari rongga fokal yang umumnya lebih besar dari lorong, dikelilingi oleh kaki yang keras dan tebal. Pada awalnya ukuran susunan ulkus berkaitan dengan hiperglikemia yang mempengaruhi saraf tepi, kolagen, keratin, dan penimbunan vaskular. Dengan adanya tekanan mekanis, keratin keras dibingkai di ruang kaki yang menghadapi beban terberat. Neuropati taktil pinggiran memungkinkan cedera berulang yang menyebabkan kerusakan jaringan di bawah daerah kalus. Dengan demikian, terbentuk depresi yang meluas dan dalam jangka panjang menyembur ke luar kulit menyebabkan ulkus. Adanya iskemia dan cedera yang tidak biasa memperbaiki tujuan blok. Mikroorganisme masuk untuk menjajah wilayah ini. Kurangnya rembesan menyebabkan penyakit luar angkasa. Akhirnya karena sistem keamanan yang aneh, mikroorganisme dibersihkan dan penyakit menyebar ke jaringan sekitarnya (Maulana, 2017).

#### 2.2.4 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis dari ulkus diabetik dapat diketahui dari berbagai hal-hal berikut (Zahra, 2013) :

- a. Riwayat keluhan kaki terasa dingin, kehilangan sensasi pada kaki, umum terjadi pada penderita DM
- b. Lokasi bagian tubuh yang mengalami tekanan
- c. Dasar ulkus dapat mengenai tendon, fasia, kapsul sendi, atau hingga ke tulang
- d. Gambaran ulkus ditutupi oleh *callus*, membentuk terowongan
- e. CRT normal bila tidak kombinasi *arterial disease*
- f. Gambaran kulit sekitar umumnya ditutupi oleh *callus*

#### 2.2.5 Penatalaksanaan

Peran penting dalam pemberian ulkus diabetes yaitu menutupi luka. Pedoman glukosa darah harus diselesaikan. karena kerja leukosit terhambat pada pasien dengan hiperglikemia yang sedang berlangsung. Menurut (Indirani, 2013) perawatan ulkus diabetes meliputi hal berikut.

- a. Debridement

Debridement mungkin merupakan kegiatan utama dalam perawatan cedera. Debridement merupakan kegiatan untuk menghilangkan jaringan nekrotik, kalus, dan jaringan fibrotik. Jaringan yang mati dihilangkan sekitar 2-3 mm dari tepi cedera ke jaringan padat. Debridement membangun penciptaan faktor pengembangan yang membantu tindakan pemulihan cedera. Ketika penyakit telah menghambat kerja kaki atau membahayakan kehidupan pasien, pengangkatan penting untuk memungkinkan pengendalian infeksi, dan mengakibatkan penutupan luka.

- b. Perawatan Luka

Balutan yang digunakan harus layak dan cocok karena bagian yang penting dalam menjamin pengobatan yang optimal dari ulkus diabetikum. Keuntungan dari metodologi ini adalah mencegah jaringan yang kering dan sel yang lewat, mempercepat angiogenesis, dan memungkinkan hubungan antara faktor perkembangan dan sel target. Balutan banyak digunakan dengan berbagi jenis dalam perawatan luka dan dimaksudkan untuk mencegah kontaminasi pada bisul (anti-mikroba), membantu debridement (bahan kimia), dan mempercepat penyembuhan luka.

c. Terapi tekanan negatif dan terapi oksigen hiperbarik

Penggunaan pengobatan faktor tekanan negatif sangat membantu dalam pengobatan ulkus diabetik karena dapat mengurangi edema, menghilangkan bakteri, dan mendekatkan tepi luka untuk mempercepat penyembuhan luka. Perawatan oksigen hiperbarik juga dapat dilakukan, sebagaimana dibuktikan oleh penurunan tingkat pembuangan pada pasien dengan ulkus diabetikum.

### 2.2.6 Derajat ulkus diabetikum

Menurut (Maulana, 2017) pada ulkus diabetikum dibagi menjadi beberapa derajat, diantaranya :

a. Derajat I (Pertama)

Kejadian Ulkus Diabetik di lantai dengan tanda dan efek samping pada tubuh dan kulit, misalnya luka tampak jelas tetapi hanya luka dalam dan tidak ada luka terbuka adalah luka dangkal pada kulit.

b. Derajat II (Kedua)

Kejadian ulkus diabetikum digambarkan dengan adanya tanda dan manifestasi pada tubuh dan kulit, misalnya luka tampak jelas namun hanya tampak luka yang dalam dan tidak ada luka terbuka, terdapat

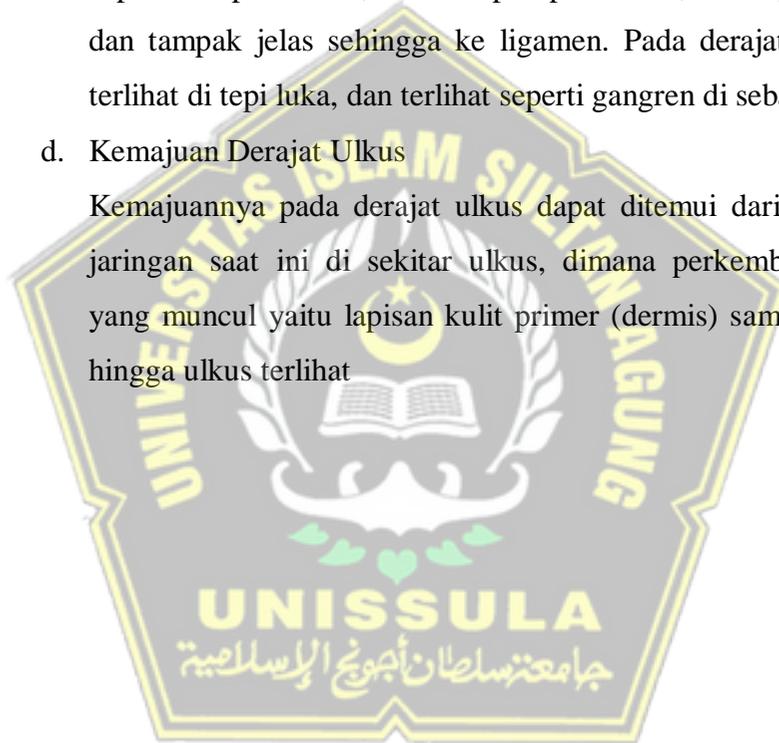
luka dangkal pada kulit, luka terlihat. pada kulit, borok muncul dan tembus ke ligamen. Tampak adanya cairan di sekitar tepi luka

c. Derajat III (Ketiga)

Kejadian Ulkus Diabetik digambarkan dengan adanya tanda dan efek samping pada tubuh dan kulit, misalnya luka yang terlihat namun luka yang dalam terlihat dari derajat 2, luka agak terbuka, luka superfisial pada kulit, luka tampak pada kulit, ulkus yang mendalam dan tampak jelas sehingga ke ligamen. Pada derajat 3 sekret lebih terlihat di tepi luka, dan terlihat seperti gangren di sebagian kaki.

d. Kemajuan Derajat Ulkus

Kemajuannya pada derajat ulkus dapat ditemui dari perkembangan jaringan saat ini di sekitar ulkus, dimana perkembangan jaringan yang muncul yaitu lapisan kulit primer (dermis) sampai lapisan otot hingga ulkus terlihat



## **B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN**

### **1. Pengkajian keperawatan**

Pengkajian keperawatan dilakukan secara komprehensif meliputi pengumpulan data, pola fungsional kesehatan dan pemeriksaan fisik. (Varena, 2019)

a. Identitas pasien

Data diri ini terdiri dari nama, usia, gender, agama, sekolah, pekerjaan, alamat, suku/bangsa, diagnosa medis dan lain sebagainya.

b. Keluhan utama

Biasanya keluhan utama yang di alami adanya nyeri yang terdapat di luka atau pesendian, badan lemas, luka yang tak kunjung sembuh, bau luka khas diabetes, hambatan dalam aktivitas fisik.

c. Status kesehatan saat ini

Terkait kondisi yang sedang dialami karena penyakitnya seperti luka, rasa nyeri, nafsu makan berkurang, dan infeksi pada tulang (osteomielitis) di area luka.

d. Riwayat pada kesehatan

Adanya riwayat penyakit terdahulu yang menyertainya yang terkait dengan diabetes melitus seperti hipertensi dan lain sebagainya yang mempengaruhi defisiensi insulin serta riwayat penggunaan obat-obatan yang biasa di konsumsi penderita.

e. Riwayat dalam kesehatan keluarga

Berdasarkan riwayat dari keluarga penderita diabetes melitus mempunyai faktor genetik dari salah satu keluarganya yang mempengaruhi defisiensi insulin seperti hipertensi.

f. Pola fungsional kesehatan

Pola fungsional kesehatan berdasarkan data fokus meliputi :

- 1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Terkait kondisi pasien dalam menyikapi kesehatannya berdasarkan tingkat pengetahuan, perubahan persepsi, tingkat kepatuhan dalam menjalani pengobatan dan pola mekanisme koping terhadap penyakitnya.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Efek dari defisiensi insulin akan menyebabkan beberapa kemungkinan seperti polidipsi, polifagia, poliuria maka dalam memenuhi kebutuhan nutrisi serta dalam proses metabolisme akan mengalami beberapa perubahan.

3) Pola eliminasi

Kadar gula yang terlalu tinggi menyebabkan penderita diabetes melitus terlalu sering untuk buang air kecil dan dengan jumlah kencing yang melebihi batas normal.

4) Pola istirahat dan tidur

Pada penderita penyakit diabetes melitus biasanya mengalami ketidaknyamanan dalam pola istirahat dan tidurnya karena diakibatkan adanya tanda dan gejala dari penyakitnya sehingga harus beradaptasi terkait dengan penyakitnya.

5) Pola aktivitas dan latihan

Akibat nyeri dan adanya luka pada kaki penderita diabetes melitus menyebabkan adanya hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan penderita cenderung mempunyai keterbatasan dalam mobilitas fisiknya dikarenakan kelemahan atau ketidakberdayaan akibat penyakitnya.

6) Pola Kognitif-Perseptual sensori

Pada penderita diabetes melitus cenderung mengalami beberapa komplikasi pada penyakitnya yang mengakibatkan adanya perubahan dalam persepsi dan mekanisme kopingnya.

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Penyakit diabetes melitus akan mengakibatkan perubahan pada fungsional tubuh yang akan mempengaruhi gambaran diri atau citra diri pada individu yang menderita diabetes.

8) Pola mekanisme coping

Akibat penyakit diabetes melitus yang menahun menyebabkan penyakit ini akan menimbulkan permasalahan baru pada penderitanya termasuk pada pola pemikiran dari adaptif akan menuju ke maladaptif sehingga secara otomatis akan mempengaruhi mekanisme coping.

9) Pola Seksual-Reproduksi

Penyakit diabetes yang menahun dapat menimbulkan kelainan pada organ reproduksi, penurunan rangsangan dan gairah pada penderitanya.

10) Pola peran berhubungan dengan orang lain

Penderita diabetes yang mengalami luka yang tak kunjung sembuh akan menyebabkan dirinya merasa minder atau merasa malu dan cenderung akan menarik diri.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Akibat dari penyakit diabetes melitus dapat mempengaruhi fungsional struktur tubuh sehingga dapat menyebabkan perubahan status kesehatan pada penderita diabetes dan akan mempengaruhi perubahan dalam pelaksanaan kegiatan dalam beribadah.

g. Pemeriksaan fisik Head to Toe

Suatu kegiatan menganalisis seluruh tubuh pasien mulai dari ujung kepala hingga ujung kaki yang menggunakan teknik pemeriksaan fisik seperti palpasi, perkusi, dan auskultasi yang bertujuan untuk menentukan status kesejahteraan pasien

## 2. Diagnosa keperawatan dan Fokus intervensi

a. berdasarkan SDKI diagnosa keperawatan yaitu (PPNI, 2016) :

- 1) Nyeri Akut
- 2) Integritas kulit / jaringan
- 3) Ketidakstabilan kadar glukosa darah
- 4) Risiko infeksi
- 5) Gangguan mobilitas fisik

b. Fokus intervensi berdasarkan SLKI menurut (PPNI, 2018) :

- 1) Nyeri Akut

Kriteria & tujuan hasil :

Sesudah dilakukannya tindak keperawatan maka rasa nyeri pada pasien dapat berkurang dengan kriteria hasil :

- a) Rasa nyeri berkurang
- b) Kemampuan mengontrol nyeri meningkat

Intervensi :

- a) Mengidentifikasi mengenai alamat, waktu, kualitas, karakteristik, intensitas pada nyeri serta frekuensi
  - b) Mengidentifikasi parameter pada nyeri
  - c) Kontrol lingkungan yang mempengaruhi pada rasa sakit
  - d) Fasilitasi istirahat dan tidur
  - e) Diberikannya metode nonfarmakologis yang dapat meringankan rasa nyeri.
  - f) Mengajari tehnik nonfarmakologis agar rasa nyeri berkurang
  - g) Memberikan analgetik
- 2) Gangguan integritas kulit/jaringan

Kriteria & tujuan hasil :

Sesudah dilakukannya tindak keperawatan maka gangguan integritas kulit dapat berkurang dengan hasil kriteria :

- a) Integritas kulit/jaringan membaik
- b) Mampu mempertahankan dan melindungi kelembaban kulit
- c) Tidak ada tambahan luka/lesi dan perdarahan

Intervensi :

- a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit
  - b) Monitor karakteristik luka
  - c) Memonitor gejala pada infeksi
  - d) Dilakukannya pertahanan teknik steril pada perawatan luka
  - e) Mengganti jumlah balutan
  - f) Memberikan antibiotik
- 3) Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Kriteria & tujuan hasil :

Sesudah dilakukannya tindak keperawatan maka kadar glukosa diharapkan dapat berkurang dengan hasil kriteria :

- a) Kadar glukosa darah membaik
- b) Koordinasi meningkat
- c) Tingkat kesadaran meningkat

Intervensi :

- a) Memonitor kadar glukosa
  - b) Memonitor gejala pada hiperglikemis
  - c) Ajarkan pengelolaan diabetes
  - d) Kolaborasi pemberian insulin
- 4) Risiko infeksi

Kriteria & tujuan hasil :

Sesudah dilakukannya tindak keperawatan maka risiko infeksi diharapkan dapat berkurang dengan hasil kriteria :

- a) Keluhan nyeri berkurang
- b) Masalah kemerahan pada kulit membaik
- c) Keluhan bengkak membaik

Intervensi :

- a) Memonitor terjadinya gejala infeksi sistemik
  - b) Membatasi pengunjung
  - c) Memberikan pengobatan kulit di area edema
  - d) Berikan perawatan kulit pada area edema
  - e) Menjelaskan gejala infeksi
  - f) Mengajari pemeriksaan pada luka
  - g) Mengajarkan peningkatan pada asupan cairan
- 5) Gangguan mobilitas fisik

Kriteria & tujuan hasil :

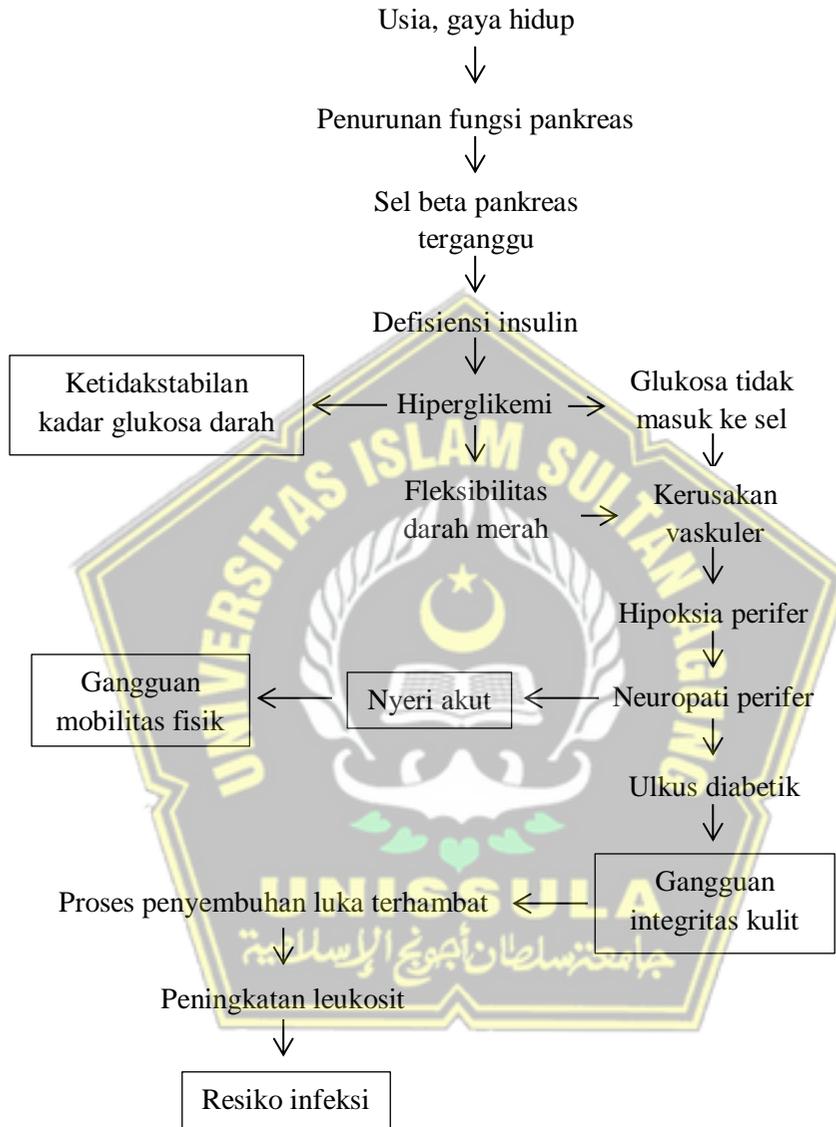
Sesudah dilakukannya tindak keperawatan maka gangguan mobilitas fisik diharapkan dapat berkurang dengan hasil kriteria :

- a) Pergerakan ekstermitas meningkat
- b) Kekuatan otot meningkat
- c) Lemahnya kondisi fisik

Intervensi :

- a) Mengidentifikasi rasa nyeri pada fisik atau lainnya
- b) Mengidentifikasi fisik dalam pergerakannya
- c) Fasilitasi dalam melakukan pergerakan
- d) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan perkembangan
- e) Dianjurkan mobilisasi
- f) Diajarkannya mobilisasi secara mudah seperti mengajari duduk diatas tempat tidur

### C. PATHWAYS



Sumber : (Wulandari, 2018)

## **BAB III**

### **LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN**

#### **A. Hasil study kasus**

Bab ini akan menjelaskan tentang resume keperawatan “Asuhan keperawatan Tn. D diabetes mellitus dengan ulkus di ruang baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang” yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan, intervensi dan hasil dari implementasi Dan diperoleh hasil kasus sebagai berikut :

##### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilaksanakan 13 Februari 2021 jam 09.30 WIB dalam ruangan Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.

###### **a) Identitas**

Pasien bernama Tn. D berusia 67 tahun berjenis kelamin laki-laki, agama Islam dan sekolah terakhir SMK. Pasien adalah seseorang pensiunan dan berdomisili di Ngasinan RT.03 RW.01 Weleri, Kendal. Pasien dibawa ke poliklinik gawat darurat pada 10 Februari 2021 dengan temuan klinis diabetes mellitus. Nama orang yang di kontrol adalah Ny. D, 39 tahun, perempuan, beragama Islam dan berdomisili di Ngasinan RT.05 RW.01 Weleri, Kendal dengan pendidikan sekolah menengah pertama. Individu dalam kontrol adalah seorang ibu rumah tangga dan merupakan anak kedua dari pasien.

###### **b) Keluhan Pertama**

Pasien merasakan nyeri di area luka yaitu bagian atas pantat dan mengeluh susah saat beraktivitas.

## c) Status kesehatan saat ini

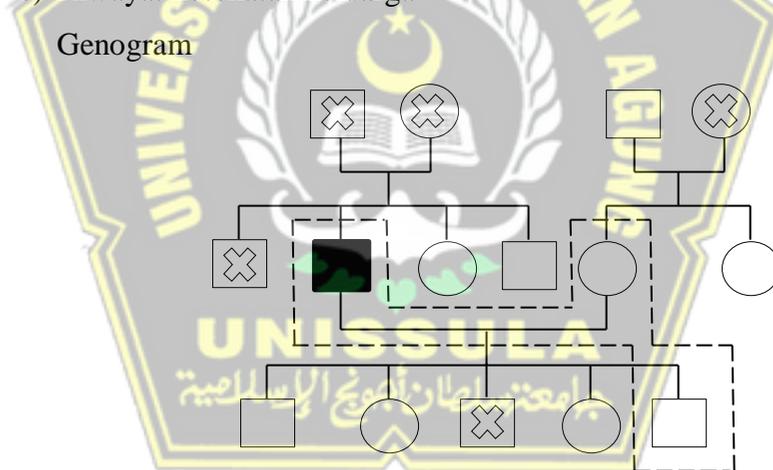
Pasien mengatakan merasakan nyeri pada bagian atas pantatnya sejak seminggu yang lalu dan terdapat luka kemudian diperiksa di rumah sakit terdekat lalu melakukan operasi pengangkatan jaringan mati pada tanggal 11 Februari 2021 di RSI Sultan Agung, nyeri yang dirasakan pasien terasa saat merasa lelah dan nyeri yang dirasakan timbul secara bertahap.

## d) Riwayat pada kesehatan

Pada 3 tahun lalu pasien sudah mengalami diabetes melitus, pasien sebelumnya tidak pernah sekalipun mengalami kecelakaan dan tidak mempunyai gejala alergi pada makanan atau obat-obatan.

## e) Riwayat kesehatan keluarga

Genogram



Ket :

□ Pria

○ Wanita

■ Pasien

⊗ Meninggal

-- Tinggal serumah

Pasien mengatakan bahwa ayahnya juga pernah mengalami penyakit diabetes mellitus namun saat ini tak ada saudara yang mengalami penyakit serupa dengannya.

f) Riwayat pada kesehatan lingkungan

Keluarga pasien mengatakan selalu menjaga kebersihan rumah serta lingkungan disekitar tempat tinggal dan tidak mudah terjadinya suatu bahaya.

g) Bentuk dari kesehatan secara fungsional

a. Bentuk persepsi pemeliharaan kesehatan

sebelum dirawat pasien tidak terlalu memperhatikan tentang kesehatan dirinya, tidak begitu mengetahui cara perawatan penyakitnya, dan tidak mengatur makanannya. Selama dirawat pasien mengatakan bahwa kesehatan diri sangat penting, agak mengerti bagaimana cara perawatan penyakitnya dan bisa membatasi makanan yang dikonsumsi.

Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan jika dirasa sedang tidak enak badan pasien langsung dibawa ke klinik terdekat untuk diperiksa. Pasien mengatakan tidak merokok dan tidak mengonsumsi alkohol.

Pasien mengatakan sebelum dirawat masih bisa membantu anaknya di warung untuk menambah penghasilan, saat dirawat sudah tidak bisa bekerja dan saat ini pasien menggunakan asuransi kesehatan berupa BPJS kelas III.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Pola makan pasien sebelum dirawat dan saat dirawat masih dengan frekuensi yang sama yaitu 3 kali sehari namun saat dirawat porsi makannya sedikit berkurang, saat ini pasien membatasi makanan yang manis, tidak ada keluhan dalam makan.

Pasien mengatakan sebelum dirawat sering mengonsumsi minuman yang manis-manis seperti susu manis, teh manis, jus manis, dll. Saat dirawat pasien sering mengonsumsi air putih minimal lima gelas perhari.

c. Pola eliminasi

Pola BAB pasien sebelum sakit lancar minimal 2 kali sehari dengan frekuensi lembek. Selama dirawat pasien kesulitan untuk BAB karena luka yang berada di sekitar pantatnya, BAB 1 kali sehari dengan frekuensi lembek.

Pola BAK sebelum sakit 7 kali sehari berwarna kuning. Selama dirawat pasien terpasang kateter dengan keluaran cairan 500 cc setiap 6 jam berwarna kuning.

d. Bentuk dari aktivitas pelatihan

Pasien sebelum dirinya sakit berkata mengenai kegiatannya dalam pekerjaan tidak mengalami masalah, olahraga yang dilakukan hanya lari-lari pagi seminggu sekali, tidak ada keluhan dalam beraktivitas, tidak mengalami kesulitan untuk merawat diri baik mandi maupun berhajat. Selama dirawat pasien mengatakan kegiatan atau aktivitasnya terganggu karena merasakan nyeri, tidak pernah berolahraga, semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan terkadang merasa lelah jika banyak bergerak.

e. Pola beristirahat

Pola tidur pasien sebelum sakit 2 kali dalam sehari yaitu siang dan malam dengan frekuensi siang 3 jam dan malam 7 jam, tidak mengalami kesulitan saat tidur. Selama dirawat pasien mengatakan terlalu sering tidur tetapi juga mudah bangun karena merasakan sakit.

f. Pola kognitif-perseptual sensori

Pendengarannya pada pasien terganggu karena sudah tua, tetapi masih mampu mengingat kejadian yang dialaminya dan mampu memahami pesan yang diterima. Pasien mengatakan kesulitan untuk beraktivitas atau bergerak karena nyeri yang dialami.

Persepsi pasien terhadap nyeri adalah **P** : nyeri terasa ketika banyak aktivitas bergerak **Q** : rasanya seperti tertusuk **R** : luka yang terdapat diatas pantat **S** : parameter pada nyeri 5 **T** : hilangnya pada timbul.

g. Bentuk dan konsep presepsi diri

Pasien sebelum sakit perannya dapat dijalankan dengan baik sebagai kepala keluarga dan sebagai ayah. Selama dirawat pasien mengatakan dapat menerima kondisinya saat ini dengan lapang dada dan berharap bisa sembuh dari penyakitnya agar bisa memikul tanggung jawabnya kembali sebagai kepala keluarga.

h. Pola mekanisme koping

Sebelum sakit pasien selalu mengambil keputusan sendiri, ketika ada masalah terkadang memecahkan masalahnya sendiri dan mencari pertolongan orang lain. Selama dirawat pasien dibantu oleh keluarga ketika hendak mengambil keputusan dan menceritakan ke keluarganya jika terdapat masalah. Pasien berharap perawat mau mendengarkan keluh kesahnya.

i. Bentuk reproduksi seksual

Sebelum sakit pasien sudah cukup lama tidak melakukan hubungan intim, tidak ada keluhan dalam hubungan intim, masih ada hasrat untuk berhubungan. Pasien memiliki 5 orang anak tetapi 1 sudah meninggal dan pasien mengaku sudah cukup tidak ingin tambah karena kondisinya sudah tua. Selama dirawat pasien mengatakan tidak ada hasrat untuk melakukan hubungan intim

karena sedang sakit dan tidak pernah melakukan hubungan selama dirawat di rumah sakit.

j. Peran penting dalam berhubungan dengan orang lain

Pasien melakukan hubungan baik dengan pasien lainnya kemampuan berkomunikasi baik, orang terdekat pasien adalah istri dan anak-anaknya, hubungannya dengan keluarga baik tidak ada masalah.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Sebelum sakit pasien mampu menjalankan ibadahnya dengan baik tanpa ada hambatan dan tidak ada pertentangan keyakinan dalam menjalankan ibadahnya. Selama dirawat pasien dalam menjalankan ibadahnya dirumah sakit jarang atau kadang-kadang karena mengaku ada hambatan dalam gerakannya.

h) Pemeriksaan fisik

Pengkajian aktual pada pasien tidak menemukan kesadaran composmentis, penampilan lemah dengan tanda-tanda mendasar Suhu: 37°C Tekanan darah 110/65 mmHg RR: 21 x/menit Nadi: 76 x/menit. Bentuk kepala bulat dengan rambut putih, tidak berantakan, tidak berminyak dan tidak berketombe. Mata kiri dan kanan seimbang, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak pucat, siswa berespon terhadap cahaya, mata bekerja dengan baik. Hidung kiri dan kanan seimbang, tidak ada emisi, tidak ada gangguan di hidung, tidak ada oksigen yang bergabung. Bahkan kuping, kapasitas kuping sudah berkurang karena cukup umur. Bahkan bibir atas dan bawah, mukosa bibir halus, tidak memakai gigi palsu.

Penilaian dada pada jantung genap kiri dan kanan, tampak iktus kordis, palpasi mood standar jantung, perkusi ada suara lemah dan auskultasi tidak ada suara tambahan. Sementara itu, pemeriksaan paru-

paru menunjukkan perkembangan pembagi dada yang biasa dan merata, palpasi tidak ada kehalusan, perkusi terdengar dan auskultasi napas vesikular terdengar. Pengkajian regio tengah menunjukkan regio tengah tidak melebar, auskultasi bunyi isi perut 10 x/menit, palpasi tidak ada kehalusan, perkusi terdengar bunyi timpani.

Genetalia terpasang, ada sedikit luka di daerah alat kelamin. Batas atas dan bawah tangan kiri diimplan RL 20 tpm, kaki tidak ada luka, warna kulit zaitun, *capillary refill* kembali setelah 3 detik, tidak ada luka. Pada kulit terdapat luka pada bagian atas pantat, luka sangat luas, luka *post debridement*, keadaan balutan luka sedikit rembes dan berbau.

i) Data penunjang

a. Hasil pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
<b>HEMATOLOGI</b>				
<b>Darah Rutin 1</b>				
Hemoglobin	L 9.0	13.2-17.3	g/dL	
Hematokrit	L 28.6	33.0-45.0	%	
Leukosit	H 56.95	3.80-10.60	ribu/ $\mu$ L	
Trombosit	437	150-440	ribu/ $\mu$ L	
Golongan Darah/Rh	O/Positif			

**PPT**

PT	H 12.1	9.3-11.4	detik
PT (kontrol)	11.6	9.1-12.3	detik

**APTT**

APTT	28.4	21.8-28.4	detik
APTT (kontrol)	26.2	21.0-28.4	detik

**KIMIA KLINIK**

Glukosa Darah Sewaktu	105	75-110	mg/dl
Ureum	<b>H</b> 143	10-50	mg/dl
Creatinin	<b>H</b> 2.15	0.70-1.30	mg/dl

**Elektrolit (Na, K, Cl)**

Natrium (Na)	<b>L</b> 117.0	135-147	mmol/L
Kalium (K)	<b>H</b> 5.20	3.5-5.0	mmol/L

j) Terapi yang diberikan

infus RL	20 tpm melalui IV
injeksi ketorolac	3x1 amp 30mg melauai IV
Ondansetron	1x1 amp 4mg melalui IV
cefoperazon	2x100 mg melalui IV
Humalog	3x12 ui melalui IM

**2. Analisa data**

Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 13 Februari 2021 pukul 09.30 WIB pada Tn. D umur 67 tahun di ruang Baitussalam 1 ditemukan data fokus yang pertama yaitu data subjektif yang didapatkan adalah nyeri pada bagian atas pantat dan nyeri seperti ditusuk-tusuk, P : nyeri dirasakan ketika bergerak, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : dibagian atas pantat, S : 5, T : hilang timbul dan pada data objektif pasien terlihat tampak gelisah dan kesakitan, sehingga memperoleh masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Data fokus kedua yang didapatkan yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas dan selama di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarga. Pada data objektif pasien tampak sulit melakukan aktivitas dan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, sehingga diperoleh masalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Data fokus ketiga yang didapatkan yaitu data subjektif pasien mengatakan lukanya membasahi perban dan berbau dan data objektif luka

terlihat rembes serta au luka tercium menyengat, sehingga diperoleh masalah Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis.

### **3. Diagnosa**

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik.
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri.
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan Penyakit kronis.

### **4. Intervensi**

Diagnosa keperawatan yang pertama adalah Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam, diharapkan nyeri akan berkurang dengan kriteria hasil pasien mengatakan nyeri berkurang (skala 0-3), pasien tidak tampak kesakitan menahan nyeri, intervensi dari diagnosa tersebut adalah identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri; berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik); ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri; kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Intervensi dari diagnosa tersebut adalah identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya; jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi; anjurkan melakukan ambulasi dini; ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda).

Diagnosa keperawatan yang ketiga yaitu risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan risiko infeksi dapat berkurang dengan kriteria hasil pasien mengetahui aktivitas yang dapat meningkatkan

infeksi. Intervensi dari diagnosa tersebut adalah pantau TTV; kaji tanda-tanda infeksi:suhu tubuh, nyeri dan perdarahan; ajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi; rawat luka.

## **5. Implementasi**

Pada hari Senin tanggal 13 Februari 2021 jam 15.00 WIB untuk diagnosa keperawatan yang pertama perawat mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas dan intensitas nyeri. Hasil dari mengidentifikasi subjektif yang didapatkan yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka diabetes mellitus dibagian atas pantat, nyeri terasa seperti diremat-remat, skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri terasa ketika pasien beraktivitas, objektifnya P : nyeri dirasakan ketika bergerak Q : seperti diremat-remat R : bagian atas pantat S : 5 T : hilang timbul. Implementasi perawat yang akan dilakukan selanjutnya pada pukul 15.20 WIB yaitu memberikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik) subjektifnya pasien mengatakan bersedia diberikan terapi musik, objektifnya pasien tampak rileks. Implementasi yang akan perawat lakukan selanjutnya pukul 18.05 WIB yaitu mengajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, subjektifnya pasien mengatakan bersedia diajarkan tehnik nonfarmakologis, objektifnya pasien tampak kooperatif. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pukul 19.35 WIB yaitu mengkolaborasi pemerian analgetik, subjektifnya pasien bersedia diberikan analgetik, objektifnya pasien tampak kooperatif.

Selasa, 14 Februari 2021 pada diagnosa kedua perawat melakukan implementasi pukul 15.10 WIB yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, subjektifnya pasien mengatakan nyeri pada bagian atas pantat dan sulit untuk bergerak dengan skala nyeri 5, objektifnya pasien tampak meringis menahan nyeri. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pada pukul 15.20 WIB yaitu menjelaskan tujuan dan prosedur

ambulasi, subjektifnya pasien bersedia untuk dijelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, objektifnya pasien tampak kooperatif. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pada pukul 16.10 WIB yaitu menganjurkan melakukan ambulasi dini, subjektifnya pasien mengatakan bersedia melakukan ambulasi dini, objektifnya pasien tampak kooperatif. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pukul 17.00 WIB yaitu mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda) subjektifnya pasien mengatakan bersedia diajarkan ambulasi sederhana, objektifnya pasien tampak kooperatif. Pada diagnosa ketiga dilakukan implementasi pada pukul 15.10 WIB yaitu memantau TTV, subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk dikaji TTV, objektifnya suhu :  $37,5^{\circ}\text{C}$  nadi : 91x/menit RR : 21x/menit TD : 110/75 mmHg. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pukul 15.20 WIB yaitu mengkaji tanda-tanda infeksi : suhu tubuh, nyeri dan perdarahan, subjektifnya pasien mengatakan bersedia dikaji, objektifnya suhu tubuh :  $37,5^{\circ}\text{C}$  Nyeri : pada bagian atas pantat Perdarahan : luka infeksi berwarna merah. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pukul 19.05 WIB yaitu mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi, subjektifnya pasien mengatakan bersedia diajarkan bagaimana menghindari infeksi, objektifnya pasien tampak kooperatif. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pukul 09.20 WIB yaitu merawat luka, subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan perawatan luka, objektifnya pasien tampak meringis.

Rabu, 15 Februari 2021 pukul 19.45 WIB untuk diagnosa pertama dilakukan tindakan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, intensitas nyeri, subjektifnya pasien mengatakan nyeri pada luka diabetes mellitus dibagian atas pantat dengan skala nyeri 3, nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri terasa ketika pasien beraktivitas terlalu lama dan

objektifnya P : nyeri dirasakan ketika beraktivitas terlalu lama Q : seperti tertusuk-tusuk R : bagian atas pantat S : 3 T : hilang timbul. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pada pukul 15.10 WIB yaitu mengajarkan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, subjektifnya pasien mengatakan bersedia diajarkan tehnik nonfarmakologi, objektifnya pasien tampak kooperatif. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pukul 19.30 WIB yaitu mengkolaborasi pemberian analgetik, subjektifnya pasien bersedia diberikan analgetik, objektifnya pasien tampak kooperatif. Pada diagnosa kedua implementasi yang dilakukan pukul 19.55 WIB yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, subjektifnya pasien mengatakan nyeri pada bagian atas pantat dan sulit untuk bergerak dengan skala nyeri 3, objektifnya pasien tampak tidak meringis menahan nyeri. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pukul 16.00 WIB yaitu mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda) subjektifnya pasien mengatakan bersedia diajarkan ambulasi sederhana, objektifnya pasien tampak kooperatif. Pada diagnosa ketiga dilakukan implementasi pukul 16.30 WIB yaitu memantau TTV, subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk dikaji TTV, objektifnya Suhu : 36,5°C Nadi : 91x/menit RR : 21x/menit TD : 110/75 mmHg. Implementasi yang dilakukan selanjutnya pukul 09.15 WIB yaitu merawat luka, subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan perawatan luka, objektifnya pasien agak sedikit meringis ketika ditekan lukanya.

## 6. Evaluasi

Evaluasi tindakan keperawatan pada tanggal 13 Februari 2021 pukul 15.00 WIB dengan diagnosa pertama, subjektif pasien mengatakan nyeri pada ulkusnya P : nyeri dirasakan ketika bergerak Q : seperti diremat-remat R : bagian atas pantat S : 5 T : hilang timbul. Objektif pasien tampak

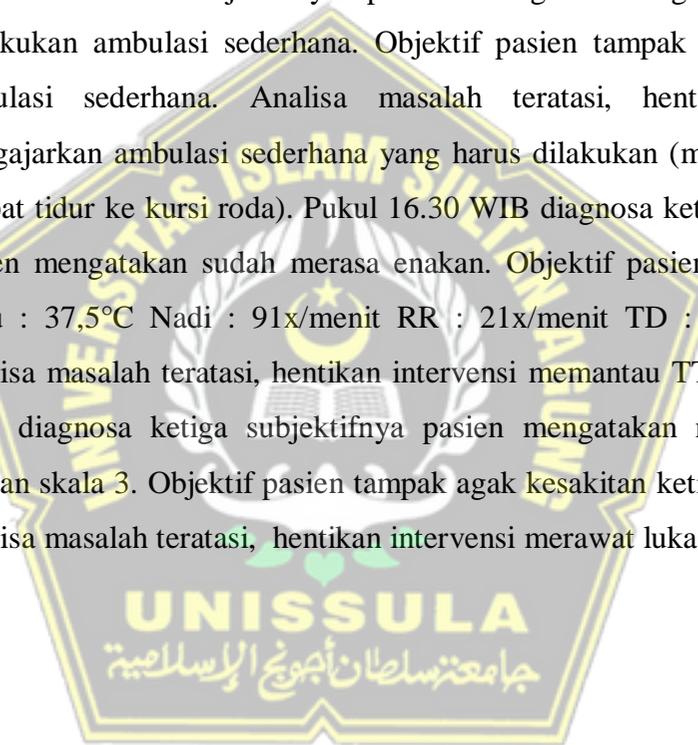
meringis kesakitan. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Pukul 15.20 WIB diagnosa pertama subjektifnya pasien mengatakan sedikit rileks. Objektif pasien tampak rileks. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik). Pukul 18.05 WIB diagnosa pertama subjektifnya pasien mengatakan nyeri pada bagian atas pantat. Objektif pasien tampak meringis menahan nyeri. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Pukul 19.35 WIB diagnosa pertama subjektifnya pasien mengatakan nyeri pada lukanya. Objektif pasien tampak meringis menahan nyeri. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi mengkolaborasi pemberian analgetik.

Selasa, 14 Februari 2021 pukul 15.10 diagnosa kedua subjektifnya pasien mengatakan nyeri pada bagian atas pantat dan sulit untuk bergerak dengan skala nyeri 5. Objektif pasien tampak meringis menahan nyeri. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Pukul 15.20 WIB diagnosa kedua subjektifnya pasien mengatakan mengerti tentang tujuan dan prosedur ambulasi. Objektif pasien mampu menyebutkan kembali tujuan dan prosedur ambulasi. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. Pukul 16.10 WIB diagnosa kedua subjektifnya pasien mengatakan mau melakukan ambulasi dini. Objektif pasien tampak bersemangat jika disinggung dengan ambulasi dini. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi menganjurkan melakukan ambulasi dini. Pukul 17.00 WIB diagnosa kedua subjektifnya pasien mengatakan agak sedikit kelelahan dan merasakan nyeri ketika melakukan ambulasi sederhana. Objektif pasien tampak kelelahan dan menahan

nyeri. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan yaitu berjalan dari tempat tidur ke kursi roda. Pukul 15.10 WIB diagnosa ketiga subjektifnya pasien mengatakan masih merasakan nyeri. Objektif pasien tampak menahan nyeri, Suhu : 37,5°C Nadi : 91x/menit RR : 21x/menit TD : 110/75 mmHg. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi memantau TTV. Pukul 15.20 WIB diagnosa ketiga subjektifnya pasien mengatakan baik-baik saja sama seperti biasanya. Objektif suhu tubuh 37,5°C, nyeri pada bagian atas pantat dan luka infeksi berwarna merah. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi mengkaji tanda-tanda infeksi : suhu tubuh, nyeri dan perdarahan. Pukul 19.05 WIB diagnosa ketiga subjektifnya pasien dan keluarga mengatakan mengerti bagaimana cara menghindari infeksi. Objektif pasien dan keluarga mampu menyebutkan bagaimana cara menghindari infeksi. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi. Pukul 09.20 WIB diagnosa ketiga subjektifnya pasien mengatakan sakit saat dilakukan tindakan perawatan luka. Objektif pasien tampak kesakitan ketika luka ditekan. Analisa masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi merawat luka.

Evaluasi terakhir yang dilakukan pada hari Rabu, 15 Februari 2021 pukul 19.45 WIB diagnosa pertama subjektifnya pasien mengatakan nyeri pada ulkusnya berkurang P : nyeri dirasakan ketika bergerak Q : seperti tertusuk-tusuk R : bagian atas pantat S : 3 T : hilang timbul. Objektif pasien tampak meringis menahan nyeri. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Pukul 15.10 WIB diagnosa pertama subjektifnya pasien mengatakan nyeri berkurang. Objektif pasien tampak agak rileks. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Pukul 19.30 diagnosa

pertama subjektifnya pasien mengatakan nyeri pada lukanya berkurang. Objektif pasien agak tampak rileks. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi mengkolaborasi pemberian analgetik. Pukul 19.55 WIB diagnosa kedua subjektifnya pasien mengatakan nyeri berkurang. Objektif pasien tampak agak rileks. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Pukul 16.00 WIB diagnosa kedua subjektifnya pasien mengatakan agak sedikit bisa melakukan ambulasi sederhana. Objektif pasien tampak bisa melakukan ambulasi sederhana. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda). Pukul 16.30 WIB diagnosa ketiga subjektifnya pasien mengatakan sudah merasa enakan. Objektif pasien tampak rileks, Suhu : 37,5°C Nadi : 91x/menit RR : 21x/menit TD : 110/75 mmHg. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi memantau TTV. Pukul 09.15 WIB diagnosa ketiga subjektifnya pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala 3. Objektif pasien tampak agak kesakitan ketika luka ditekan. Analisa masalah teratasi, hentikan intervensi merawat luka.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bagian IV membahas tentang kasus yang diambil oleh penulis dalam hal asuhan keperawatan pada Tn. D dengan diabetes mellitus di Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang yang dilakukan dari tanggal 13 Februari 2021 sampai dengan tanggal 15 Februari 2021. kekurangan dan hambatan yang diperoleh penulis selama penyusunan asuhan keperawatan pada pasien Tn. D dengan diabetes mellitus selama masih memberikan bagian-bagian dari tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

Evaluasi keperawatan adalah fase fundamental dari keseluruhan tindakan keperawatan yang bertujuan mengumpulkan data dan informasi pasien untuk membedakan masalah, kesejahteraan, dan kebutuhan keperawatan pelanggan baik fisik, mental, sosial, dan ekologis. Evaluasi total, tepat, nyata, realitas informasi sangat penting untuk membentuk temuan keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan yang ditunjukkan oleh reaksi tunggal. (Rambe, 2019).

Dari pemeriksaan yang telah dilakukan penulis mengangkat judul Asuhan Keperawatan pada Tn. D diabetes melitus dengan ulkus di Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang. Saat pengkajian, penulis menggunakan teknik wawancara, strategi persepsi, dan strategi penilaian yang sebenarnya. Pada saat melakukan pengkajian penulis tidak menemui kendala atau tantangan apapun karena pasien bersedia membantu dan terbuka dalam menyampaikan data kepada penulis.

Penulis akan membahas data-data yang ada di pengkajian yang belum terdokumentasi secara lengkap dan kesalahan dalam penulisan yaitu: pada

pengkajian data antara keluhan pasien mengenai tanda dan gejala pasien mengatakan sakit pada luka yang terletak di bagian atas pantatnya serta karakteristik luka yang tidak dijelaskan secara detail. Pada pengkajian didapatkan data bahwa pasien belum mengetahui secara detail apa itu diabetes mellitus baik dari pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta komplikasi.

## **B. Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah dasar untuk memilih intervensi dalam mencapai tujuannya ditetapkan oleh petugas medis dengan rasa penuh tanggung jawab. Sehubungan dengan hal ini, maka penulis dalam kasusnya tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes mellitus menegakkan 3 diagnosa, yaitu:

### **1. Diagnosis yang muncul**

Berdasarkan pengkajian yang diperoleh, dengan diagnosis pertama penulis menegakkan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Skala nyeri yang berbeda-beda merupakan kerusakan jaringan dengan rentang waktu nyeri kurang lebih 1 minggu merupakan sensasi pengalaman yang tidak menyenangkan secara actual. Penulis menegakkan diagnosis ini karena pasien setiap ganti balut merasakan nyeri pada bagian atas pantatnya dan pasien tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 5.

Diagnosis yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Kelemahan fisik seperti dirasakannya nyeri akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Keterbatasan mobilisasi tersebut yang akan mempengaruhi seseorang untuk melakukan aktivitas. Alasan penulis menegakkan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri karena pasien merasakan kegiatannya terganggu dan hampir semua dibantu oleh keluarga karena jika terlalu lama beraktivitas pasien merasakan nyeri.

Diagnosis yang ketiga yaitu resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis. Penurunan sirkulasi darah pada daerah kaki sampai ke pinggang akan menghambat proses penyembuhan luka, akibatnya kuman masuk ke dalam luka dan dapat menyebabkan terjadinya infeksi bila tidak ditangani lebih lanjut. Alasan penulis menegakkan resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis adalah biasanya penderita diabetes mellitus beresiko tinggi mengalami infeksi apalagi luka pasien cukup lebar dan terlihat rembes juga berbau.

Prioritas masalah berdasarkan diagnosis dikelompokkan menjadi prioritas masalah tinggi, sedang dan rendah. Dalam menentukan prioritas masalah perawat juga harus mempertimbangkan berbagai faktor ketika menetapkannya yang meliputi: Nilai dan kepercayaan kesehatan pasien, prioritas klien, sumber yang tersedia bagi perawat dan pasien, urgensi masalah kesehatan, rencana terapi medis dan lain sebagainya, hal tersebut harus diperhatikan agar perawat tidak salah dalam menetapkan prioritas masalah yang mana harus diselesaikan terlebih dahulu atau yang menjadi intervensi keperawatan yang utama (Miftahul Jannah, 2018). Penulis menentukan salah satu diagnosis yang benar-benar diprioritaskan diantaranya diagnosis pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, alasannya mengapa memprioritaskan diagnosis tersebut karena setiap adanya rasa nyeri muncul pasien langsung mempraktikkan apa yang penulis sudah ajarkan yaitu teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam. Dengan adanya tindakan tersebut bisa membantu menenangkan atau menghilangkan rasa nyerinya. Maka dari itu penulis memprioritaskannya..

## 2. Diagnosis tak muncul

Pada kasus pasien diabetes mellitus, penulis tidak memunculkan diagnosis Ketidakstabilan kadar glukosa darah dikarenakan penulis pada saat itu hanya terfokus pada pengkajian terhadap luka dan nyerinya padahal saat

itu hasil dari pemeriksaan GDS masih cukup tinggi. Untuk diagnosis keperawatan kedua yang lebih efektif seharusnya Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan resiko infeksi, karena diagnosis gangguan integritas kulit/jaringan lah yang efektif untuk dijadikan diagnosis kedua pada asuhan keperawatan pada Tn.D dengan diabetes mellitus dikarenakan terdapat luka yang cukup lebar pada bagian atas pantat dan pasien *post op debridement*.

### C. Intervensi

Intervensi yaitu bagian dari tahap proses merawat, yaitu suatu perencanaan dilakukannya perawat terhadap diagnosis keperawatan dan diagnosis pasti yang sudah didapat agar pasien dapat memiliki status kesehatan yang baik. Pengambilan keputusan dalam memilih intervensi keperawatan ini harus berjalan dan dapat ditetapkan dengan baik dengan berhasil (Yeni, 2018). Secara khusus tujuan akan ditetapkan sementara (eksplisit) dan jangka panjang (umum) tujuan eksplisit atau sesaat bersifat eksplisit yang bersifat terukur, dapat memacu atau memberikan kepastian kepada pasien bahwa kemajuan secara simultan dan mengarahkan pasien menuju tujuan jangka panjang atau umum.

Penulis menyusun intervensi keperawatan diagnosis pertama bertujuan setelah dilakukan 3x8 jam diharapkan nyeri berkurang, pasien mampu mengontrol nyeri dengan tehnik nonfarmakologi tarik nafas dalam. Tujuan yang akan dicapai untuk diagnosis pertama adalah setelah melakukan keperawatan pasien mampu mengetahui dan melakukannya secara mandiri tanpa intruksi dari perawat kriteria hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang dan mampu melakukan apa yang telah diajarkan perawat ketika nyeri muncul.

Intervensi untuk diagnosis yang kedua yaitu bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gerakan terbatas menurun dengan tujuan khusus pasien mampu melakukan ambulasi sederhana berpindah dari tempat tidur ke kursi roda secara mandiri. Intervensi untuk diagnosis ketiga

yaitu bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan risiko infeksi dapat berkurang dengan tujuan khusus pasien mampu merawat lukanya dengan baik.

Pasien diberikan intervensi berupa tehnik nonfarmakologi tarik nafas dalam dari diagnosis pertama, ambulasi sederhana berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dari diagnosis kedua dan merawat luka untuk diagnosis ketiga, tindakan tersebut dilakukan selama tiga hari berturut-turut saat rawat inap di rumah sakit, sebelum melakukan implementasi penulis meminta persetujuan kesediaan pasien diajarkan tehnik nonfarmakologi tarik nafas dalam, ambulasi sederhana berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan merawat luka serta menyampaikan kontrak tempat dan waktu.

#### **D. Implementasi**

Implementasi merupakan perencanaan yang sudah disusun tahap sebelumnya. Dalam implementasi berdasarkan pengelolaan pasien dengan berbagai diagnosis.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik untuk diagnosa penulis selama 3x8 jam melakukan pengkajian nyeri menggunakan P,Q,R,S,T respon pasien secara subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada bagian atas pantat karena adanya luka/ulkus. P : nyeri dirasakan ketika bergerak Q : seperti diremat-remat R : bagian atas pantat S : 5 T : hilang timbul, respon objektifnya adalah pasien tampak meringis menahan nyeri. Tujuan dilakukannya pengkajian nyeri yaitu mengetahui tindakan keperawatan selanjutnya untuk pasien. Untuk diagnosis pertama penulis juga memberikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri yaitu memberikan terapi musik subjektifnya pasien mengatakan lebih nyaman, objektifnya pasien tampak rileks. Tujuan dilakukan terapi musik untuk membuat pasien tenang dan menjadi pereda nyeri. Salah satu distraksi yang efektif adalah musik yang dapat menurunkan nyeri fisiologis, stress dan kecemasan dengan

mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri. Musik terbukti menunjukkan efek yang dapat mengurangi nyeri dan mengubah persepsi waktu (Mappagerang et al., 2017). Selanjutnya penulis mengajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan tarik nafas dalam subjektifnya pasien mengatakan lebih nyaman ketika melakukan tarik nafas dalam, objektifnya pasien tampak lebih rileks. Pelaksanaan tarik nafas dalam bertujuan untuk merelaksasikan pasien dengan kondisi yang lebih nyaman dan mengalihkan pikiran pasien dari nyeri untuk fokus terhadap nafas dalamnya. Selanjutnya penulis mengkolaborasi pemberian analgetik subjektifnya pasien mengeluh nyeri sebelum diberikan analgetik, objektifnya pasien tampak rileks setelah diberikan analgetik. Tujuan pemberian analgetik adalah untuk mengurangi nyeri.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri selama 3x8 jam penulis melakukan implementasi untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dari tanggal 13 Februari 2021 sampai tanggal 15 Februari 2021. Tindakan yang dilakukan antara lain yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya subjektifnya pasien mengatakan nyeri pada bagian atas pantat dan sulit digunakan untuk bergerak dengan skala nyeri 5, objektifnya pasien tampak meringis menahan nyeri. Tujuan dilakukan identifikasi nyeri adalah untuk mengetahui tindakan keperawatan selanjutnya pada pasien. Selanjutnya menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi subjektifnya pasien mengatakan mengerti tentang tujuan dan prosedur dari ambulasi, objektifnya pasien mampu menyebutkan tujuan dari ambulasi. Tujuan dari penjelasan ini agar pasien mengerti tentang tujuan dan prosedur dari ambulasi dini. Selanjutnya mengajarkan melakukan ambulasi dini subjektifnya pasien bersedia untuk diajarkan, objektifnya pasien tampak antusias melakukan ambulasi dini. Tujuan dari tindakan ambulasi dini adalah untuk membantu proses penyembuhan pada pasien. Selanjutnya

mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan yaitu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda subjektifnya pasien mengatakan mau untuk diajarkan ambulasi sederhana tersebut, objektifnya pasien tampak antusias melakukan ambulasi sederhana. Tujuan dilakukannya ambulasi sederhana adalah untuk melatih bergerak agar pasien tidak mengalami gangguan mobilitas tubuhnya.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis selama 3x8 jam penulis melakukan implementasi untuk mengatasi masalah risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis. Tindakan yang dilakukan antara lain memantau TTV subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk dikaji tanda-tanda vitalnya, objektifnya diperoleh data Suhu : 37,5°C Nadi : 91x/menit RR : 21x/menit TD : 110/75 mmHg. Tujuan dilakukan pemantauan TTV adalah untuk mendeteksi gangguan, kelainan, atau perubahan pada fungsi organ tubuh. Selanjutnya mengkaji tanda-tanda infeksi yaitu suhu tubuh, nyeri dan perdarahan subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk dikaji, objektifnya diperoleh data Suhu tubuh : 37,5°C Nyeri : nyeri pada bagian atas pantat Perdarahan : luka infeksi berwarna merah. Tujuan dilakukan pengkajian ini adalah untuk mengetahui apakah terdapat kelainan atau hal lainnya yang tidak diinginkan. Selanjutnya mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi subjektifnya pasien dan keluarga terlihat paham bagaimana menghindari infeksi, objektifnya pasien dan keluarga mampu menyebutkan salah satu bagaimana menghindari infeksi. Tujuan dari tindakan ini adalah agar pasien dan keluarga tahu dan paham bagaimana cara menghindari infeksi. Selanjutnya merawat luka subjektifnya pasien mengatakan bersedia untuk dirawat lukanya, objektifnya terdapat luka yang cukup lebar dibagian atas pantat pasien. Tujuan dari perawatan luka ini adalah untuk mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman atau bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.

## E. Evaluasi

Evaluasi keperawatan berdasarkan (Yeni et al., 2015 ) Ini adalah tahap kelima dan terakhir dalam siklus keperawatan. Penilaian dapat berupa penilaian rancangan, ukuran dan hasil penilaian yang terdiri dari penilaian perkembangan, yang dapat memberikan masukan selama program berlangsung. Penilaian sumatif harus dimungkinkan setelah program selesai dan mendapatkan data yang memadai dan dinamis. Siklus pengkajian dalam asuhan keperawatan dicatat dalam *Cleanser* (abstrak, objektif, penilaian, penyusunan).

Dari hasil diagnosis tersebut maka penulis mengevaluasi keperawatan dalam kasus ini, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Untuk diagnosis pertama penulis melakukan tindakan keperawatan semaksimal mungkin sesuai tinjauan yang ada pada tujuan masalah nyeri akut dapat diatasi. Penulis melakukan implementasi keperawatan pada pasien yang sudah dijabarkan melalui proses perawatan sebelumnya. Begitupula dengan proses evaluasi keperawatan yang sudah dilakukan penulis selama 3x8 jam nyeri teratasi karena skala nyeri sudah berkurang dari yang tadinya 5 menjadi 3 dengan tindakan yang sering dilakukan pasien berulang-ulang adalah tehnik nonfarmakologis tarik nafas dalam yang dilakukan secara mandiri. Oleh karena itu penulis menghentikan intervensi tersebut.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Gangguan mobilitas fisik merupakan diagnosis kedua yang diperoleh. Evaluasi dari diagnosis kedua ini adalah pasien mengatakan sudah bisa bergerak/beraktivitas dari sebelumnya. Pasien juga diajarkan dengan ambulasi sederhana yaitu berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan pasien dapat melakukan hal tersebut secara mandiri tanpa didampingi

perawat. Karena sudah memenuhi tujuan dan kriteria hasil maka penulis menghentikan intervensi dan masalah teratasi.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis

Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis merupakan diagnosis ketiga yang diperoleh. Evaluasi dari diagnosis ketiga ini adalah pasien sudah mengerti pentingnya merawat luka dan bagaimana cara menghindari infeksi. Yang diharapkan penulis pasien dapat merawat lukanya dengan baik karena perawatan luka cukup penting untuk menghindari terjadinya infeksi. Pada diagnosis ini masalah dapat teratasi.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

1. Diabetes mellitus adalah suatu gejala klinis yang ditandai dengan peningkatan glukosa darah plasma (hiperglikemia). Diabetes dikelompokkan menjadi diabetes tipe I yaitu Insulin Subordinate Diabetes Mellitus (IDDM) dan tipe II yang disebut Non-Subordinate Insulin Diabetes Mellitus (NDIDM).

Diabetes Mellitus adalah suatu penyakit atau keadaan hereditas yang dapat dikenali dengan adanya hiperglikemia yang berlangsung terus menerus dan pengaruh yang mengganggu pada siklus metabolisme pati, lemak dan protein yang saling berkaitan dengan inadekuasi insulin total atau relatif sehingga mempengaruhi paparan emisi insulin dan insulin. aktivitas.

Diabetes mellitus dibagi menjadi beberapa klasifikasi antara lain diabetes mellitus tipe 1 yang disebabkan oleh kerusakan organ pankreas, diabetes tipe 2 yang disebabkan oleh kombinasi oposisi insulin dan kerusakan emisi insulin sel, pradiabetes yang disebabkan oleh kondisi ketika glukosa dalam darah. darah lebih baik dari rata-rata, dan diabetes gestasional. yang terjadi selama kehamilan.

Pengkajian yang dapat dilakukan pada penderita diabetes meliputi glukosa puasa (GDO), glukosa 2 jam post prondial, glukosa transitori, tes resistensi glukosa oral (TTGO), tes ketahanan glukosa intravena (TTGI), tes resistensi glukosa kortison.

2. Pengkajian yang telah dilakukan penulis terhadap Tn.D dengan diabetes melitus didapatkan subjektif dan objektif yang akhirnya penulis dapat menegakkan tiga diagnosa keperawatan yaitu Nyeri berhubungan dengan

agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri dan Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis.

3. Diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan penulis dapat membantu penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada pasien agar masalah yang dirasakan pasien mampu teratasi. Penulis mampu mengimplementasikan rencana yang dibuat mengenai keperawatan. Setelah berhasil mengimplementasikan intervensi keperawatan, penulis melakukan evaluasi yang digunakan sebagai tolak ukur keberhasilan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien yang terkena diabetes melitus.
4. Evaluasi diagnosa keperawatan yang dilakukan penulis adalah dengan mempertahankan intervensi perawatan luka pada diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis.

## **B. Saran**

1. Bagi lahan praktik

Diharapkan rumah sakit dapat menumbuhkan pengetahuan kepada seluruh pengunjung, pasien maupun keluarga pasien agar dapat menjaga dan mempertahankan teknik aseptik di rumah sakit khususnya pada penderita diabetes melitus.

2. Untuk Pendidikan

Penulis menyarankan agar karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan materi tambahan untuk referensi bagi penulis selanjutnya.

3. Bagi masyarakat

Diharapkan dapat menambah wawasan yang luas tentang pemahaman tindakan mandiri yang dapat dilakukan oleh pasien diabetes melitus dengan menerapkan teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arsa, R. G. D. (2013). Asuhan Keperawatan Pada Klien Ulkus Diabetikum Yang Dirawat Dirumah Sakit. In *Africa's potential for the ecological intensification of agriculture* (Vol. 53, Issue 9).
- B. Olokoba, A., A. Obateru, O., & B. Olokoba, L. (2012). Type 2 Diabetes Mellitus A Review of Currebt Trends. *Oman Medical Journal*, 27, 269–273. <https://doi.org/doi: 10.5001/omj.2012.68>
- Fahra, R. U., , Widayati, N., & , Sutawardana, J. H. (2017). Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator Dengan Perawatan Diri Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Bina Sehat Jember. *Jurnal Nurseline*, 2(1), 67–72.
- Fatimah, R. N. (2015). *DIABETES MELITUS TIPE 2*. 4(5), 93–101. <https://doi.org/10.14499/indonesianjpharm27iss2pp74>
- Hardika, B. D. (2018). Penurunan gula darah pada pasien diabetes melitus tipe II melalui senam kaki diabetes. *Medisains*, 16(2), 60. <https://doi.org/10.30595/medisains.v16i2.2759>
- Lotfy, M., Adeghate, J., Kalasz, H., Singh, J., & Adeghate, E. (2016). Chronic Complications of Diabetes Mellitus: A Mini Review. *Current Diabetes Reviews*, 13(1), 3–10. <https://doi.org/10.2174/1573399812666151016101622>
- Mappagerang, R., Tahir, M., & Mapped, F. (2017). *TINGKAT NYERI PADA PASIEN FRAKTUR*. 6, 91–97.
- Maulana, M. S. R. (2017). No Title? \_\_\_\_\_ . In *Ekp* (Vol. 13, Issue 3).
- Miftahul Jannah. (2018). *Prioritas masalah berdasarkan diagnosa*.
- Nugroho, S. (2015). Pencegahan Dan Pengendalian Diabetes Melitus Melalui Olahraga. *Medikora*, IX(1). <https://doi.org/10.21831/medikora.v0i1.4640>
- Nurayati, L., & Adriani, M. (2017). Hubungan Aktifitas Fisik dengan Kadar Gula Darah Puasa Penderita Diabetes Melitus Tipe 2. *Amerta Nutrition*, 1(2), 80. <https://doi.org/10.20473/amnt.v1i2.6229>
- Octaviana Wulandari, S. M. (2013). Perbedaan Kejadian Komplikasi Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Menurut Glukosa Darah Acak. *Jurna Baerkala*

*Epidemiologi*, 1, 182–191.

PERKENI. (2011). *KONSENSUS PENGELOLAAN DAN PENCEGAHAN DIABETES MELITUS TIPE 2 DI INDONESIA*.

PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). DPP PPNI.

PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). DPP PPNI.

Raharjo, M. (2018). Asuhan Keperawatan Ny . N Dengan Diabetes Melitus Di Ruang Kirana Rumah Sakit Asuhan Keperawatan Ny . N Dengan Diabetes. (*Doctoral Dissertation, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta*).

rambe, F. adelina. (2019). *Tujuan Dan Tahapan Pengkajian Dalam Proses Keperawatan*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/59jzbz>

Rantung, J. (2019). *Penerapan terapi musik terhadap nyeri neuropati pada penyandang diabetes mellitus*. 288, 21–28.

Ritonga, & Amalia, W. (2017). Asuhan Keperawatan pada Ny . K dengan Prioritas Masalah Gangguan Kebutuhan Dasar Integumen : Ulkus Dekubitus di RSUD dr . Pirngadi Medan. *Universitas Sumatera Utara*, 1–45.

Setyoadi, S., Kristianto, H., & Afifah, S. N. (2018). Influence of Nutrition Education with Calendar Method in Diabetic Patients' Blood Glucose. *NurseLine Journal*, 3(2), 72. <https://doi.org/10.19184/nlj.v3i2.6627>

Simatupang, R. (2017). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Melalui Media Leaflet Tentang Diet Dm Terhadap Pengetahuan Pasien Dm Di Rsud Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah Tahun 2017. *Ilmiah Kohesi*, 1(2), 163–174.

Sya'diyah, H., Widayanti, D. M., Kertapati, Y., Anggoro, S. D., Ismail, A., Atik, T., & Gustayansyah, D. (2020). Penyuluhan Kesehatan Diabetes Melitus Penatalaksanaan Dan Aplikasi Senam Kaki Pada Lansia Di Wilayah Pesisir Surabaya. *Jurnal Pengabdian Kesehatan*, 3(1), 9–27. <https://doi.org/10.31596/jpk.v3i1.64>

Tjandrawinata. (2016). Patogenesis Diabetes Tipe 2: Resistensi Insulin dan Defisiensi Insulin. *Dexa Medica Group, February*, 1–5.

Varena, M. (2019). *Karya Tulis Ilmia Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus*. 121.

Wulandari, W. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus

Tipe Ii Di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.

Yeni, B., Ukur, S., Keperawatan, P. I., Masalah, P., Hasil, K., Keperawatan, I., Intervensi, P., & Intervensi, K. (2018). *Latar Belakang Metode Hasil Pembahasan Tujuan*.

Zahra, I. (2013). *Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetik pada Ny. R dengan Masalah Kerusakan Integritas Jaringan*.



## LAMPIRAN

Lampiran 1.

### SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Ahmad Ikhlasul Amal,S. Kep., MAN

NIDN : 06-0510-8901

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Naili Zulfah

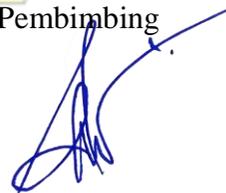
NIM : 40901800067

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Tn. D Diabetes Mellitus dengan Ulkus di Ruang Baitus Salam 1 RSI Sultan Agung Semarang.

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

Semarang, 24 mei 2021

Pembimbing



(Ns. Ahmad Ikhlasul Amal,S. Kep., MAN)

NIDN : 06-0510-8901

Lampiran 2.

### SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Ahmad Ikhlasul Amal,S. Kep., MAN

NIDN : 06-0510-8901

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Naili Zulfah

NIM : 40901800067

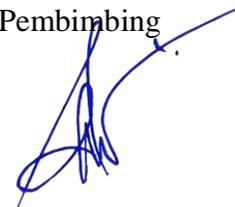
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Tn. D Diabetes Mellitus dengan Ulkus di Ruang Baitus Salam 1 RSI Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 26 januari 2021 sampai dengan 28 mei 2021 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

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

Semarang, 24 mei 2021

Pembimbing



(Ns. Ahmad Ikhlasul Amal,S. Kep., MAN)

NIDN : 06-0510-8901

Lampiran 3.

**LEMBAR BERITA ACARA**  
**ASUHAN KEPERAWATAN TN. D DIABETES MELLITUS DENGAN ULCUS**  
**DI RUANG BAITUS SALAM 1**  
**RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Nama : Naili Zulfah

Nim : 40901800067

No	Nama penguji	Direvisi pada bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda tangan
1.	Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB	1. Perbaiki bab II (ada tambahan teori tentang ulkus) 2. Tambahkan kekurangan pada KTI pada bagian pembahasan atau bab IV	1. 5-20 2. 36	Ya  Ya	-  -	
2.	Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep	Perbaiki di bagian bab II	5-20	Ya	-	
3.	Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN	Perbaiki bab II (teori tentang ulkus dabetikum)	5-20	Ya	-	

## Lampiran 4.

**BAITUSSALAM 1**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. D  
DENGAN DIABETES MELLITUS  
DIRUANG BAITUSSALAM 1  
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

Disusun Oleh:  
NAILI ZULFAH  
40901800067

PROGRAM STUDI DI KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2021

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**  
**UNISSA**  
جامعة الإسلام

**PENGKAJIAN DATA UMUM**

a. - Identitas klien

Nama	: Tn. D
Umur	: 67 th
Jenis kelamin	: L
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMK
Pekerjaan	: Pensiunan
Alamat	: Ngasinan Rt.03 R.W.01 Weleri Kab Kend
Diagnosa medis	: <del>DM</del> DM
Tanggal dan jam masuk	: 10 Februari 2021 / 16.50 WIB

- Identitas penanggung jawab

Nama	: Ny. D
Umur	: 39 th
Jenis kelamin	: P
Agama	: Islam
Pendidikan terakhir	: SMA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat	: Ngasinan Rt.03 R.W.01 Weleri Kab Kend
Hubungan dengan klien	: Anak

b. Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada area luka yaitu bagian pantat dan mengeluh susah saat beraktivitas, pasien post op debridement.

c. Status kesehatan saat ini

- Alasan masuk rumah sakit  
Klien mengatakan merasakan nyeri pada pantatnya dan terdapat luka kemudian diproses di rumah sakit terdekat lalu melakukan ope di rs sultan Agung.

- Faktor pencetus  
Klien mengatakan nyerinya terasa saat merasa lelah

- Lamanya keluhan  
Klien mengatakan merasakan nyeri pada lukanya sejak seminggu y lalu.

- Timbulnya keluhan  
Klien mengatakan nyerinya timbul secara bertahap

- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi  
Klien mengatakan langsung ke rumah sakit saat nyeri terasa.

- Faktor yang memperberat

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB lancar minimal 2x sehari dengan frekuensi lembek. Saat sakit pasien kesulitan untuk BAB warna usus yg berada di sekitar pantatnya, BAB 1x sehari frekuensi lembek.

- POLA BAB

Sebelum sakit pasien BAB 2x sehari dengan warna kuning. Saat dirawat pasien terpasang kateter dengan keluaran cairan 500 cc setiap 6 jam.

d. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit klien mengatakan kegiatan dalam pekerjaan tidak mengalami masalah, olahraga yg dilakukan hanya jogging seminggu sekali, tidak ada keluhan dalam beraktivitas, tidak mengalami kesulitan untuk merawat diri baik mandi maupun berhajat.

Saat dirawat klien mengatakan kegiatan aktivitasnya terganggu karena merasakan nyeri, tidak pernah berolahraga, semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan terdandang merasa lelah jika banyak bergerak.

e. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit klien menyatakan tidur cukup sehari 2x siang dan malam dengan lamanya siang 3 jam dan malam 7 jam, tidak mengalami kesulitan tidur.

Saat dirawat klien mengatakan terlalu sering tidur tetapi mudah terbangun ketika merasakan nyeri.

f. Pola kognitif perseptual

- Kemampuan sensorial
- Sebelum dan saat dirawat pendengaran klien terganggu karena sudah tua.
- Kemampuan kognitif
- Sebelum dan saat sakit klien mampu mengingat kejadian yang dialaminya, klien mampu memahami pesan yang diterima tetapi saat dirawat keputusan yang diambil dibantu oleh keluarga.
- Kesulitan yang dialami
- Sebelum dirawat klien mengatakan tidak mengalami kesulitan, saat dirawat klien mengatakan kesulitan untuk beraktivitas / bergerak karena nyeri yang dialami.
- Persepsi terhadap nyeri
- P : klien mengatakan nyeri terasa ketika digunakan untuk bergerak / beraktivitas
- A : Seperti tertusuk-tusuk
- R : luka yang terdapat di area pantat
- S : 4/7/22
- T : bedah

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Sebelum dirawat klien tidak terlalu memperhatikan tentang kesehatan dirinya saat dirawat klien mengatakan bahwa kesehatan diri sangat penting.

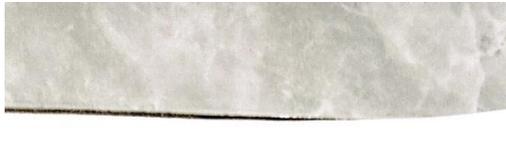
- Pengetahuan dan persepsi klien tentang penyakitnya dan perawatannya
- Sebelum dirawat klien tidak begitu mengetahui cara perawatan penyakitnya.
- Saat dirawat klien agak mengerti bagaimana cara perawatan penyakitnya.
- Upaya yang bisa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
- Sebelum dirawat klien mengatakan tidak terlalu mengontrol makanannya.
- Saat dirawat klien mengatakan membatasi makan makanan yang manis-manis.
- Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
- Sebelum dan saat sakit pasien tidak mau badan langsung dibawa ke rumah sakit untuk periksa.
- Kebiasaan hidup
- Sebelum dan saat sakit klien mengatakan tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol.
- Faktor sosioekonomi yang berhubungan dengan kesehatan.
- Sebelum dirawat klien mengatakan masih bisa membantu anaknya di warung untuk menambah penghasilan, saat dirawat klien mengatakan sudah tidak bisa bekerja, menggunakan asuransi kesehatan kelas 0.

b. Pola nutrisi dan metabolik

- Pola makan
- Apakah keadaan makan saat ini mempengaruhi pola makan sebelum dirawat dan saat dirawat klien mengatakan frekuensi makan masih sama yaitu 3x sehari tetapi dengan porsi makan yang sedikit berkurang.
- Makanan yang disukai pasien / makanan pantangan.
- Sebelum dirawat klien mengatakan menyukai semua jenis makanan.
- Saat dirawat klien membatasi makanan manis.
- Keluhan dalam makan
- Sebelum dan saat dirawat klien mengatakan tidak mengalami keluhan dalam makan.
- Adakah penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir?
- Sebelum dirawat BB pasien 68 kg dengan tinggi badan 173 cm. Saat dirawat BB klien 59 kg dengan tinggi badan 173 cm.
- Pola minum
- Sebelum dirawat pasien sering mengonsumsi minuman yang manis-manis seperti susu manis, teh manis, jus manis, ds. Saat dirawat pasien sering mengonsumsi air putih minimal 5 gelas sehari.

c. Pola eliminasi

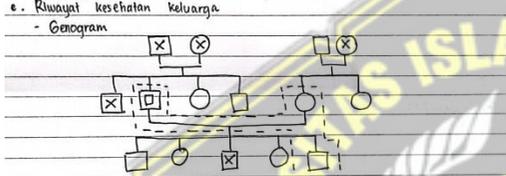
- Pola BAB



klien mengatakan suka makan makanan yang manis.

d. Riwayat kesehatan lalu.

- Penyakit yang pernah dialami
- Klien mengatakan mengalami penyakit diabetes mellitus 3 tahun yang lalu
- Kecelakaan
- Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan sebelumnya.
- Pernah diuntai
- Klien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya
- Alergi
- Klien mengatakan tidak memiliki alergi baik obat maupun makanan
- Imunisasi
- Klien mengatakan pernah melakukan imunisasi sewaktu kecil tapi tidak ingat melakukan imunisasi apa.



ket □ : laki-laki    X : meninggal  
 ○ : perempuan    --- : tinggal serumah  
 □ : pasien

- Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga
- Klien mengatakan ayahnya dahulu juga menderita penyakit DM.
- Penyakit yang sedang diderita anggota keluarga
- Klien mengatakan saat ini keluarganya tidak menderita penyakit yang...

f. Riwayat kesehatan lingkungan

- Kebersihan rumah dan lingkungan
- Klien mengatakan kebersihan rumah dan lingkungannya terjaga
- Kemungkinan terjadi bahaya
- Klien mengatakan area sekitar lingkungannya aman dari bahaya.

. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- Persepsi klien tentang kesehatan diri

d. Kepala

Bentuk kepala bulat, rambut klien berwarna putih, tidak kotor, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, tidak berminyak, tidak ada ketombe.

e. Mata

Mata simetris kiri dan kanan, sklera tidak terlihat, konjungtiva tidak anemis, pupil bereaksi terhadap cahaya, mata beradaptasi dengan baik.

f. Hidung

Simetris kiri kanan, tidak ada polip, tidak ada sekret, tidak ada peradangan pada hidung, tidak ada epistaxis, tidak terpasang oksigen.

g. Telinga

Simetris, bersih, tidak terdapat serumen, telinga mengalami penurunan fungsi karena faktor usia.

h. Mulut dan tenggorokan

Bibir simetris atas bawah, mukosa bibir lembab, gigitan ada yg copot / longgar, tidak memakai gigi palsu, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada lesi.

i. Dada

Jantung

Inspeksi : simetris kiri dan kanan, tetus cordis terlihat palpasi : tetus cordis teraba, trima jantung teratur perkusi : redup auskultasi : tidak ada bunyi tambahan Paru-paru

Inspeksi : pergerakan dinding dada normal, dada simetris, tidak menggunakan alat bantu pernafasan palpasi : tidak ada nyeri tekan, perikarditis perkusi : sonor auskultasi : suara napas vesikuler

j. Abdomen

Inspeksi : warna kulit di sekitar abdomen normal, perut tidak membuncit auskultasi : suara bising usus 10x/menit palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar dan limpa. perkusi : tympani.

k. Oesofagus

Klien terpasang kateter, terdapat bedah luka pada area gigitan.

l. Ekstremitas atas dan bawah

Tangan kiri klien terpasang infus RL 20 ml/jam, tidak terdapat luka pada kaki. Warna kulit kening langsung, capillary refill > 2 detik, tidak terdapat lesi.

m. Kulit

Terdapat luka pada bagian atas pantiat, luka cukup luas, luka port



B. ANALISA DATA				
Data	Fokus	Problem	Ekologi	TTD
<p>Do: - Klien mengatakan nyeri pada bagian pantat/luka</p> <p>- Klien mengatakan rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk (skala 4)</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka/ulcus dm pada bagian pantat</li> <li>- Klien tampak meriangi menahan sakit saat ulcus ditetap</li> </ul> <p>TD: <math>110/75</math> RR: <math>21/10</math>mpit</p> <p>S: <math>37,5^{\circ}C</math> Nadi: <math>91/1m</math></p>		Nyeri akut	agen pencedera fisik	
<p>Do: - Klien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas</p> <p>- Klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit aktivitas dibantu oleh keluarga.</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sulit melakukan aktivitas</li> <li>- aktivitas klien dibantu oleh keluarganya.</li> </ul>		Gangguan mobilitas fisik	Nyeri	
<p>Do: - Klien mengatakan lukanya membasahi perban dan berbau</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka terlihat rembes</li> <li>- bau luka tercium menyengat</li> </ul>		Risiko infeksi	Pemakit kronis	

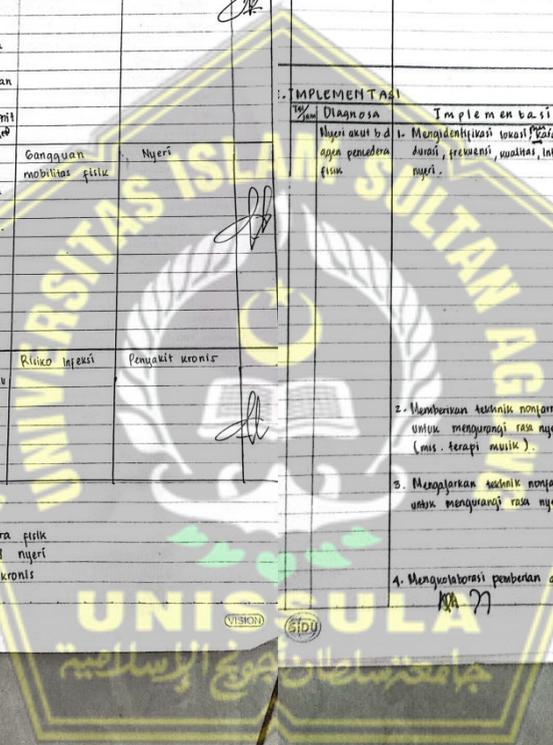
  

Diagnosa	Implementasi	Respon Pasien	TTD
<p>1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p>	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p>	<p>1. pasien mengatakan nyeri pada luka tm dibagian pantat, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4, nyeri yang dirasakan hilang timbul, nyeri terasa bahwa pasien berak- tivitas.</p> <p>0: P: nyeri dirasakan ketika bergerak</p> <p>0: seperti tertusuk-tusuk</p> <p>0: bagian atas pantat</p> <p>S: 4</p> <p>T: hilang timbul</p>	
<p>2. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri</p>	<p>2. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik).</p>	<p>0: pasien tampak rileks</p>	
<p>3. Risiko infeksi b.d penyakit kronis</p>	<p>3. Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>4. Mengutamakan pemberian analgetik</p>	<p>0: pasien mengatakan bersedia diajarkan teknik nonfarmakologi</p> <p>0: pasien tampak kooperatif.</p> <p>0: pasien bersedia diberikan analgetik</p>	

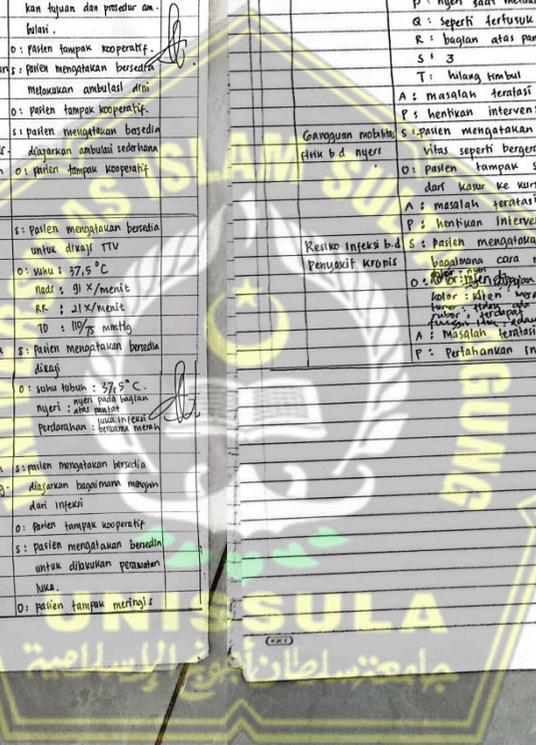
**C. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri
3. Risiko infeksi b.d penyakit kronis



<p>0: pasien tampak kooperatif.                  s: pasien mengatakan nyeri pada bagian atas pantat dan sulit untuk bergerak dengan skala nyeri 4.                  o: pasien tampak mengerti kebutuhan nyeri.</p>	<p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</p>
<p>s: pasien bersedia untuk dijabarkan tujuan dan prosedur ambulasi.                  o: pasien tampak kooperatif.</p>	<p>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.</p>
<p>s: pasien mengatakan bersedia melakukan ambulasi dini.                  o: pasien tampak kooperatif.</p>	<p>3. Mengajarkan melakukan ambulasi dini</p>
<p>s: pasien mengatakan bersedia diajarkan ambulasi sederhana.                  o: pasien tampak kooperatif.</p>	<p>4. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda)</p>
<p>s: pasien mengatakan bersedia untuk dikaji TTV                  o: suhu: 37,5 °C                  nadi: 91 x/menit                  RR: 21 x/menit                  TD: 110/75 mmHg</p>	<p>1. Memantau TTV</p>
<p>s: pasien mengatakan bersedia diajari                  o: suhu tubuh: 37,5 °C                  nyeri pada bagian nyeri: area pantat                  perdarahan: berwarna merah</p>	<p>2. Mengaji tanda-tanda infeksi: suhu tubuh, nyeri dan perdarahan</p>
<p>s: pasien mengatakan bersedia diajarkan bagaimana mengahandari infeksi                  o: pasien tampak kooperatif.</p>	<p>3. Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana mengahandari infeksi</p>
<p>s: pasien mengatakan bersedia untuk dibakukan perawatan luka.                  o: pasien tampak mengerti</p>	<p>4. Merawat luka</p>

F. EVALUASI		TTD
<p>Diagnosa                  Nyeri akut b.d agen pencedera fisik</p>	<p>S: pasien mengatakan nyeri berkurang                  O: - TD: 110/75 nadi: 91 x/menit                  - suhu: 37,5 RR: 21 x/menit                  P: nyeri saat melakukan aktivitas                  A: seperti tertusuk-tusuk                  R: bagian atas pantat                  S: 3                  T:ulang timbul                  A: masalah teratasi                  P: hentikan intervensi</p>	<p>STB</p>
<p>Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri</p>	<p>S: pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas seperti bergerak                  O: pasien tampak sudah bisa bergerak, berpindah dari kursi ke kursi roda                  A: masalah teratasi                  P: hentikan intervensi</p>	
<p>Risiko infeksi b.d Penuakit kronis</p>	<p>S: pasien mengatakan sudah mengerti tentang bagaimana cara merawat luka                  O: RR: 21 x/menit                  T: suhu: 37,5 °C                  Koler: klien kooperatif pada area luka                  Tumor: tidak ada perdarahan                  P: nyeri: tercapai karena sudah dilakukan perawatan luka dengan tindakan yang tepat                  A: masalah teratasi                  P: Pertahankan intervensi</p>	<p>STB</p>



**PLANNING**

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	TTD
	Nyeri akut b.d. agen pencacera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil : - Pasien mengatakan nyeri berkurang (skala 0-3) - Pasien tidak tampak kesakitan / menahan nyeri.	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik).</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</li> </ol>	
	Gangguan mobilitas fisik b.d. nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan dengan kriteria hasil : - Gerakan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun	<p>Dukungan ambulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>2. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>3. Anjurkan melakukan ambulasi dini.</li> <li>4. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. bergalangan dari tempat tidur ke kursi roda).</li> </ol>	