

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.E DENGAN GANGGUAN SISTEM
ENDOKRIN : POST DEBRIDEMENT a/i ULKUS DIABETIKUM e.c
DIABETES MELITUS TIPE II a/r PALMAR SINISTRA POD 0 DI
RUANGAN FLAMBOYAN 1 RSU TK.IV GUNTUR GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan program
Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun oleh:

SHARAH AMELIA PUTRI

KHGA22005



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.E DENGAN
GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN : POST DEBRIDEMENT
a/i ULKUS DIABETIKUM e.c DIABETES MELITUS TIPE II
a/r PALMAR SINISTRA POD 0 DI RUANGAN FLAMBOYAN
1 RSU TK.IV GUNTUR GARUT**

NAMA : SHARAH AMELIA PUTRI

NIM : KHG-A22005

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan

Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan

Stikes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2025

Menyetujui
Pembimbing



H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes

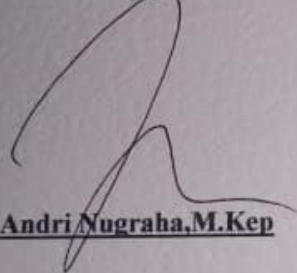
LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA T.N.E DENGAN
GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN : POST DEBRIDEMENT
a/i ULKUS DIABETIKUM e.c DIABETES MELITUS TIPE II
a/r PALMAR SINISTRA POD 0 DI RUANGAN FLAMBOYAN
I RSU TK.IV GUNTUR GARUT
NAMA : SHARAH AMELIA PUTRI
NIM : KHG-A22005

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Penguji 1



Andri Nugraha, M.Kep

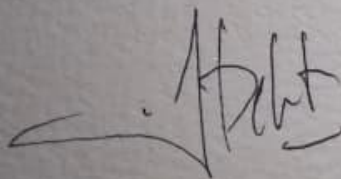
Penguji 2



H. Zahara Farhan, M.Kep

Mengetahui :

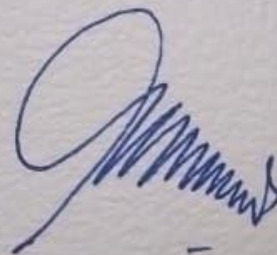
Ketua Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.kep

Mengesahkan :

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan pada Tn.E dengan Gangguan Sistem Endokrin : Post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra POD 0 di Ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut

Oleh : Sharah Amelia Putri KHGA22005

IV Bab, 98 halaman, 11 tabel, 1 bagan, 4 lampiran

Diabetes melitus tipe II merupakan penyakit kronik yang dapat menyebabkan komplikasi serius, salah satunya ulkus diabetikum. Ulkus diabetikum sering kali memerlukan tindakan debridement untuk mencegah penyebaran infeksi dan kerusakan jaringan lebih lanjut. Pasien post debridement memerlukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk mempercepat proses penyembuhan dan mencegah komplikasi. Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk memberikan gambaran asuhan keperawatan secara menyeluruh pada pasien post debridement akibat ulkus diabetikum, meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Metode penulisan menggunakan pendekatan studi kasus deskriptif dengan penerapan proses keperawatan pada Tn. E di Ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut. Data diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan studi pustaka. Ditemukan empat diagnosa keperawatan utama yaitu: Nyeri Akut, Gangguan Integritas Kulit/Jaringan, Gangguan Pola Tidur, dan Risiko Infeksi. Intervensi dilakukan berdasarkan standar SIKI dan SLKI, dengan hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan kondisi klien secara bertahap, ditandai dengan penurunan eksudat, berkurangnya kemerahan dan nyeri pada luka, serta perubahan fase penyembuhan luka dari fase inflamasi menuju fase proliferasi. Asuhan keperawatan komprehensif berperan penting dalam pemulihan pasien post debridement akibat ulkus diabetikum, khususnya dalam mengurangi nyeri, meningkatkan integritas jaringan, kualitas tidur, dan mencegah infeksi lanjutan. Peran perawat sebagai edukator sangat krusial untuk mendorong kemandirian pasien dalam perawatan lanjutan.

Kata Kunci : Sistem Endokrin, Diabetes Melitus, Ulkus Diabetikum, Debridement

Daftar Pustaka : 37 buah (2017 – 2023) (buku, artikel dan jurnal)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur marilah kita panjatkan kehadirat Allah SWT, sholawat beserta salam semoga terlimpah curahkan kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana alhamdulillah atas nikmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya Tulis Ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Asuhan Keperawatan pada Tn.E dengan Gangguan Sistem Endokrin : Post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra POD 0 di Ruangan Flamboyan 1 RSU TK.IV Guntur Garut”.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat penulis menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari banyaknya kekurangan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini, semoga dapat memberikan banyak manfaat serta pengetahuan bagi para pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi STIKes Karsa Husada Garut.

Penulis ingin mengucapkan Terimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak atas segala bimbingan, bantuan, dukungan serta do’a sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, saya ucapkan Terimakasih kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku Ketua Pembina Yayasan Darma Husada Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku Ketua Pengurus Yayasan Darma Husada Insani Garut.

3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep.,M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut, sekaligus selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan dukungan serta arahan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas dalam membimbing Pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu K.Dewi Budiarti,S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak Andri Nugraha,M.Kep, selaku dosen penguji dalam sidang Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan masukan yang sangat membangun untuk penulis.
6. Bapak H. Zahara Farhan,M.Kep, selaku dosen penguji dalam sidang Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan masukan yang sangat membangun untuk penulis.
7. Seluruh staff Dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis menempuh pendidikan.
8. Bapak ahmad Rifa'I, S.Kep.,Ners, selaku CI pembimbing di Ruang Flamboyan RSUD TK.IV Guntur Garut yang telah membimbing saya serta memberikan ilmu dan pengalaman yang bermanfaat.
9. Tn.E beserta keluarga yang telah bersedia bekerja sama serta kooperatif dalam melakukan Asuhan Keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Cinta pertama saya, Bapak Ganjar Budi Komara yang senantiasa menemani, mendorong, mendukung, dan merakit putri kecilnya untuk menjadi sosok

perempuan kuat dan tangguh sepertinya sehingga bisa mengantarkan penulis sampai titik ini. Beliau memang tidak sempat merasakan Pendidikan hingga bangku perkuliahan, namun dengan do'a, tetes keringat dari kerja keras dan didikannya beliau bisa mengantarkan anak-anaknya hingga sampai di Perguruan Tinggi. Ayah rakitanmu tidak pernah gagal, putri kecilmu kini tumbuh dengan tangguh dan kuat seperti yang kau inginkan.

11. Pintu surga dan dunia saya, Ibu Ida Rosida tanpa ketulusan do'a beliau dunia penulis tidak akan terbentuk dengan sempurna, Beliau juga tidak sempat merasakan Pendidikan hingga bangku Perkuliahan, namun beliau rela memberikan seluruh waktu, do'a, cinta dan kasih sayangnya untuk senantiasa ada disamping saya mendampingi dan memberikan dukungan terbaiknya untuk mengantarkan anak perempuannya hingga dapat menyelesaikan Program Studinya sampai selesai. Ibu ketulusan dan kekuatan do'amu menjadikan putri kecilmu ini tumbuh dewasa dengan dunia dan perjalanan yang indah disetiap langkahnya.
12. Kakak saya Pahmi Firmansyah,A.Md.Ak dan adik saya M. Fauzan Rizquloh, terimakasih sudah menjadi garda terdepan setelah orangtua saya yang selalu memastikan saudara perempuan satu-satunya ini dalam keadaan baik, yang senantiasa memberikan dukungan, motivasi sehingga saya bisa tetap bertahan dan sampai pada titik menyelesaikan pendidikan saya.
13. Keluarga tercinta yang selalu memberikan dukungan, do'a serta motivasi untuk penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

14. Rika Puspita, teman, sahabat sekaligus saudara untuk penulis yang selalu menemani, memberikan support selama menempuh pendidikan dari mulai PPS sampai detik ini sampai dimana kita berada ditahap menyelesaikan pendidikan disini. Terimakasih sudah selalu menjadi pendengar yang baik, sudah menjadi teman sekaligus saudara yang tidak pernah meninggalkan satu sama lain dikala menghadapi kesulitan. Tetaplah jadi rika yang kita kenal, jalani kehidupanmu sebaik mungkin setelah ini dan selamat menjalani kehidupan selanjutnya diluar sana, terimakasih masih tetap menjadi teman dan sahabat yang baik.
15. Pada teman-teman saya Difa, Reva , Rahmania, terimakasih sudah menjadi support sistem penulis, menjadi teman dan pendengar yang baik untuk penulis 1 tahun yang singkat, namun terimakasih sudah menjadi teman yang berkenan selalu dilibatkan juga dalam segala situasi.
16. Terakhir, terima kasih kepada diri sendiri, Sharah Amelia Putri yang biasa dipanggil putri. Namanya begitu panjang dan rumit sama seperti egonya. Terima kasih selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sudah sangat berkenan untuk menurunkan ego dan selalu berusaha bangkit disaat tidak mempunyai kepercayaan kepada diri sendiri. Berbahagialah untuk setiap hari-hari panjang yang sudah dan akan terlewati diluar sana, beruntunglah dalam setiap kesempatan dan pengharapan dimanapun berada, putri. Adapun kurang dan lebihmu mari rayakan dirimu sendiri.

Penulis menyadari bahwa penyusuna Karya Tulis Ilmiah ini sangat masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya sangat membangun untuk perbaikan penulis dimasa yang akan

datang. Akhir kata penulis ucapkan terimakasih yang sangat tak terhingga pada semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian Karya tulis Ilmiah ini, semoga kebaikan, bimbingan, ilmu pengetahuan, serta pengalaman yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan terbaik dari Allah SWT, Aamiin.

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penulisan	5
C. Metode Penulisan	6
D. Sistematika Penulisan	8
BAB II	10
TINJAUAN TEORI	10
A. Konsep Dasar Diabetes Melitus	10
1. Definisi Diabetes Melitus.....	10
2. Etiologi.....	12
3. Manifestasi Klinis	14
4. Komplikasi	15
B. Konsep Dasar Ulkus Diabetikum.....	16
1. Definisi Ulkus Diabetikum.....	16
2. Klasifikasi.....	17
3. Etiologi	18
4. Patofisiologi.....	19
5. Pathway	20
6. Manifestasi Klinis	22
7. Komplikasi	22
8. Penatalaksanaan Medis	23
9. Pemeriksaan Diagnostik.....	24
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	25
1. Pengkajian	25
2. Diagnosa Keperawatan.....	32

3. Intervensi Keperawatan	33
4. Implementasi Keperawatan	35
5. Evaluasi Keperawatan	36
BAB III.....	38
TINJAUAN KASUS.....	38
A. TINJAUAN KASUS	38
1. Pengkajian	38
2. Diagnosa Keperawatan	55
3. Intervensi Keperawatan.....	58
4. Implementasi & Evaluasi Keperawatan	63
5. Catatan Perkembangan.....	72
B. PEMBAHASAN.....	74
1. Pengkajian	74
2. Diagnosa keperawatan	77
3. Intervensi keperawatan	79
4. Implementasi keperawatan.....	82
5. Evaluasi	87
BAB IV	91
SIMPULAN DAN REKOMENDASI	91
A. SIMPULAN	91
B. REKOMENDASI	94
DAFTAR PUSTAKA.....	97
LAMPIRAN.....	99

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi Diabetes Melitus (Emmett Grames,2020).....	11
Tabel 2. 2 Analisa data	Error! Bookmark not defined.
Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan.....	33
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	50
Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	51
Tabel 3. 3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	52
Tabel 3. 4 Program Terapi	52
Tabel 3. 5 Analisa Data	53
Tabel 3. 6 Intervensi Keperawatan.....	58
Tabel 3. 7 implementasi & Evaluasi Keperawatan	63
Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan	72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SAP

Lampiran 2 Leaflet

Lampiran 3 Lembar Bimbingan

Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit gangguan metabolik yang disebabkan oleh gagalnya organ pankreas dalam memproduksi hormon insulin secara memadai. Penyakit ini bisa dikatakan sebagai penyakit kronis karena dapat terjadi secara menahun. Berdasarkan penyebabnya diabetes melitus di golongkan menjadi tiga jenis, diantaranya diabetes melitus tipe 1, diabetes melitus tipe 2, dan diabetes melitus gestasional (Kemenkes, 2020).

Berdasarkan hasil riset yang dilakukan IDF pada tahun 2021, penderita diabetes di Indonesia semakin meningkat sekitar 10,3 juta hingga 19,5 juta orang. Saat ini, posisi Indonesia berada di urutan ke-5 sebagai negara dengan jumlah penduduk tertinggi yang mengidap diabetes melitus. Indonesia merupakan negara posisi pertama di Asia Tenggara pada nominal tersebut yaitu sekitar 19,47 juta di tahun 2021 sehingga secara umum besarnya jumlah persentase penderita penyakit diabetes melitus di Indonesia mendominasi di Asia Tenggara.

Berdasarkan hasil riset yang dilakukan terkait dengan prevalensi data penderita Diabetes Melitus di Jawa Barat tercatat pada tahun 2021, Dinkes Jawa Barat mendata sebanyak 46.837 penderita Diabetes Melitus dan 13.379 atau 37,1% diantaranya tidak mendapatkan perawatan sesuai

standar pemerintah. Sedangkan data penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Garut pada tahun 2022 tercatat sebanyak 22.594 penderita dan sempat mengalami penurunan pada tahun 2023 terdata sebanyak 16.367 penderita Diabetes Melitus. Berdasarkan data dari Rekam Medik di RSUD TK.IV Guntur Garut pada tahun 2024 ditemukan sebanyak 111 penderita Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Ulkus Diabetikum sebanyak 39 penderita. Sedangkan pada tahun 2025 terdapat penurunan yang mana ditemukan sebanyak 45 penderita Diabetes Melitus Tipe 2 dengan Ulkus Diabetikum sebanyak 22 penderita.

Menurut khomsah dan Ferry (2022), pasien diabetes tipe 2 dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah rata-rata berusia 40 – 60 tahun. Pada diabetes melitus tipe 2, pankreas masih dapat memproduksi insulin, tetapi kualitas insulin yang dihasilkan buruk dan tidak berfungsi dengan baik untuk memasukkan glukosa (gula darah) ke dalam sel. Akibatnya, terjadi peningkatan kadar glukosa dalam darah. Penyebab penderita DM diantaranya adalah faktor keturunan, obesitas, hipertensi, sering mengonsumsi makanan instant, kelainan hormonal, merokok, stres, terlalu banyak mengonsumsi karbohidrat, dan kerusakan sel pankreas (Thunggal & Indrawati, 2023).

Diabetes yang tidak memiliki kontrol yang baik terhadap kadar gula darah dapat mengakibatkan komplikasi baik yang bersifat akut maupun kronis. Komplikasi dari diabetes melitus dibagi menjadi dua kategori : komplikasi akut seperti hipoglikemia, serta komplikasi kronis yang terdiri

dari komplikasi makrovaskuler dan mikrovaskuler. Ulkus adalah luka terbuka pada permukaan kulit atau selaput lendir dan ulkus merupakan kematian jaringan yang luas dan disertai invasif kuman saptofit. Adanya kuman saptofit tersebut merupakan ulkus berbau, ulkus, ulkus diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit DM dengan neuropati perifer (Lukman et al, 2023).

Ulkus diabetikum adalah luka yang muncul pada orang dengan diabetes melitus sebagai akibat dari komplikasi mikroangiopati dan makroangiopati. Lamanya seseorang menderita diabetes melitus akan berkontribusi pada komplikasi mikroangiopati yang kemudian bisa memicu neuropati diabetikum dan terjadinya ulkus. Penanganan ulkus diabetikum pada pasien diabetes melitus menjadi relatif sulit karena terjadi kerusakan pembuluh darah yang menuju area luka. Hal ini mengakibatkan kesulitan bagi antibiotik, oksigen, nutrisi, dan komponen sistem kekebalan tubuh (seperti sel darah putih) untuk menjangkau area luka. Kondisi ini menghambat proses penyembuhan dan dapat membahayakan nyawa pasien.

Infeksi ulkus diabetik jika tidak di tangani dengan segera akan menyebar secara cepat dan masuk ke jaringan yang lebih dalam, sehingga dapat menimbulkan masalah gangguan integritas kulit, perfusi perifer tidak efektif (khusnul isma'iyah, 2022). Salah satu hal penting dalam perawatan ulkus diabetik adalah menutupi luka, penting untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka terbuka.

Peran perawat sangat penting, tidak hanya sebagai pemberi asuhan keperawatan fisik, tetapi juga sebagai edukator dan pendamping dalam proses pemulihan. Perawat memiliki tanggung jawab untuk memberikan edukasi mengenai perawatan luka, kontrol gula darah, pemenuhan nutrisi, serta deteksi dini tanda-tanda infeksi. Peran ini sangat penting untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dan membantu pasien dalam proses adaptasi terhadap kondisi kronisnya. Edukasi yang efektif dapat meningkatkan kemandirian pasien dalam merawat luka dan mengurangi stres akibat penyakit. Tingginya jumlah penderita Diabetes Melitus disebabkan antara lain karena perubahan gaya hidup masyarakat, tingkat pengetahuan yang rendah, dan kesadaran untuk melakukan deteksi dini penyakit Diabetes Melitus yang kurang, minimnya aktivitas fisik, pengaturan pola makan yang salah dengan komposisi makan yang terlalu banyak mengandung protein, lemak, gula, garam, dan sedikit mengandung serat (Amaliyah, 2022).

Kaitannya dengan kasus ini, penulis menemukan pasien bernama Tn.E yang mengalami ulkus diabetikum pada tangan kiri akibat DM Tipe II dan telah menjalani tindakan debridement. Kasus ini menjadi contoh nyata bagaimana peran perawat diperlukan secara komprehensif dalam memberikan intervensi keperawatan, termasuk perawatan luka, pengendalian nyeri, pencegahan infeksi, dan dukungan emosional. Oleh karena itu, penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dan mengangkat kasus ini sebagai bahan laporan karya

tulis ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Endokrin : Post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra POD 0 di Ruangan Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan Asuhan Keperawatan secara langsung dan komprehensif pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Endokrin : Post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra POD 0 di Ruangan Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut.

2. Tujuan Khusus

Tujuan Khusus dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis mampu menerapkan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien diantaranya :

- a. Mampu melakukan pengkajian secara komprehensif pada Tn.E dengan post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra POD 0 di Ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut.
- b. Mampu menegakkan Diagnosa keperawatan sesuai dengan respon pasien terhadap adanya gangguan pada pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) pada Tn. E dengan post Debridement a/i

Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra
 POD 0 di Ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut.

- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegaskan pada Tn. E dengan post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra POD 0 di Ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan pada Tn. E dengan post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra POD 0 di Ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut.
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada Tn. E post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra POD 0 di Ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut.

C. Metode Penulisan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah penulis menggunakan metode deskriptif yaitu menggambarkan atau menjelaskan suatu keadaan kondisi berdasarkan data dan fakta yang di peroleh melalui pendekatan proses asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan meliputi prioritas masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Koerniawan et al, 2020).

1. Wawancara

Penulis menggunakan metode wawancara untuk mengumpulkan data subjektif dari keluarga dan Tn. E selaku klien melalui proses tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh Tn. E. Proses ini disebut juga dengan anamnesa.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung meliputi perilaku dan keadaan umum Tn.E untuk memperoleh data objektif mengenai masalah kesehatan dan masalah keperawatan pada Tn.E.

3. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik untuk menentukan kesehatan pada Tn.E, dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

4. Studi Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status, hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan penunjang lain untuk melengkapi data objektif yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Penulis membaca berbagai literatur untuk mendapatkan data dasar yang berhubungan dengan kasus yang dialami Tn.E yaitu post debridement atas indikasi ulkus diabetikum et causa diabetes melitus tipe 2.

6. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan menggunakan proses asuhan keperawatan yang meliputi

pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Christina et al, 2019).

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun dengan menggunakan sistematika penulisan yang dibagi ke dalam 4 BAB diantaranya :

Bab I menguraikan tentang pendahuluan meliputi; latar belakang, tujuan penulisan yang meliputi tujuan umum dan tujuan khusus, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II menguraikan kajian teoritis, meliputi; konsep dasar penyakit dan pendekatan dasar asuhan keperawatan. Konsep dasar penyakit terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang, dan penatalaksanaan. Pendekatan dasar asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan secara teoritis.

Pada Bab III menguraikan tinjauan kasus, meliputi; tinjauan kasus dan pembahasan. Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi dan catatan perkembangan. Pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara tinjauan teoritis dengan fakta di lapangan pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi dan catatan perkembangan. Bab IV menguraikan kesimpulan dan rekomendasi; berisi kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan

rekomendasi untuk perawat dan pihak rumah sakit, institusi pendidikan, keluarga dan klien, serta untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah yang penulis susun.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Diabetes Melitus

1. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus adalah suatu penyakit kronis yang mengalami gangguan metabolisme yang secara genetis dan klinis termasuk heterogen dengan manifestasi berupa hilangnya toleransi karbohidrat yang ditandai dengan tingginya kadar gula darah yang melebihi nilai normal. Dimana nilai normal gula darah sewaktu (GDS) / tanpa puasa adalah $< 200\text{mg/dl}$ sedangkan gula darah puasa (GDP) $< 126\text{mg/dl}$ (Ardiani et al, 2021).

Diabetes Melitus tipe 2 adalah jenis yang paling banyak di kenal luas, rata-rata penderita diabetes melitus berumur ≥ 30 tahun. Pada pasien Diabetes Melitus tipe 2 pankreas mampu menghasilkan insulin, namun sifat insulin yang dihasilkan buruk dan tidak dapat bekerja seperti yang diharapkan sebagai kunci untuk memasukkan glukosa ke dalam sel. Dengan demikian terjadi peningkatan glukosa dalam darah. Peluang lain terjadinya Diabetes Melitus tipe 2 adalah bahwa jaringan tubuh dan sel otot pasien tidak peka atau secara efektif kebal terhadap obstruksi insulin sehingga glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel dan dalam jangka panjang menumpuk dalam aliran darah (Kemenkes, 2020). Diabetes Melitus tipe 2 adalah gangguan metabolik yang ditandai

dengan resistensi insulin, yaitu ketidakmampuan jaringan tubuh terhadap kerja insulin, sehingga glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel dan menumpuk di dalam darah, yang menyebabkan peningkatan kadar gula darah secara kronis.

Diabetes Melitus (DM) dapat menyebabkan berbagai jenis komplikasi seperti masalah pada penglihatan, katarak, penyakit jantung, kerusakan ginjal, disfungsi seksual, infeksi paru-paru, gangguan vaskular, stroke, infeksi pada kaki / ekstremitas, luka yang sulit sembuh, serta nekrosis jaringan / ganggren yang dapat berujung pada ulkus dan amputasi, dan penyakit komplikasi lainnya (PERKENI, 2021).

Berdasarkan uraian pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus merupakan suatu kondisi gangguan metabolisme yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah akibat kelainan sekresi insulin / kerusakan pada pankreas sehingga tidak mampu menghasilkan insulin secara adekuat. Diabetes melitus (DM) yang semakin meningkat dan tidak terkontrol dapat menyebabkan berbagai komplikasi penyakit yang serius seperti pada penglihatan, luka sulit sembuh, dan nekrosis jaringan / ganggren yang dapat berujung ulkus serta amptutasi.

Klasifikasi

Tabel 2. 1 Klasifikasi Diabetes Melitus (Emmett Grames,2020)

Klasifikasi	Keterangan
Diabetes melitus Tipe 1 (DM Tipe 1)	Distruksi sel beta, umumnya menjurus defisiensi isnulin absolut.
Diabetes Melitus Tipe 2 (DM Tipe 2)	Disebabkan oleh resistensi insulin, namun dalam perjalanan penyakit dapat terjadi gangguan sekresi insulin progresif.

Diabetes Melitus Gestasional	Diabetes yang muncul pada saat trimester kedua atau ketiga kehamilan dan tidak diketahui saat hamil.
Diabetes melitus Tipe lain	- Sindroma Diabetes Monogenik, seperti Maturity onset of the young (MODY) - Gangguan pada eksokrin, misalnya fibrosis kistik, pankreatitis, dan yang lainnya - Endokrinopati - Diabetes karena obat atau zat kimia (seperti glukokortikoid, obat anti retroviral (ARV) dan pasca transplantasi organ - Infeksi dan sebab imunologi yang jarang

2. Etiologi

Penyebab dari diabetes melitus berdasarkan klasifikasinya menurut Insana Maria (2021), adalah sebagai berikut :

a. Diabetes Melitus Tipe I *Insulin Dependent Diabetes Melitus* (IDDM)

Disebabkan oleh destruktur sel beta autoimun biasanya memicu terjadinya defisiensi insulin absolut. Faktor lingkungan berupa infeksi virus (*virus Cocksackie, enterovirus, retrovirus, mumps*), defisiensi vitamin D, toksin lingkungan, menyusui jangka pendek, paparan dini terhadap protein kompleks.

Berbagai modifikasi epigenik ekspresi gen juga terobsesi sebagai penyebab genetik berkembangnya diabetes melitus tipe 1. Individu yang mengalami diabetes melitus tipe 1 mengalami defisiensi insulin absolut.

b. Diabetes Melitus Tipe II *Non-Insulin Dependent Diabetes Melitus* (NIDDM)

Disebabkan akibat dari resistensi insulin, kelainan progresif dalam sekresi insulin, dan peningkatan glukoneogenesis. Faktor lingkungan seperti kegemukan / obesitas, gaya hidup tidak sehat, diet tinggi karbohidrat, dan penyebab lainnya yang berkontribusi pada diabetes melitus tipe 2. Diabetes melitus tipe 2 mempunyai presimtomatis atau efek tanda gejala yang belum dimiliki, sehingga dapat menyebabkan penegakkan diabetes melitus tertundak hingga 4-7 tahun.

c. Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes melitus gestasional terjadi pada 2-5% pada perempuan hamil dan menghilang ketika kehamilannya berakhir. DM ini lebih sering terjadi pada keturunan Amerika-Afrika, Amerika Hispanik, Amerika Pribumi, dan perempuan dengan riwayat DM turunan dari keluarga atau berat badan bayi lebih dari 4 kg saat lahir, dan obesitas merupakan salah satu faktor resiko terjadinya diabetes melitus.

d. Diabetes Melitus Tipe lainnya

Diabetes melitus tipe lain (1-2% kasus terdiagnosis). Mungkin sebagai akibat dari kelainan genetik fungsi sel beta, penyakit pankreas (misal kistik Fibrosis), atau penyakit yang di akibatkan efek dari obat-obatan (glukokortikoid dan tiazid) yang dapat menyebabkan diabetes melitus.

3. Manifestasi Klinis

Menurut Hardianto, (2021) tanda dan gejala yang sering muncul pada penderita Diabetes Melitus diantaranya yaitu :

- a. Polidipsia, haus yang meningkat karena berkurangnya air dan elektrolit dalam tubuh.
- b. Polifagia, nafsu makan meningkat karena berkurangnya kadar glukosa darah dalam jaringan.
- c. Glikosuria, kondisi terdapat glukosa di dalam urin yang umumnya terjadi ketika kadar glukosa dalam darah mencapai 180 mg/dl.
- d. Poliuria, disebabkan adanya peningkatan osmolaritas filtrat glomerulus dan penghambatan reabsorpsi air dalam tubulus ginjal dapat mengakibatkan volume urine yang dikeluarkan meningkat dan membuat penderita sering buang air kecil.
- e. Dehidrasi, kekurangan cairan akibat kadar gula darah yang meningkat menyebabkan cairan ekstraseluler hipertonik dan air dalam sel keluar.
- f. Kelelahan / merasa lemah.
- g. Berat badan mengalami penurunan.

- h. Penurunan fungsi penglihatan.
- i. Kram.
- j. Konstipasi atau kesulitan buang air kecil.

4. Komplikasi

Penderita Diabetes Melitus yang tidak terobati dapat menimbulkan komplikasi baik mikrovaskuler maupun makrovaskuler, seperti gangguan pada sistem kardiovaskuler yang mana jika tidak diberi pengobatan serius dapat menimbulkan hipertensi dan infark jantung (Lestari dkk.,2021). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Saputri,2021) yang menyebutkan bahwa Diabetes Melitus menyebabkan 3 komplikasi yaitu :

a. Komplikasi Akut

Gangguan metabolik jangka pendek seperti hipoglikemia (kadar glukosa darah dibawah normal) yang menyebabkan tubuh kekurangan energi sehingga menjadi lemas, ketoasidosis yang terjadi akibat kurangnya insulin dalam tubuh sehingga tubuh memproduksi asam darah (keton) berlebihan, serta hiperosmolar yang terjadi karena kadar gula darah di dalam tubuh meningkat terlalu tinggi.

b. Komplikasi mikrovaskuler

Gangguan pada pembuluh darah kecil yang menyebabkan gangguan seperti nefropati yang menyerang organ ginjal sehingga terganggunya proses filtrasi, retinopati pada mata yang

menyebabkan gangguan penglihatan, serta neuropati yang menyerang saraf terutama ekstremitas bawah yang dapat menyebabkan *hypoesthesia* hingga kematian jaringan.

c. Komplikasi makrovaskuler

Komplikasi makrovaskuler terjadi pada pembuluh darah besar yang dapat menyebabkan penyakit jantung koroner. Komplikasi ini terjadi akibat kelebihan glukosa yang mengalir dalam darah dapat merusak pembuluh darah yang dapat memicu serangan jantung, penyakit arteri perifer terjadi karena penyempitan pada dinding arteri akibat penumpukan plak sehingga aliran darah tersumbat, dan stroke yang terjadi akibat kadar gula darah yang terlalu tinggi dalam darah menyebabkan terbentuknya sumbatan dan deposit lemak sehingga terhambatnya pasokan darah ke otak.

B. Konsep Dasar Ulkus Diabetikum

1. Definisi Ulkus Diabetikum

Ulkus Diabetikum adalah salah satu komplikasi dari diabetes melitus. Ulkus ini terjadi akibat kerusakan sistem saraf dan pembuluh darah akibat dari hiperglikemia yang tidak terkontrol. Kurangnya nutrisi dari pembuluh darah serta penurunan sensasi akibat kerusakan jaringan saraf memudahkan terjadinya ulserasi infeksi (Anggraini,2020).

Komplikasi kronik yang berkaitan dengan adanya kerusakan pada syaraf dan atau penyakit akibat kerusakan pembuluh darah tepi terutama pada bagian ekstremitas bawah yang biasa diderita Diabetes Melitus

(DMT2) adalah ulkus diabetikum yang menyebabkan terjadinya kerusakan jaringan bagian dalam atau kematian jaringan baik dengan ataupun tanpa infeksi.(Manungkalit, 2020).

Ulkus Diabetikum adalah luka terbuka atau lecet yang sering terjadi pada penderita Diabetes Melitus, terutama pada area kaki atau ekstremitas lainnya. Luka-luka ini biasanya disebabkan oleh adanya peningkatan kadar gula darah yang tinggi dan tidak terkontrol dalam jangka waktu yang lama sehingga dapat merusak saraf dan pembuluh darah.

2. Klasifikasi

Klasifikasi wagner tentang ulkus diabetikum menurut (Shah et al, 2022) adalah sebagai berikut :

- a. Tingkat 0 : kulit utuh namun terdapat kelainan bentuk tulang yang dapat menyebabkan “kaki beresiko”
- b. Tingkat 1 : ulkus pada daerah superficial
- c. Tingkat 2 : ulkus lebih dalam mencapai tendon, tulang atau sendi (joint capsule)
- d. Tingkat 3 : adanya infeksi (abses atau osteomielitis)
- e. Tingkat 4 : gangren parsial kaki depan
- f. Tingkat 5 : gangren yang luas menyeluruh pada permukaan kaki



Gambar 2.1 klasifikasi Ulkus Diabetikum
(*Wagner Clasificatin of Foot*)

3. Etiologi

Penyebab ulkus diabetikum salah satunya adalah neuropati diabetik, yaitu kerusakan pada saraf yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula darah yang tinggi dalam jangka waktu yang lama. Neuropati diabetik dapat menghilangkan sensasi pada kaki atau ekstremitas, yang dapat membuat penderita tidak merasakan luka atau tekanan yang dapat menyebabkan luka.

Ulkus kaki diabetik sering terjadi karena kombinasi neuropati (sensorik, motorik, otonom) dan iskemia, kondisi ini diperparah lagi dengan infeksi. Neuropati diabetikum menjadi faktor risiko utama terjadinya ulkus pada kaki. Hilangnya sensasi nyeri akan merusak kaki secara langsung. Kerusakan saraf perifer sering timbul perlahan-lahan dan sering tanpa gejala. Neuropati sensorik membuat kaki penderita tidak dapat merasakan apapun. Penggunaan alas kaki yang tidak sesuai ukuran dan neuropati motorik akan merubah karakteristik dari postur kaki sehingga membuat kaki menjadi melengkung, ujung kaki menekuk,

dan membuat tekanan yang pada tumit dan kaput metatarsal yang akhirnya akan membuat kulit menjadi tebal (kalus) yang sewaktu-waktu dapat pecah sehingga menimbulkan ulkus (Cahyaningtyas & Werdiningsih, 2022).

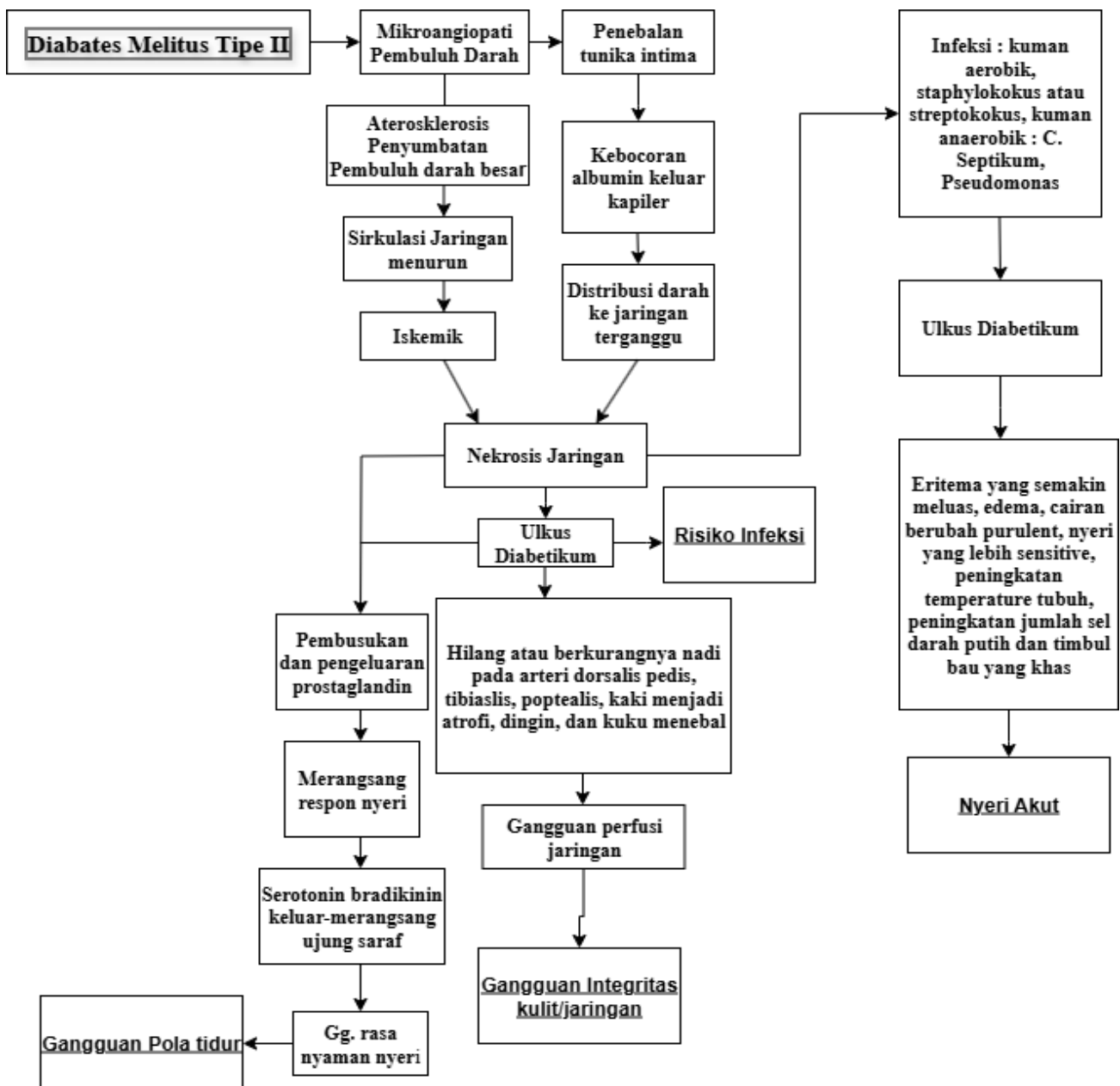
4. Patofisiologi

Aterosklerosis dan neuropati peripheral merupakan dua penyebab utama yang menyebabkan terjadinya komplikasi diabetes, aterosklerosis menyebabkan penurunan pada aliran darah dalam tubuh sehingga terjadi penebalan pada membrane pembuluh darah kapiler, hilangnya elastisitas, dan juga terjadi pengendapan lipid di dalam dinding pembuluh darah, jika tidak ditangani dengan segera akan menyebabkan iskemia pada pembuluh darah. Neuropati perifer juga mempengaruhi sistem saraf motorik, sensorik, dan juga sistem saraf otonom, ada juga penyebab multifaktorial seperti vasa nervorum, disfungsi endotel, hiperosmolaritas kronis, dan juga adanya efek peningkatan sorbitol dan fruktosa (Alzamani et al., 2022).

Awal mula munculnya ulkus diabetikum karena terjadi peningkatan glukosa darah yang menyebabkan abnormalitas pada vaskular dan neuropati. Neuropati, sensori, motorik ataupun autonomik bisa menimbulkan perubahan kondisi pada otot maupun kulit yang kemudian

berakibat pada perubahan penyaluran tekanan pada bagian telapak kaki dan dapat menyebabkan ulserasi. Infeksi dapat dengan mudah menyebar dan meluas karena terdapat risiko rentan terhadap infeksi (Jayanti, 2019).

5. Pathway



Sumber : Dinh, T., Veves, A. (2012)

Penderita Diabetes Melitus mengalami gangguan metabolik yang menyebabkan kerusakan pembuluh darah besar (mikroangiopati). Kerusakan itu ditandai dengan penebalan tunika intima dan aterosklerosis, yang menghambat aliran darah. Akibatnya, sirkulasi darah ke jaringan menurun, sehingga mengalami iskemia atau kekurangan oksigen dan nutrisi.

Selain itu, terdapat albumin dari kapiler yang memperparah gangguan distribusi darah ke jaringan. Keadaan ini, menyebabkan nekrosis jaringan, yang memicu terbentuknya ulkus diabetikum-luka terbuka pada ekstremitas penderita Diabetes Melitus.

Ulkus diabetikum ini sangat rentan terkena **risiko infeksi**, baik oleh kuman aerobik (staphylococcus, streptococcus) maupun anaerobik (Clostridium, septicum, pseudomonas). Infeksi menyebabkan luka menjadi lebih parah, ditandai dengan eritema, edema, cairan bernanah, nyeri yang meningkat, demam, dan bau khas.

Selain risiko infeksi, ulkus diabetikum menyebabkan hilangnya atau berkurangnya denyut nadi pada arteri perifer seperti dorsalis pedis dan tibialis. Kaki menjadi atrofi, dingin, dan kuku menebal, menandakan gangguan perfusi jaringan yang berlanjut pada **kerusakan integritas kulit/jaringan**.

Di sisi lain, proses nekrosis dan inflamasi memicu pelepasan prostaglandin, serotonin, dan bradikinin, yang menstimulasi reseptor dan ujung saraf. Ini menimbulkan **nyeri akut** yang signifikan,

menurunkan kenyamanan pasien dan akan menyebabkan **gangguan pola tidur** pada pasien.

6. Manifestasi Klinis

Menurut Sucitawati, (2021) berdasarkan tanda dan gejala yang diungkapkan oleh Roza pada tahun 2015 yaitu :

- a. Penurunan denyut nadi arteri dorsal pedis, tibia, dan arteri poplitea, atrofi di kaki, kaku/kebas, sering kesemutan, kedinginan, penebalan kuku dan kulit kering atau pecah-pecah.
- b. Eksudat, yaitu terdapat cairan atau pus pada luka yang dapat menjadi tempat berkembangnya bakteri.
- c. Edema, sebagian besar kulit dengan ulkus diabetikum menyebabkan pembengkakan sekitar 2 cm, kemerahan, dan peradangan minimal. Pembengkakan pada ulkus diabetikum terdiri dari edema ringan berkisar kurang dari 2 cm, edema sedang (seluruh bagian kaki), hingga berat (kaki dan tungkai).
- d. Peradangan/Inflamasi, bisa berupa peradangan ringan, sedang, berat atau tanpa peradangan sama sekali. Dengan karakteristik berwarna kemerahan/merah muda, eritema, pucat, gelap.
- e. Nyeri, terasa saat istirahat, sensitivitas atau nyeri sebagian besar tidak terasa lagi atau kadang-kadang.

7. Komplikasi

Komplikasi osteomielitis dan sepsis terjadi akibat infeksi pada luka diabetikum yang meluas hingga ke dalam jaringan tulang dan menjadi

infeksi sistemik serta sepsis. Sedangkan penyakit arteri perifer yang terjadi pada ulkus diabetikum memengaruhi penurunan aliran darah ke area ulkus, sehingga menyebabkan iskemia jaringan, nekrosis dan pembentukan gangren (Boulton & Whitehouse, 2020).

8. Penatalaksanaan Medis

Menurut Hutagalung et al., (2019), tujuan utama dari tatalaksana ulkus diabetikum adalah untuk penyembuhan luka yang lengkap dan mencegah terjadinya infeksi pada ulkus yang dapat meningkatkan resiko amputasi. Berikut beberapa penatalaksanaan medis yang dilakukan untuk menangani ulkus diabetikum diantaranya :

a. Pembedahan / Debridement

Tujuan pembedahan adalah untuk mengeluarkan nanah dan mencegah nekrosis jaringan dengan mengurangi tekanan kompartemen pada luka dan mengeluarkan jaringan yang terinfeksi.

Debridement adalah prosedur pengangkatan jaringan

mati dan membantu mempercepat penyembuhan luka. Debridement dapat dilakukan dengan metode enzimatik, otolitik, mekanis, biologis, dan bedah. Debridement bedah cepat dan efektif, tetapi terkadang dapat merusak jaringan yang masih hidup (Wintoko et al., 2020)

b. Pemberian Antibiotik

Antibiotik digunakan sebagai tatalaksana untuk mencegah infeksi pada ulkus diabetikum. Penggunaan antibiotik yang tidak tepat dapat

mengakibatkan kegagalan untuk mencapai tujuan terapi dan meningkatkan risiko resistensi insulin.

c. Perawatan Luka

Ulkus diabetik yang mengalami infeksi dengan eksudasi tinggi biasanya memerlukan balutan yang dapat menyerap kelembapan. Sementara itu, untuk perawatan luka kering, terapo obat topikal digunakan untuk meningkatkan dan mempertahankan kelembapan kulit yang terluka. Balukan luka harus diganti setidaknya sekali setiap hari untuk melakukan pembersihan luka dan memastikan bahwa kondisi luka tidak mengalami infeksi.

9. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan Darah

- a. Glukosa Darah Sewaktu (GDS) : >200 mg/dl
- b. Glukosa darah Puasa (GDP) : >120 mg/dl
- c. Glukosa Darah 2 Jam Postprandial (PP) : >200 mg/dl

Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai kadar glukosa darah yang menjadi penyebab utama kerusakan saraf dan vaskular pada penderita diabetes.

2) Pemeriksaan Urine

Pemeriksaan urine dilakukan untuk mendeteksi keberadaan glukosa dalam urine. Biasanya menggunakan metode reduksi, dimana perubahan warna menandakan kadar glukosa :

- a. Hijau (+)
- b. Kuning (++)
- c. Merah (+++)
- d. Merah Bata (++++)

3) Kultur Pus

Kultur pus dilakukan pada area luka ulkus untuk mengidentifikasi jenis bakteri yang menginfeksi luka. Pemeriksaan ini penting untuk memilih antibiotik yang paling sesuai, sehingga infeksi bisa ditangani secara efektif dan risiko resistensi antibiotik dapat diminimalkan.

b. Pemeriksaan Leukosit

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mengetahui adanya reaksi infeksi sistemik. Peningkatan kadar leukosit menunjukkan adanya proses inflamasi atau infeksi aktif pada luka.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Arsa, (2020), langkah awal dari semua proses keperawatan adalah pengkajian keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi pasien di rumah sakit. Data yang didapatkan yaitu data subjektif (data yang didapatkan melalui wawancara perawat kepada pasien, keluarga pasien atau orang-orang terdekat pasien) dan data objektif (data yang ditemukan

secara nyata. Data ini didapat melalui observasi atau pemeriksaan langsung perawat kepada pasien).

Pada langkah pengkajian, klien ulkus diabetikum ini dilakukan dengan cara mengumpulkan data :

a. Biodata Pasien

Mengidentifikasi identitas pada pasien diabetes melitus yang mana biasanya dapat menyerang pada segala usia dan gender. Namun, biasanya sering terjadi pada pasien dengan jenis kelamin laki-laki dengan rata-rata usia diatas 50 tahun (usia lanjut).

b. Riwayat penyakit

1) Keluhan Utama

Keluhan yang sering dirasakan pasien seperti luka yang lama sembuh dan berbau, terdapat rasa kesemutan pada kaki atau tungkai bawah, rasa raba menurun, serta terdapat nyeri pada

luka. Setelah dilakukan debridement umumnya klien akan mengeluh nyeri pada luka post debridement, kelemahan otot, keluhan mual muntah akibat obat anastesi, serta adanya luka post debridement.

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Berisi tentang riwayat dan kronologi terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan oleh pasien dalam mengatasi luka.

3) Riwayat Kesehatan lalu

Terdapat riwayat penyakit yang berkaitan dengan defisiensi insulin seperti penyakit pankreas, obesitas, diabetes melitus, riwayat penyakit jantung, artero klerosis, ataupun efek samping dari obat-obatan yang dikonsumsi penderita dan tindakan medis yang pernah dijalani.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Data yang diperoleh dari pasien dan keluarga pasien mengenai riwayat kesehatan keluarga apakah ada yang memiliki riwayat penyakit menurun atau tidak, apakah keluarga ada mengalami DM ataupun penyakit keturunan yang dapat mengakibatkan terjadinya defisiensi insulin.

5) Riwayat Psikososial

Mencakup berbagai informasi mengenai aspek psikologis pasien, emosi yang dialami pasien dan berhubungan dengan penyakitnya, aspek psikososial pasien selama berada di lingkungan masyarakat serta aspek spiritual pasien dalam beribadah.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pada pasien post operasi debridement ulkus dapat mengalami peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, dan suhu akibat dari tindakan debridement terhadap luka ulkus diabetikum.

2) Sistem Pernafasan

Mengkaji ada atau tidaknya gangguan pola nafas pada pasien post debridement ulkus, namun biasanya diabetes melitus tidak mengganggu pada sistem pernafasan.

3) Sistem kardiovaskuler

Pada pasien diabetes melitus dengan post debridement luka ulkus diabetikum biasanya tidak memiliki gangguan pada sistem kardiovaskuler.

4) Sistem pencernaan

Pada pasien post debridement dikaji ada tidaknya mual efek anastesi post operasi, dilakukan juga pengkajian nafsu makan, bising usus, berat badan.

5) Sistem endokrin

Mengkaji adanya pembesaran kelenjar tiroid, kaji peningkatan kadar glukosa dalam darah.

6) Sistem muskuloskeletal

Pada pasien post debridement ulkus biasanya mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas yang terdapat

luka post operasi baik akibat efek anestesi ataupun karena respon inflamasi sehingga menurunkan kekuatan otot.

7) Sistem integumen

Terdapat luka inflamasi pada ekstremitas yang terkait sampai jaringan subkutan dengan gejala berupa kemerahan, edema, berbau, dan nyeri tekan. Kulit yang terinfeksi menjadi panas, tampak bengkak, dan mengelupas. Pada kulit yang terinfeksi bisa ditemukan luka dengan cairan seperti nanah.

d. Pemeriksaan diagnostik

1) Pemeriksaan Darah

Meliputi pemeriksaan Glukosa darah yaitu : GDS > 200 mg/dl, dua jam post prandial . 200 mg/dl, dan gula darah puasa > 120 mg/dl.

2) Urine

Untuk mengidentifikasi tingkat glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara reduksi. Perubahan warna urine dapat menunjukkan hasilnya yaitu, hijau(+), kuning (++) , merah(+++), dan merah bata(+++).

3) Kultur pus

Untuk mengidentifikasi jenis kuman yang menyebabkan infeksi pada luka dan untuk menentukan antibiotik yang paling cocok untuk kuman tersebut.

4) Pemeriksaan leukosit

Untuk mengidentifikasi adanya resiko infeksi pada luka
ulkus.

e. Analisa Data

Tabel 2.2 Analisa data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : Pada umumnya : a. Pasien mengeluh nyeri b. Nyeri bertambah saat bergerak c. Nyeri terasa perih dan seperti di tusuk-tusuk DO : Biasanya : a. Terdapat luka akibat ulkus diabetikum atau tindakan post debridement b. Pasien tampak meringis c. Bersikap protektif d. Gelisah e. Peningkatan frekuensi tanda-tanda vital	Pasien dengan ulkus diabetikum mengalami hiperglikemia kronis yang menyebabkan kerusakan pada saraf perifer (neuropati diabetik) dan gangguan sirkulasi darah (mikroangiopati). Setelah dilakukan tindakan debridement, terjadi stimulasi reseptor nyeri akibat kerusakan jaringan dan inflamasi lokal, memicu pelepasan mediator inflamasi (prostaglandin, bradikinin, dan substansi P) yang menurunkan ambang nyeri sehingga timbul nyeri akut yang bersifat tajam dan intens pada area luka. Nyeri Akut	(D.0077) Nyeri Akut

2.	DS : Pada umumnya : a. Pasien mengatakan terdapat luka operasi di telapak tangan kirinya b. Pasien mengatakan nyeri pada tangan kirinya pada area luka operasi DO : Biasanya : a. Terdapat luka / kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit b. Nyeri c. Pendarahan d. Kemerahan e. Hematoma	Hiperglikemia berkepanjangan menyebabkan kerusakan pada saraf sensorik dan pembuluh darah kecil (mikroangiopati), menurunkan aliran darah ke ekstremitas dan mengganggu proses penyembuhan luka. Neuropati menyebabkan penurunan persepsi nyeri dan trauma berulang tanpa disadari. Setelah dilakukan debridement, integritas jaringan kulit terganggu karena pengangkatan jaringan nekrotik, sehingga mengakibatkan terbentuknya luka terbuka dan meningkatkan risiko kerusakan lebih lanjut pada jaringan sekitar.	(D.0129) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan
		Gangguan integritas kulit/jaringan	
3.	DS : Pada umumnya : a. Mengeluh sulit tidur b. Mengeluh sering terjaga c. Mengeluh tidak puas tidur d. Mengeluh pola tidur berubah e. Mengeluh istirahat tidak cukup f. Mengeluh kemampuan beraktivitas tidak cukup DO : -	Pasien dengan luka ulkus diabetikum pasca debridement mengalami nyeri akut yang disebabkan oleh kerusakan jaringan dan inflamasi. Nyeri yang berlangsung terus-menerus terutama pada malam hari mengaktivasi sistem saraf simpatis dan menghambat produksi hormon tidur seperti melatonin. Ketidaknyamanan ini mengganggu siklus tidur normal, menyebabkan pasien sulit tidur, sering terjaga, dan tidak merasa cukup istirahat.	(D.0055) Gangguan Pola Tidur
		Gangguan Pola Tidur	
4.	DS : - DO : Biasanya : a. Terdapat luka terbuka akibat ulkus diabetikum	Pasien dengan ulkus diabetikum dan kondisi hiperglikemia kronis mengalami penurunan fungsi sistem imun (disfungsi leukosit), serta kerusakan kulit sebagai garis pertahanan pertama. Setelah dilakukan	(D.0142) Resiko Infeksi

	ataupun tindakan invasif prosedur pembedahan	debridement, terbentuk luka terbuka yang memudahkan masuknya mikroorganisme patogen. Luka menjadi lingkungan yang ideal untuk pertumbuhan bakteri, apalagi jika tidak dirawat secara aseptik, sehingga meningkatkan risiko infeksi lokal maupun sistemik seperti sepsis atau osteomielitis.
b.	Peningkatan suhu tubuh diatas 37,5°C	
c.	Peningkatan leukosit 10.800sel/cm	
d.	Adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor)	
		Risiko Infeksi

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut DPP PPNI (2018), diagnosa keperawatan pada pasien Ulkus Diabetikum dengan Post Debridement adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, **prosedur operasi**, trauma, latihan fisik berlebihan)
- b. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan neuropati Perifer
- c. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- d. Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	(D.0077) Nyeri Akut	(L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Keluhan sulit tidur menurun f. Mual menurun g. Nafsu makan meningkat h. Pola tidur meningkat	(I.0828) Manajemen Nyeri Observasi : a. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri b. Kompres hangat/dingin, terapi bermain c. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri d. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	(D.0129) Gangguan Integritas kulit/jaringan	(L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : a. Kerusakan jaringan menurun b. Kerusakan lapisan kulit menurun c. Nyeri menurun d. Pendarahan menurun	(I.14564) Perawatan Luka Observasi : a. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) b. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik : a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan

	e. Kemerahan menurun f. Nekrosis menurun	b. Cukur rambut sekitar daerah luka, jika perlu c. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan d. Bersihkan jaringan nekrotik e. Berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi, jika perlu f. Pasang balutan sesuai jenis luka g. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka h. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Edukasi : a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi : a. Kolaborasi prosedur debridement b. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
3.	(D.0055) Gangguan Pola Tidur	(L.05045) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : a. Keluhan sulit tidur menurun b. Keluhan sering terjaga menurun c. Keluhan tidak puas tidur menurun d. Keluhan pola tidur berubah menurun e. Keluhan istirahat tidak cukup menurun
		(I.09265) Dukungan Tidur Observasi : a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik : a. Modifikasi lingkungan b. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur c. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi : a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit b. Ajarkan menepati kebiasaan waktu tidur c. Ajarkan relaksasi otot autogenik/cara non farmakologis lainnya d. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur
4.	(D.0142) Risiko Infeksi	(L.14137) (I.14539) Pencegahan Infeksi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	Observasi :
a. Demam menurun	a. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik
b. Nyeri menurun	Terapeutik :
c. Kemerahan menurun	a. Batasi jumlah pengunjung
d. Bengkak menurun	b. Berikan perawatan kulit pada area edema
e. Kadar sel darah putih membaik	c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
	d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
	Edukasi :
	a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
	b. Anjarkan mencuci tangan dengan benar
	c. Ajarkan etika batuk
	d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi
	e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
	f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
	Kolaborasi :
	a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap dimana perawat melaksanakan rencana tindakan keperawatan bersama pasien. Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana setelah divalidasi dan membutuhkan keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknikal yang dilakukan dengan cermat dan efektif dalam kondisi yang tepat dengan selalu memperhatikan keamanan fisik dan psikologis. Setelah implementasi selesai, dokumentasi dilakukan, yang mencakup informasi tentang hasil dan bagaimana perawatan dilakukan (Nursalam, 2017).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Hidayat, 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Krisnmonita, 2021). Evaluasi keperawatan bertujuan untuk mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien dan untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan (Hidayat, 2021).

Evaluasi proses atau formatif : Evaluasi ini dilakukan setelah tindakan keperawatan selesai dilaksanakan. Tujuannya adalah untuk mengevaluasi proses perawatan yang telah dilakukan. Dalam evaluasi ini, perawat menilai keefektifan tindakan yang telah dilakukan, mengidentifikasi masalah atau hambatan yang muncul selama proses perawatan, dan memperbaiki rencana perawatan jika diperlukan (Nursalam, 2020).

Evaluasi hasil atau sumatif : Evaluasi ini dilakukan dengan membandingkan respon klien terhadap tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan dalam perencanaan keperawatan. Perawat

menilai apakah tujuan perawatan telah tercapai, sejauh mana perubahan terjadi pada kondisi klien, dan apakah ada perubahan atau masalah baru yang perlu ditangani. Evaluasi hasil digunakan untuk mengevaluasi efektivitas Asuhan Keperawatan secara komprehensif (Nursalam, 2020).

Berikut adalah penjelasan singkat mengenai setiap komponen dalam pendekatan SOAP:

S (Subjektive) : Merupakan respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Informasi ini didapatkan melalui wawancara dengan klien atau keluarga mengenai perasaan, keluhan atau perubahan yang dirasakan oleh klien.

O (Objective) : Merupakan respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Informasi ini diperoleh melalui pengamatan langsung oleh perawat, seperti hasil pemeriksaan fisik, data laboratorium atau hasil tes diagnostik.

A (Assesment) : Merupakan analisis ulang atau data subjektif dan objektif untuk mengevaluasi apakah masalah yang ada masih tetap atau muncul masalah baru.

P (Plan) : Merupakan perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis pada respon klien. Perawat merumuskan rencana perawatan yang baru atau memodifikasi rencana perawatan yang sudah ada.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. TINJAUAN KASUS

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Pasien

Nama : Tn.E
Tanggal Lahir : Garut 06 Februari 1972
Umur : 52 Tahun
Alamat : Sukasenang, Bayongbong
Pendidikan : SMA
Jenis Kelamin : Laki-laki
Setatus Perkawinan : Menikah
Agama : Islam
Suku Bangsa : Sunda
Pekerjaan : Wiraswasta
Tanggal Masuk : 21 April 2025
Tangga operasi : 22 April 2025
Tanggal Pengkajian : 22 april 2025
No.CM : 241247
No.Kamar : F1
Diagnosa Medis : Post Debridement a/i Ulkus Diabetikum

2) Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny.E
Tanggal Lahir : Garut 29 Juli 1973
Umur : 51 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Sukasenang, Bayongbong

Pendidikan : Diploma III
Suku Bangsa : Sunda
Pekerjaan : PNS
Status Hubungan : Istri

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri luka post operasi

2) Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pada saat dilakukan pengkajian hari Rabu tanggal 22 April 2025 pukul 16.00 di ruang Flamboyan 1, pasien mengeluh nyeri pada telapak tangan kiri pada area luka post operasi ulkus diabetikum, nyeri bertambah ketika digerakkan dan berkurang ketika di istirahatkan. Nyeri terasa perih dan seperti di sayat-sayat, nyeri yang di rasakan hilang timbul, nyeri terasa pada telapak tangan kiri pada area luka post operasi. Pasien tampak meringis, skala nyeri 7 (0-10). Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, terdapat penyebaran nyeri pada persendian dan nyeri yang menjalar, pasien juga mengeluh sulit tidur, sering terjaga pada malam hari karena nyeri pada area luka.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan pasien dan keluarga, pasien menuturkan bahwa sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit yang serupa dan belum pernah di rawat di rumah sakit. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus sejak 8 tahun yang

lalu tepatnya pada tahun 2018. Riwayat intake nutrisi/pola makan pasien mengatakan sering mengonsumsi makanan manis/tinggi gula, pola makan tidak terjaga sering merasa lapar dan haus, pasien mengatakan tidak rutin kontrol/pengobatan gula darah, pasien mengatakan jarang berolahraga tetapi selalu melakukan aktivitas yang berat dalam pekerjaannya, Pasien dan keluarga mengatakan bahwa tidak memiliki penyakit menular ataupun penyakit infeksi lainnya seperti hipertensi, TBC, hepatitis, dll.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien menuturkan bahwa dikeluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang serupa dengan pasien. Namun, keluarga pasien menuturkan bahwa orangtua pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi. Keluarga pasien mengatakan di keluarganya sering mengonsumsi makanan tinggi gula dan karbohidrat, pola makan dalam keluarga tidak terjaga, keluarga mengatakan tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular atau riwayat penyakit keturunan lainnya.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Penampilan : Pasien tampak meringis dan bersikap protektif

Kesadaran : ComposMentis

GCS : 15 (E4 M6 V5)

2) Tanda – tanda Vital

Tekanan Darah : 130/90 mmHg

Nadi : 113 x/menit

Respirasi : 20 x/menit

Suhu : 38°C

SPO2 : 98%

BB : 65 kg

TB : 167 cm

3) Pemeriksaan Fisik Per sistem

a) Sistem Endokrin

Pergerakan leher baik dibuktikan dengan pasien dapat menengok ke kiri dan kanan, tidak teraba adanya pembesaran kelenjar tyroid maupun kelenjar getah bening, tidak ada nyeri tekan pada leher.

b) Sistem Pernapasan

Lubang hidung pasien simetris antara lubang kiri dan kanan, lubang hidung tampak bersih, tidak ada lesi, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat sianosis, pengembangan dada simetris, tidak ada nyeri tekan pada hidung dan dada, bunyi thoraks sonor, bunyi napas vesikuler, tidak terdapat suara napas tambahan seperti ronchi maupun wheezing pada semua lapang paru,

frekuensi napas 20 x/menit. Pasien tidak terpasang alat bantu napas / O₂.

c) Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva tidak anemis, bibir tidak sianosis, tidak ada pembesaran vena jugularis, ictus cordis tidak tampak dan tidak teraba pada permukaan dinding dada di ICS 5 midclavikula sinistra, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis maupun radialis teraba kuat, alkral hangat, CRT <2 detik, bunyi jantung reguler (S1-S2).

d) Sistem Pencernaan

Bibir pasien tampak simetris, mukosa bibir lembab, warna bibir pasien kecoklatan, rongga mulut dan lidah bersih, gigi tampak lengkap 32 buah, gigi tampak bersih, tidak ada lesi pada rongga mulut, tidak ada mual, abdomen datar, bising usus 12 x/menit, saat di perkusi suara abdomen timpani, tidak teraba massa atau benjolan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan di sekitar abdomen, pasien tidak terpasang NGT.

e) Sistem Perkemihan

Kandung kemih teraba kosong, tidak terpasang kateter, tidak teraba adanya masa lunak dan tidak ada nyeri tekan di sekitar kandung kemih, saat di auskultasi arteri renalis tidak terdengar bruit sign.

f) Sistem Neurologis

1. Nervus I (*Olfactorius*)

Fungsi penciuman baik di buktikan dengan pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih, kopi, dan alkohol.

2. Nervus II (*Opticus*)

Fungsi penglihatan baik, di buktikan dengan pasien dapat membaca papan nama perawat pada jarak kurang lebih 50 cm tanpa menggunakan alat bantu penglihatan.

3. Nervus III (*Oculomotoris*)

Pupil isokor di buktikan dengan saat diberi rangsangan cahaya pupil miosis dengan diameter pupil 3 mm.

4. Nervus IV (*Troclearis*)

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah.

5. Nervus V (*Abdusen*)

Pasien dapat menggerakkan bola matanya ke samping kiri dan kanan.

6. Nervus VI (*Trigeminus*)

Sensori pada kulit wajah pasien baik, pasien dapat merasakan gesekan kapas pada pipi, pasien dapat mengunyah dan menelan dengan baik.

7. Nervus VII (*Facialis*)

Nervus dan otot wajah pasien baik, pasien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi. Pasien bisa merasakan sensasi rasa asin, manis, pedas dan pahit pada 2/3 anterior lidah.

8. Nervus VIII (*Vestibulococlear*)

Fungsi pendengaran pasien baik, dibuktikan dengan pasien mampu mendengar dengan jelas setiap pertanyaan yang di ajukan perawat.

9. Nervus IX (*Glosopharingeus*)

Refleks menelan pasien baik

10. Nervus X (*Vagus*)

Refleks muntah (gag refleks) pasien baik, pasien bisa merasakan sensasi rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah.

11. Nervus XI (*Accesorius*)

Pasien dapat menggerakkan kepalanya dengan mengangguk, menoleh ke kiri dan kanan serta menggerakkan bahunya.

12. Nervus XII (*Hipoglossus*)

Pasien mampu menggerakkan lidahnya ke samping kiri dan kanan.

g) Sistem Penglihatan

Bentuk dan letak mata simetris, konjungtiva merah muda tidak anemis, mata cekung, sklera putih, refleks pupil

baik, pupil isokor dengan diameter 2-3 mm, tidak ada pembengkakan dan nyeri tekan pada sekitar mata.

h) Sistem Pendengaran

Bentuk dan letak telinga kiri dan kanan simetris, telinga tampak sedikit kotor, tampak terdapat serumen dalam rongga telinga, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran tulang mastoid, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada peradangan pada telinga bagian tengah, tidak ada nyeri tekan dan pembesaran pada tulang mastoid.

i) Sistem Integumen

Kulit pasien berwarna sawo matang, kulit teraba hangat, kulit tampak bersih, turgor kulit <1 detik, terdapat luka post debridement pada ekstremitas atas tepatnya pada palmar sinistra. Luka pada palmar dengan panjang luka 6 cm, lebar 5.5 cm, dan kedalaman 1 cm. luka pasien kemerahan dan kekuningan, terdapat nanah, dan terdapat pendarahan, luka tertutup balutan. Tepian sekitar luka tidak beraturan, kulit sekitar luka tampak kemerahan dan teraba hangat, sensori sekitar luka positif.

j) Sistem Muskuloskeletal

Pada ekstremitas atas, tangan tampak simetris antara kiri dan kanan, tangan sebelah kanan terpasang infus Ringer

Asetate 20 tetes/menit, jumlah jari lengkap. Pada ekstremitas atas kiri terdapat luka post debridement pada palmar dengan ukuran luka panjang 6 cm, lebar luka 5.5 cm, dan kedalaman luka 1 cm. terdapat deformitas pada jari tengah, gerakan terbatas tidak bisa normal mengikuti perintah, terdapat nyeri tekan, terdapat edema pada area luka, kekuatan otot ekstremitas atas kiri 4. Ekstremitas atas kanan dapat di gerakan normal dan mengikuti intruksi, tonus otot baik, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak ada krepitasi, tidak ada nyeri tekan ataupun edema, tidak terdapat atrofi/pengecilan otot, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 5.

Pada ekstremitas bawah, kaki tampak simetris antara kiri dan kanan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak ada edema, pada kedua kaki tonus otot baik, tidak ada keterbatasan dalam bergerak, dapat di gerakan dengan normal dan mengikuti perintah, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, kekuatan otot kedua kaki 5. Skala kekuatan otot :

4	5
5	5

d. Data Psikologis

1) Status Emosi

Saat dikaji status emosi Tn. E stabil dan kooperatif ketika di ajak bicara.

2) Konsep Diri

a) Citra Tubuh / *Body Image*

Saat di kaji pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya meskipun terdapat luka post debridement akibat kecelakaan kecil pada tangannya kirinya yang menyebabkan ulkus diabetik dikarenakan pasien juga memiliki riwayat penyakit diabetes. Saat sehat, pasien dapat beraktivitas dengan normal, namun ketika kondisi kesehatannya mulai menurun dan disebabkan luka pada tangannya , aktivitas pasien menjadi sangat terbatas dan terganggu khususnya untuk aktivitas berat yang melibatkan kekuatan otot kedua tangannya.

b) Identitas diri dan peran diri

Saat di kaji pasien mengatakan dirinya bernama Tn. E, berjenis kelamin laki-laki yang berumur 52 tahun, pasien memiliki seorang istri bernama Ny. E dan memiliki 4 orang anak. Dalam keluarganya, Tn. E berperan sebagai suami, ayah dan sekaligus tulang punggung keluarganya.

c) Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakit yang dideritanya sekarang agar bisa kembali beraktivitas dan bekerja seperti sebelumnya. Pasien mengatakan sangat yakin bisa sembuh dan melewati fase hidupnya yang sekarang.

d) Harga Diri

Pasien mengatakan merasa tidak percaya diri dengan kondisinya sekarang, namun pasien berusaha untuk tabah dan menganggap kondisinya sekarang sebagai ujian dalam hidupnya.

3) Mekanisme Koping

Pasien terbuka kepada keluarganya baik ketika memiliki masalah ataupun tidak, dan biasa menceritakan malahnya kepada istri serta anak-anaknya. Istri dan anak pasien merupakan orang terdekat pasien, yang selalu memberikan dukungan emosional untuk kesembuhannya.

4) Tingkat Kecemasan

Pada saat di kaji, pasien mengatakan kecemasannya sedikit berkurang karena tindakan operasi sudah selesai dilakukan. Semenjak sakit pasien sering mengeluh dan khawatir karena tidak dapat bekerja untuk menafkahi keluarganya.

e. Data Sosial

1) Pola Interaksi

Pasien berinteraksi dengan baik dengan keluarga, dokter, perawat dan pasien yang lain. Selama dilakukan pengkajian pasien sangat kooperatif dan dapat menjawab setiap pertanyaan dengan baik.

2) Gaya Komunikasi

Pasien berasal dari suku sunda dan berkomunikasi menggunakan bahasa sunda. Pasien dapat berkomunikasi dengan baik dengan keluarga, dokter, perawat, tenaga medis lainnya, serta dengan pasien lain.

f. Data Spiritual

1) Konsep Ketuhanan

Pasien mengatakan dirinya beragama islam dan meyakini adanya Tuhan dalam agamanya yaitu Allah SWT. Pasien mengatakan bahwa kondisinya sekarang merupakan ujian dari Allah SWT karena terkadang masih lalai dalam melaksanakan kewajibannya sebagai seorang muslim. Pasien yakin bahwa setiap ujian pasti akan berakhir, begitupun dengan kondisi yang dialaminya.

2) *Sense of Thasendence*

Pasien mengatakan melalui penyakitnya sekarang, Tn.E semakin sadar bahwa Allah Maha Kuasa. Pasien mengatakan hanya kepada Allah dirinya berdo'a memohon untuk kesembuhan atas penyakitnya. Pasien mengatakan hanya bisa berikhtiar dan berdo'a untuk kesembuhannya dan selebihnya menyerahkan kepada Allah.

3) Falsafah Hidup

Pasien mengatakan selama masih sehat masih sering lalai dalam melaksanakan kewajibannya yaitu sholat 5 waktu. Selama di rawat di rumah sakit, aktivitas ibadahnya terbatas, namun pasien selalu berdoa agar diberi kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya sekarang. Selain itu, selama di rumah sakit pasien selalu mendengarkan lantunan ayat suci Al-Qur'an.

g. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Saat Sehat	Saat Sakit
1.	Nutrisi		
a.	Makan		
	Frekuensi	2x/hari	2x/hari
	Jenis	Nasi, sayur, ikan	Bubur ayam
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Keluhan	-	-
	Cara	Mandiri	Dibantu
	Pantangan	-	Makanan manis, pedas
b.	Minum		
	Frekuensi	Sering	Sering
	Jumlah	10 – 12 gelas/hari	8 – 10 gelas/hari
	Jenis	Air mineral, kopi, dll	Air mineral
	Cara	Mandiri	Dibantu
	Keluhan	Sering haus	Sering haus
	Pantangan	Minuman manis	Minuman manis
2.	Eliminasi		
a.	BAB		
	Frekuensi	1 – 2x/hari	-
	Konsistensi	Lembek	-
	Warna	Khas feses	-
	Bau	Khas feses	-
	Keluhan	-	Tidak ingin BAB
b.	BAK		
	Frekuensi	6 – 8x/hari	5 – 6x/hari
	Warna	Khas urine	Khas urine
	Bau	Khas urine	Khas urine
	Keluhan	Sering BAK	Sering BAK

3.	Personal Hygiene		
a.	Mandi	1 – 2x/hari	Washlap 2x/hari
b.	Gosok gigi	2x/hari	-
c.	Keramas	1x/2 hari	-
d.	Ganti pakaian	2x/hari	1x/hari
e.	Cara		
f.	Kebersihan kuku	Mandiri Bersih	Dibantu Bersih
4.	Pola istirahat Tidur		
a.	Tidur siang		
	Waktu	2 jam/hari	30 menit/hari
	Kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
	Keluhan	-	Nyeri pada luka post op
b.	Tidur malam		
	Waktu	8 – 9 jam/hari	3 – 4 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	kurang
	Keluhan	-	Sulit tidur karena nyeri

h. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Tn. E

Tanggal Lahir : 06.02.1972

Tanggal Pemeriksaan : 22.04.2025

No. RM : 241247

NIK : 320517020270001

Dokter : dr. Abdurrahman, Sp.OT

Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
KIMIA DARAH			
Gula Darah Sewaktu	445	mg/dl	76 – 100
Gula Darah 2 jam PP		mg/dl	100 – 140
Tgl 22.04.2025 Jam 19:00	331	mg/dl	100 – 140
Tgl 23.04.2025 Jam 00:00	372	mg/dl	100 – 140
Tgl 23.04.2025 Jam 05:00	219	mg/dl	100 – 140
Tgl 25.04.2025 Jam 05.30	221	mg/dl	100 – 140

Nama : Tn. E

Tanggal Lahir : 06.02.1972

Tanggal Pemeriksaan : 22.04.2025

No. RM : 241247

NIK : 320517020270001

Dokter : dr. Abdurrahman, Sp.OT

Tabel 3. 3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
<u>HEMATOLOGI</u>			
Hemoglobin	14.2	gr/dl	Pria = 14 – 18
Leukosit	17.000	/mm ³	4.000 – 10.000/mm ³
			<10 mm
			<20 mm
Trombosit	363.000	/mm ³	150.000 – 450.000
Hematokrit	48.4	%	35 – 45
Eritrosit		Juta/mm ³	4,5 – 6,0
Golongan darah			
Bliding Time		Menit	1 – 3 menit
Clothing Time			5 – 15 menit
<u>KIMIA</u>			
Ureum	40	mgr%	11 – 55
Kreatinin	1.18	mgr%	Pria = 0.9 – 1.3
	22	u/L	Pria = 10 – 50

i. Program Terapi

Tabel 3. 4 Program Terapi

No	Jenis Obat	Dosis	Cara Pemberian	Kegunaan
1.	Asering	20 tpm / 1500 cc / 24 jam	IV	Pengganti cairan tubuh
2.	Cefotaxim	2x1 gr	IV	Antibiotik, untuk mengobati infeksi dalam tubuh
3.	Ketorolac	2x30 gr	IV	Anti nyeri, menghambat produksi senyawa kimia yang menyebabkan peradangan nyeri
4.	Ranitidine	2x50 gr	IV	Mengatasi asam lambung
5.	Sansulin rapid	2x10 u	IM	Menurunkan kadar gula darah tinggi dengan cara

2. DS : a. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada telapak tangan kirinya b. Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi DO : a. Terdapat luka post debridement a.i ulkus diabetikum pada palmar sinistra b. Ukuran luka pada palmar (panjang= 6cm, Lebar= 5.5cm, kedalaman luka= 1cm) c. Luka mengeluarkan bau d. Terdapat pendarahan dan balutan luka rembes e. Kulit area sekitar luka tampak hangat dan tampak kemerahan	Hiperglikemia berkepanjangan menyebabkan kerusakan pada saraf sensorik dan pembuluh darah kecil (mikroangiopati), menurunkan aliran darah ke ekstremitas dan mengganggu proses penyembuhan luka. Neuropati menyebabkan penurunan persepsi nyeri dan trauma berulang tanpa disadari. Setelah dilakukan debridement, integritas jaringan kulit terganggu karena pengangkatan jaringan nekrotik, sehingga mengakibatkan terbentuknya luka terbuka dan meningkatkan risiko kerusakan lebih lanjut pada jaringan sekitar.. Gangguan integritas kulit/jaringan	Gangguan integritas kulit/jaringan
3. DS : a. Pasien mengeluh sulit tidur b. Pasien mengeluh sering terjaga c. Pasien mengeluh tidak puas tidur / istirahat DO : a. Pasien tampak lemas b. Wajah tampak lusuh c. Tekanan darah : 130/90mmHg	Pasien dengan luka ulkus diabetikum pasca debridement mengalami nyeri akut yang disebabkan oleh kerusakan jaringan dan inflamasi. Nyeri yang berlangsung terus-menerus terutama pada malam hari mengaktifasi sistem saraf simpatis dan menghambat produksi hormon tidur seperti melatonin. Ketidaknyamanan ini mengganggu siklus tidur normal, menyebabkan pasien sulit tidur, sering terjaga, dan tidak merasa cukup istirahat. Gangguan Pola Tidur	Gangguan pola tidur
4. DS : - DO : a. Terdapat luka dengan balutan kassa b. Terdapat luka post debridement pada telapak tangan kiri	Pasien dengan ulkus diabetikum dan kondisi hiperglikemia kronis mengalami penurunan fungsi sistem imun (disfungsi leukosit), serta kerusakan kulit sebagai garis pertahanan pertama. Setelah dilakukan	Risiko Infeksi

dengan keadaan kulit sekitar luka kemerahan, tidak terdapat bengkak pada area luka	debridement, terbentuk luka terbuka yang memudahkan masuknya mikroorganisme patogen. Luka menjadi lingkungan yang ideal untuk pertumbuhan bakteri, apalagi jika tidak dirawat secara aseptik, sehingga meningkatkan risiko infeksi lokal maupun sistemik seperti sepsis atau osteomyelitis.
c. Leukosit : 17.000	

Risiko Infeksi

2. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut b.d teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan :

DS :

- a. Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi
- b. Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak
- c. Nyeri terasa perih dan seperti di tusuk-tusuk
- d. Nyeri terasa pada area luka di telapak tangan kiri
- e. Nyeri dirasakan hilang timbul

DO :

- a. Terdapat luka debridement a.i ulkus diabetikum pada palmar sinistra
- b. Pasien tampak meringis
- c. Pasien tampak gelisah
- d. Skala nyeri 7 (0-10)
- e. Tekanan darah : 130/90mmHg

Nadi : 113x/menit

Suhu : 38°C

2. Gangguan Integritas kulit/jaringan b.d neuropati perifer / terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan :

DS :

- a. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada telapak tangan kirinya
- b. Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi

DO :

- a. Terdapat luka post debridement a.i ulkus diabetikum pada palmar sinistra
- b. Ukuran luka pada palmar (panjang= 6cm, Lebar= 5.5cm, kedalaman luka= 1cm)
- c. Luka mengeluarkan bau
- d. Terdapat pendarahan dan balutan luka rembes
- e. Kulit area sekitar luka tampak hangat dan tampak kemerahan

3. Gangguan Pola Tidur b.d kurang kontrol tidur ditandai dengan:

DS :

- a. Pasien mengeluh sulit tidur
- b. Pasien mengeluh sering terjaga
- c. Pasien mengeluh tidak puas tidur / istirahat

DO :

- a. Pasien tampak lemas
- b. Wajah tampak lusuh

c. Tekanan darah : 130/90mmHg

4. Risiko Infeksi b.d efek prosedur invasif ditandai dengan :

DS : -

DO :

- a. Terdapat luka dengan balutan kassa
- b. Terdapat luka post debridement pada telapak tangan kiri dengan keadaan kulit sekitar luka kemerahan, tidak terdapat bengkak pada area luka
- c. Leukosit : 17.000

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 6 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	(D.0077) Nyeri Akut DS : a. Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi b. Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak c. Nyeri terasa perih dan seperti di tusuk-tusuk d. Nyeri terasa pada area luka di telapak tangan kiri e. Nyeri dirasakan hilang timbul DO : a. Terdapat luka debridement a.i ulkus diabetikum pada palmar sinistra b. Pasien tampak meringis c. Pasien tampak gelisah d. Skala nyeri 7 (0-10) e. Tekanan darah : 130/90mmHg Nadi : 113x/menit Suhu : 38°C	(L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Keluhan sulit tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola tidur meningkat	1. Monitor lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Monitor skala nyeri 3. Berikan teknik non farmakologis (terapi psikologis – distraksi/relaksasi) untuk mengurangi rasa nyeri 4. Kompres hangat/dingin 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 6. Berikan analgetik (ketorolac) sesuai dengan program terapi dokter 7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri	1. Untuk mendapatkan gambaran menyeluruh mengenai nyeri yang dialami pasien sehingga memudahkan dalam menentukan intervensi yang tepat. 2. Membantu mengevaluasi tingkat nyeri dan efektivitas intervensi nyeri yang telah diberikan. 3. Teknik ini dapat mengalihkan perhatian pasien dari nyeri dan membantu menurunkan ketegangan otot, sehingga nyeri berkurang. 4. Kompres dapat membantu mengurangi inflamasi, meningkatkan sirkulasi, serta menurunkan sensasi nyeri lokal. 5. Lingkungan yang tenang dan nyaman membantu menurunkan stres dan persepsi terhadap nyeri. 6. Obat analgesik bekerja menghambat proses inflamasi dan mengurangi persepsi nyeri melalui mekanisme farmakologis. 7. Memberikan informasi dapat meningkatkan pemahaman pasien dan keterlibatan aktif dalam pengelolaan nyeri. 8. Pengetahuan tentang teknik pengendalian nyeri membantu pasien untuk mandiri dan tidak bergantung pada obat.

			9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	9. Penggunaan analgesik yang tepat menghindari efek samping dan meningkatkan efektivitas terapi nyeri.
			10. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	10. Strategi seperti napas dalam, relaksasi otot progresif, atau meditasi membantu pasien mengelola nyeri tanpa ketergantungan pada obat.
			11. Sudah teradvice kan	11. Kolaborasi memastikan bahwa pengelolaan nyeri dilakukan secara holistik dan sesuai dengan indikasi medis.
2.	(D.0129) Gangguan Integritas kulit/jaringan DS : a. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada telapak tangan kirinya b. Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi DO : a. Terdapat luka post debridement a.i ulkus diabetikum pada palmar sinistra b. Ukuran luka pada palmar (panjang= 6cm, Lebar= 5.5cm, kedalaman luka= 1cm) c. Luka mengeluarkan bau d. Terdapat pendarahan dan balutan luka rembes	(L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Pendarahan menurun 5. Kemerahan menurun 6. Nekrosis menurun	1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik dan antiseptik 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Berikan antibiotik (cefotaxim) sesuai dengan program terapi dokter 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	1. Untuk mengetahui perkembangan penyembuhan luka atau adanya tanda infeksi dini, sehingga tindakan dapat segera dilakukan. 2. Infeksi dapat memperburuk kondisi luka dan memperlambat proses penyembuhan. Pemantauan membantu deteksi dini. 3. Teknik aseptik mencegah kontaminasi mikroorganisme, sedangkan antiseptik membantu membunuh kuman pada luka. 4. NaCl merupakan larutan isotonik yang aman untuk jaringan dan efektif membersihkan debris tanpa merusak jaringan sehat. 5. Balutan yang sesuai menjaga kelembapan luka, melindungi dari trauma, dan mempercepat proses regenerasi jaringan. 6. Antibiotik membantu mengatasi atau mencegah infeksi sistemik dan lokal pada luka. 7. Edukasi pasien tentang gejala infeksi (kemerahan, nyeri, bengkak, keluar nanah) penting agar pasien dapat segera melapor jika gejala muncul.

e. Kulit area sekitar luka tampak hangat dan tampak kemerahan		8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	8. Nutrisi yang cukup, terutama protein dan kalori, dibutuhkan untuk proses regenerasi jaringan dan penyembuhan luka.
		9. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	9. Meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien dalam merawat luka di rumah, mencegah komplikasi, dan mempercepat penyembuhan.
		10. Sudah teradvise kan	10. Menunjukkan bahwa pasien sudah mendapatkan penjelasan medis dari tim dokter, termasuk tindakan atau terapi lanjutan yang akan dilakukan.
3. (D.0055) Gangguan Pola Tidur DS : a. Pasien mengeluh sulit tidur b. Pasien mengeluh sering terjaga c. Pasien mengeluh tidak puas tidur / istirahat DO : a. Pasien tampak lemas b. Wajah tampak lusuh c. Tekanan darah : 130/90mmHg	(L.05045) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	1. Monitor pola aktivitas dan tidur 2. Monitor faktor pengganggu tidur 3. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu dan kenyamanan tempat tidur) 4. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur	1. Pemantauan pola aktivitas dan tidur membantu perawat dalam mengidentifikasi gangguan tidur yang dialami pasien serta waktu tidur yang tidak efektif. Data ini menjadi dasar untuk merancang intervensi yang tepat guna memperbaiki kualitas tidur pasien. 2. Mengetahui faktor penyebab gangguan tidur seperti nyeri, suara bising, atau kecemasan penting untuk menentukan strategi intervensi yang sesuai dalam menciptakan lingkungan yang mendukung tidur. 3. Lingkungan yang nyaman, seperti pencahayaan redup, suhu ruangan yang sesuai, dan kebisingan yang minimal dapat memfasilitasi tidur yang lebih nyenyak dan berkualitas. 4. Stres adalah salah satu penyebab utama gangguan tidur. Membantu pasien meredakan stres sebelum tidur dapat menurunkan aktivitas simpatik dan mempersiapkan tubuh untuk istirahat.

			5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	5. Edukasi tentang manfaat tidur cukup selama sakit membantu pasien memahami bahwa tidur mendukung proses penyembuhan, meningkatkan sistem imun, dan mempercepat pemulihan.
			6. Ajarkan relaksasi otot autogenik/cara non farmakologis lainnya	6. Teknik relaksasi seperti latihan pernapasan, relaksasi otot progresif, dan metode autogenik membantu mengurangi ketegangan fisik dan mental yang dapat mengganggu tidur, tanpa ketergantungan pada obat.
			7. Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur	7. Menghindari kafein, alkohol, dan makanan berat menjelang tidur dapat mencegah gangguan pencernaan atau stimulasi sistem saraf yang dapat mengganggu proses tidur.
4.	(D.0142) Risiko Infeksi DS : - DO : a. Terdapat luka dengan balutan kassa b. Terdapat luka post debridement pada telapak tangan kiri dengan keadaan kulit sekitar luka kemerahan, tidak terdapat bengkak pada area luka c. Leukosit : 17.000/mm ³ d. Suhu : 38°C	(L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Nyeri menurun 3. Kemerahan menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Lakukan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	1. Deteksi dini terhadap tanda infeksi seperti demam, kemerahan, bengkak, atau peningkatan leukosit sangat penting untuk mencegah infeksi berkembang lebih lanjut dan untuk memulai intervensi medis segera. 2. Mengurangi jumlah pengunjung membantu menurunkan risiko masuknya mikroorganisme dari luar yang dapat memperburuk kondisi pasien atau menyebabkan infeksi silang. 3. Kulit yang mengalami edema rentan terhadap kerusakan dan infeksi. Perawatan kulit yang baik dapat mencegah kerusakan jaringan dan mempertahankan integritas kulit. 4. Cuci tangan adalah langkah paling efektif dalam mencegah penyebaran infeksi nosokomial (infeksi di rumah sakit) melalui kontak langsung maupun tidak langsung.

-
- | | |
|---|--|
| <p>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</p> <p>5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>6. Anjurkan mencuci tangan dengan benar</p> <p>7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi</p> <p>8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>9. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> | <p>5. Teknik aseptik mencegah masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh pasien, terutama pada prosedur invasif atau luka terbuka, sehingga risiko infeksi dapat diminimalkan.</p> <p>6. Edukasi pasien dan keluarga tentang tanda infeksi membantu dalam pengenalan dini gejala dan pelaporan segera jika gejala muncul.</p> <p>7. Mendidik pasien dan pengunjung tentang cara mencuci tangan yang benar akan meningkatkan kepatuhan terhadap kebersihan tangan dan menurunkan risiko penularan infeksi.</p> <p>8. Dengan pengetahuan ini, pasien dapat melakukan pemantauan secara mandiri di rumah dan segera melapor jika ada tanda-tanda infeksi seperti nanah, kemerahan, atau nyeri meningkat.</p> <p>9. Nutrisi yang cukup memperkuat sistem imun tubuh, mempercepat proses penyembuhan, dan menurunkan risiko infeksi.</p> <p>10. Asupan cairan yang cukup membantu tubuh dalam proses detoksifikasi dan menjaga keseimbangan cairan, yang berperan dalam respon imun tubuh terhadap infeksi.</p> |
|---|--|
-

4. Implementasi & Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 7 implementasi & Evaluasi Keperawatan

No.Dx	Tanggal / Waktu,	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	POD I 23/04/2025 14.30 WIB	1. Memonitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri - Luka terdapat pada bagian telapak tangan kiri dengan ukuran luak (panjang= 6cm, lebar= 5.5cm, kedalaman luka= 1cm), luka tampak kemerahan, bernanah dan berbau, nyeri yang pasien rasakan hilang timbul dan nyeri bertambah ketika bergerak 2. Memonitor skala nyeri - Didapatkan hasil skala nyeri 7 (0-10) 3. Mengurangi kebisingan di ruangan dengan meminta keluarga tidak berisik dan membatasi pengunjung 4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan distraksi/relaksasi nafas dalam - Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti cara meredakan nyeri dengan teknik non farmakologis salah satunya dengan relaksasi nafas dalam 5. Memberikan analgetik ketorolac injeksi sesuai program terapi dokter dan prinsip 5 benar - Obat masuk diberikan secara intravena ketorolac 2x30 gr IV	15.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih sama 2. Pasien mengatakan sudah mengerti dengan teknik distraksi dan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yang di ajarkan dan akan mencobanya O : 1. Pasien tampak meringis 2. Pasien tampak gelisah 3. N : 100x/menit 4. Skala nyeri 7 (0-10) A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor skala nyeri 2. Monitor karakteristik luka 3. Kontrol lingkungan dengan mengurangi kebisingan di ruangan 4. Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologis yang sudah diajarkan 5. Berikan analgetik ketorolac 2x30 gr IV	sharah
2.	POD I 23/04/2025 15.50 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) didapatkan hasil - Balutan luka rembes - Pendarahan (+)	16.30 WIB S : 1. pasien mengatakan terdapat luka operasi pada telapak tanga kirinya	sharah

		- Kemerahan sekitar luka (+) - Ukuran luka pada palmar sinistra (Panjang= 6 cm, Lebar= 5.5 cm, Kedalaman luka= 1 cm) - Bau pada luka (+)		
		2. Memonitor adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor) didapatkan hasil - Kemerahan sekitar luka (+) - Nyeri pada luka (+) - Area sekitar luka teraba hangat - Bengkak (+)	O : 1. Balutan luka rembes 2. Pendarahan (+) 3. Nyeri pada luka (+) 4. Area sekitar luka teraba hangat 5. Kemerahan sekitar luka (+) 6. Ukuran luka pada palmar sinistra (Panjang= 6 cm, Lebar= 5.5 cm, Kedalaman luka= 1 cm) 7. Bau pada luka (+)	
		3. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril, dengan hasil : - Membuka balutan luka, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, membersihkan jaringan nekrotik pada luka, mengeringkan luka, menutup luka dengan membalut luka dengan kasa steril dan perban	A : masalah gangguan integritas kulit / jaringan belum tertasi P : Lanjutkan Intervensi	
		4. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Pasien dan keluarga sudah mengerti dengan anjuran yang di berikan	1. Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Berikan perawatan luka dengan prinsip steril 4. Anjurkan makanan tinggi kalori dan protein 5. Batasi jumlah pengunjung 6. Berikan antibiotik cefotaxim 2x1 gr IV	
		5. Membatasi jumlah pengunjung - Pengunjung pasien maksimal 2 orang dan penunggu pasien maksimal 1 orang		
		6. Memberikan antibiotik cefotaxim sesuai dengan program terapi dokter - obat masuk cefotaxim 2x1 gr IV		
3.	POD I 23/04/2025 16.50 WIB	1. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, didapatkan hasil	17.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan masih sulit tidur 2. Pasien mengatakan tidur masih sering terjaga	Sharah

		- Pasien mengalami sulit tidur dikarenakan respon terhadap nyeri pasca operasi debridement yang dirasakan		
		2. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Mengatur posisi tidur yang nyaman untuk pasien - Membatasi kunjungan supaya pasien dapat beristirahat		
		3. Menjekaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Pasien dan keluarga sudah mengerti mengenai pentingnya tidur cukup selama sakit yang dijelaskan perawat	O : 1. Pasien tampak lemas 2. Wajah tampak lusuh 3. Hasil tanda-tanda vital TD : 140/80mmHg N : 100x/menit RR : 20x/menit S : 38°C SPO2 : 98%	
		4. Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur (minum kopi)	A : masalah gangguan pola tidur belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi faktor pengganggu tidur 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 3. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 4. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	
4.	POD I 23/04/2025 17.50 WIB	1. Memonitor tanda-tanda infeksi - Kemerahan sekitar luka (+) - Nyeri pada luka (+) - Area sekitar luka terasa hangat - Bengkak (+) - Cairan pada luka (+) - Bau khas (+)	18.30 WIB S : pasien mengatakan nyeri pada luka post debridement O : 1. Luka tampak mengeluarkan cairan nanah, dan berbau 2. Rembes pada balutan luka 3. Kemerahan pada luka (+) 4. Area luka terasa hangat 5. Bengkak (+)	Sharah
		2. Membatasi jumlah pengunjung untuk menghentikan penyebaran infeksi		
		3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien untuk menghindari penyebaran infeksi	A : masalah risiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor tanda gejala infeksi 2. Batasi jumlah pengunjung	
		4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi		

		- Pasien dan keluarga baru mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi pada lukanya	3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Ajarkan mencuci tangan dengan benar	
		5. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi supaya penyembuhan luka optimal - Pasien mengerti untuk penjaan pola makan dan peningkatan asupan nutrisi yang sudah dianjurkan untuk penyembuhan lukanya		
		6. Mengajarkan mencuci tangan dengan benar - Pasien dan keluarga dapat mengikuti dan menerapkan cara mencuci tangan dengan benar		
1.	POD II 24/04/2025 08.30 WIB	1. Memonitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri - Luka tampak kemerahan, bernanah dan berbau, nyeri yang pasien rasakan sudah sedikit berkurang	09.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah sedikit berkurang 2. Pasien mengatakan selalu melakukan teknik distraksi non farmakologis jika nyeri di rasakan O : 1. Pasien masih tampak meringis 2. N : 100x/menit 3. Skala nyeri 5 (0-10) A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Ajarkan strategi meredakan nyeri dengan distraksi 2. Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologis yang sudah diajarkan 3. Berikan analgetik ketorolac 2x30 gr IV	Sharah
		2. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri - Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti cara meredakan nyeri dengan teknik non farmakologis salah satunya dengan teknik fisik sederhana (massage therapy) memijat pelan/ringan pada area yang tidak terkena luka untuk meredakan nyeri		
		3. Memberikan analgetik ketorolac injeksi sesuai program terapi dokter - Obat masuk diberikan secara intravena ketorolac 2x30 gr IV		

2.	POD II 24/04/2025 09.50 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) didapatkan hasil - Balutan luka rembes (-) - Pendarahan berkurang - Kemerahan sekitar luka berkurang - Bau pada luka (+) 2. Memonitor adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor) didapatkan hasil - Kemerahan sekitar luka berkurang - Nyeri pada luka berkurang - Area sekitar luka teraba hangat - Bengkak berkurang 3. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril, dengan hasil : - Membuka balutan luka, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, membersihkan jaringan nekrotik pada luka, mengeringkan luka, menutup luka dengan membalut luka dengan kasa steril dan perban 4. Memberikan antibiotik cefotaxim sesuai dengan program terapi dokter - obat masuk cefotaxim 2x1 gr IV	10.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada telapak tangan kirinya 2. Pasien mengatakan nyeri luka operasi pada telapak tangan kirinya sudah berkurang sedikit dari sebelumnya O : 1. Balutan luka rembes (-) 2. Pendarahan berkurang 3. Nyeri pada luka berkurang 4. Area sekitar luka teraba hangat 5. Kemerahan sekitar luka berkurang 6. Bau pada luka (+) 7. Bengkak berkurang A : masalah gangguan integritas kulit / jaringan teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Berikan perawatan luka dengan prinsip steril 4. Berikan antibiotik cefotaxim 2x1 gr IV	Sharah
3.	POD II 24/04/2025 10.50 WIB	1. Memonitor faktor pengganggu tidur, didapatkan hasil - Pasien mengalami sulit tidur dikarenakan respon terhadap nyeri pasca operasi debridement yang dirasakan 2. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Mengatur posisi tidur yang nyaman untuk pasien	11.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan sulit tidur berkurang 2. Pasien mengatakan tidak terlalu sering terjaga O : 1. Pasien tampak lemas 2. Hasil tanda-tanda vital TD : 134/95mmHg N : 100x/menit	Sharah

		- Membatasi kunjungan supaya pasien dapat beristirahat	RR : 22x/menit S : 37,2°C SPO2 : 97%	
		3. Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan atau minuman yang dapat mengganggu tidur (minum kopi)	A : masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor faktor pengganggu tidur 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	
4..	POD II 24/04/2025 11.50 WIB	1. Memonitor tanda-tanda infeksi - Kemerahan sekitar luka berkurang - Nyeri pada luka berkurang - Area sekitar luka terasa hangat - Bengkak berkurang - Cairan pada luka berkurang - Bau masih ada 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien untuk menghindari penyebaran infeksi 3. Menjelaskan kembali tanda dan gejala infeksi - Pasien dan keluarga sudah mengerti bagaimana tanda dan gejala infeksi pada luka	12.30 WIB S : pasien mengatakan nyeri pada luka post debridement sedikit berkurang O : 1. Cairan nanah pada luka berkurang 2. Rembes pada balutan luka (-) 3. Kemerahan pada luka berkurang 4. Area luka terasa hangat 5. Bengkak berkurang 6. Bau pada luka masih ada A : masalah risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor tanda-tanda infeksi pada luka 2. Mencuci tangan / pertahankan teknik aseptik dan antiseptik 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Ajarkan cara monitoring tanda gejala infeksi secara mandiri	Sharah
1.	POD III 25/04/2025 08.30 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri - Luka terdapat pada bagian telapak tangan kiri, luka tampak kemerahan, bernanah	09.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang	Sharah

		dan berbau, nyeri yang pasien rasakan sudah berkurang	2. Pasien mengatakan selalu melakukan teknik distraksi non farmakologis jika nyeri di rasakan
		2. Memonitor skala nyeri	O :
		- Didapatkan hasil skala nyeri 5 (0-10)	1. Meringis berkurang
		3. Memonitor frekuensi nadi	2. N : 92x/menit
		- Didapatkan hasil frekuensi nadi 92x/menit	3. Skala nyeri 5 (0-10)
		4. Memberikan analgetik ketorolac injeksi sesuai program terapi dokter	A : Masalah nyeri akut teratasi
		- Obat masuk diberikan secara intravena ketorolac 2x30 gr IV	P : Lanjutkan Intervensi
			1. Monitor skala nyeri
			2. Monitor frekuensi nadi
			3. Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologis di rumah sesuai dengan yang sudah diajarkan
			4. Berikan analgetik ketorolac 2x30 gr IV
2.	POD III 25/04/2025 09.50 WIB	1. Memonitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) didapatkan hasil	10.30 WIB
		- Balutan luka rembes (-)	S :
		- Pendarahan (-)	1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada telapak tangan kirinya
		- Kemerahan sekitar luka berkurang	2. Pasien mengatakan nyeri luka operasi pada telapak tangan kirinya sudah berkurang
		- Bau pada luka masih ada	O :
		2. Memonitor adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor) didapatkan hasil	1. Balutan luka rembes (-)
		- Kemerahan sekitar luka berkurang	2. Pendarahan (-)
		- Nyeri pada luka berkurang	3. Nyeri pada luka berkurang
		- Area sekitar luka terasa hangat	4. Area sekitar luka terasa hangat
		- Bengkak (-)	5. Kemerahan sekitar luka berkurang
		3. Melakukan perawatan luka dengan prinsip steril, dengan hasil :	6. Bau pada luka masih ada
		- Membuka balutan luka, membersihkan luka dengan cairan NaCl 5%, membersihkan jaringan nekrotik pada luka, mengeringkan luka, menutup luka	7. Bengkak (-)
			A : masalah gangguan integritas kulit / jaringan teratasi sebagian
			P : Lanjutkan Intervensi
			1. Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau)

		dengan membalut luka dengan kasa steril dan perban 4. Mengajarkan cara merawat luka di rumah - Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan cara perawatan luka di rumah yang di ajarkan perawat 5. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Pasien dan keluarga sudah mengerti dengan anjuran yang di berikan 6. Memberikan antibiotik cefotaxim sesuai dengan program terapi dokter - obat masuk cefotaxim 2x1 gr IV -	2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Berikan perawatan luka dengan prinsip steril 4. Ajarkan cara merawat luka mandiri 5. Anjurkan makanan tinggi kalori dan protein 6. Berikan antibiotik cefotaxim 2x1 gr IV	
3.	POD III 25/04/2025 10.50 WIB	1. Memonitor faktor pengganggu tidur, didapatkan hasil - Pasien sudah mulai bisa tidur, nyeri yang di rasakan sebagai faktor pengganggu tidur sudah berkurang 2. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan - Mengatur posisi tidur yang nyaman untuk pasien - Membatasi kunjungan supaya pasien dapat beristirahat 3. Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Pasien mengatakan tidak mengonsumsi maknan atau minuman yang dapat mengganggu tidur (minum kopi)	11.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan sudah bisa tidur 2. Pasien mengatakan tidak lagi terjaga saat tidur O : 1. Hasil tanda-tanda vital TD : 130/82mmHg N : 92x/menit RR : 20x/menit S : 36°C SPO2 : 98% A : masalah gangguan pola tidur teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor faktor pengganggu tidur 2. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	Sharah

4.	POD III 25/04/2025 11.50 WIB	1. Memonitor tanda-tanda infeksi - Kemerahan sekitar luka berkurang - Nyeri pada luka berkurang - Area sekitar luka terasa hangat - Bengkak (-) - Cairan pada luka berkurang - Bau khas masih ada 2. Membatasi jumlah pengunjung untuk menghentikan penyebaran infeksi 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien untuk menghindari penyebaran infeksi 4. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi supaya penyembuhan luka optimal - Pasien mengerti untuk penjagaan pola makan dan peningkatan asupan nutrisi yang sudah dianjurkan untuk penyembuhan lukanya 5. Mengajarkan monitoring tanda gejala infeksi secara mandiri pada luka - Pasien mampu memonitor tanda infeksi secara mandiri	12.30 WIB S : pasien mengatakan nyeri pada luka post debridement sudah berkurang O : 1. Cairan nanah pada luka berkurang 2. Kemerahan pada luka berkurang 3. Area luka terasa hangat 4. Bengkak (-) 5. Bau pada luka masih ada A : masalah risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor tanda gejala infeksi 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Ajarkan monitoring tanda gejala infeksi secara mandiri	Sharah
----	------------------------------------	--	--	--------

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan

No.Dx	Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	26/04/2025 08.35 WIB	S : 1. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang 2. Pasien mengatakan selalu melakukan teknik non farmakologis dengan teknik psikologis (distraksi/relaksasi) dan teknik fisik sederhana (massage ringan) jika nyeri di rasakan O : 1. Keluhan nyeri pada pasien berkurang 2. Meringis berkurang 3. N : 90x/menit 4. Skala nyeri 3 (0-10) A : Masalah nyeri akut teratasi P : Intervensi di hentikan	Sharah
2.	26/04/2025 09.20 WIB	10.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada telapak tanga kirinya 2. Pasien mengatakan nyeri luka operasi pada telapak tangan kirinya sudah berkurang O : 1. Pendarahan (-) 2. Nyeri pada luka berkurang 3. Area sekitar luka teraba hangat 4. Kemerahan sekitar luka (-) 5. Ukuran luka pada palmar sinistra (Panjang= 6 cm, Lebar= 5.5 cm, Kedalaman luka= 1 cm) 6. Bau pada luka masih ada 7. Bengkak (-) A : masalah gangguan integritas kulit / jaringan teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : 1. Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda dan gejala infeksi 3. Berikan perawatan luka di rumah 4. Berikan antibiotik jika perlu 5. Lanjutkan kontrol ke poliklinik bedah E : 1. Karakteristik luka 2. Tanda gejala infeksi	Sharah

3.	26/04/2025 10.00 WIB	S : 1. Pasien mengatakan sudah bisa tidur 2. Pasien mengatakan tidak lagi terjaga saat tidur O : 1. Hasil tanda-tanda vital TD : 130/80mmHg N : 90x/menit RR : 20x/menit S : 36,2°C SPO2 : 98% A : masalah gangguan pola tidur teratasi P : Intervensi di hentikan	Sharah
4.	26/04/2025 10.40 WIB	S : - O : 1. Cairan nanah pada luka berkurang 2. Rembes pada balutan luka (-) 3. Kemerahan pada luka berkurang 4. Area luka terasa hangat 5. Bengkak (-) 6. Bau pada luka masih ada A : masalah risiko infeksi teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lakukan perawatan luka di rumah 4. Berikan antibiotik jika perlu 5. Lanjutkan kontrol ke poliklinik bedah E : 1. Karakteristik luka 2. Tanda gejala infeksi	Sharah

B. PEMBAHASAN

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn.E dengan gangguan sistem endokrin : post debridement atas indikasi ulkus diabetikum di ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut mulai tanggal 22 sampai 26 April 2025. Penulis akan melaksanakan langkah-langkah proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Penulis akan membandingkan dari kajian teoritis dengan kasus di lapangan melalui tahap pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi hasil terhadap proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Berikut uraian hasil dari asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis kepada Tn.E dari mulai pengkajian hingga evaluasi hasil.

1. Pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal dari proses asuhan keperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada keluarga dan menjelaskan maksud dan tujuan dilakukannya asuhan keperawatan. Klien Tn.E dengan gangguan sistem endokrin post OP debridement atas indikasi ulkus diabetikum berusia 52 tahun, maka penulis dapat mewawancarai dan mengobservasi klien secara partisipatif. Pada tahap pengumpulan data penulis melaksanakannya melalui wawancara secara langsung kepada klien dan keluarga untuk memperoleh data subjektif dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data objektif dari klien. Dalam pengkajian tersebut, penulis mengumpulkan data terkait dengan identitas

klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan keluarga, pola aktivitas sehari-hari, serta melakukan pemeriksaan fisik pada saat pengkajian. Dalam proses pengkajian ini, penulis dapat mengumpulkan data secara efektif dengan adanya kerja sama yang baik, bimbingan dan arahan serta dukungan penuh dari berbagai pihak serta kesediaan keluarga dan klien itu sendiri.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn.E dengan usia 52 tahun mengeluh nyeri setelah dilakukan tindakan post operasi debridement pada ekstremitas kiri palmar sinistra, nyeri bertambah apabila Tn.E banyak bergerak dan berkurang ketika di istirahatkan, nyeri seperti di sayat-sayat, nyeri terasa pada area luka post operasi debridement ekstremitas kiri palmar sinistra dengan skala nyeri 7 (0-10) dan nyeri yang di rasakan hilang timbul. Klien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus sejak 8 tahun yang lalu dan terjadi luka diabetik / ulkus diabetikum sejak 3 minggu yang lalu. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital klien mengalami peningkatan suhu tubuh : 38°C, tekanan darah : 130/90mmHg, frekuensi nadi : 113x/menit (takikardi), respirasi : 20x/menit, dan saturasi oksigen : 98%. Pada pemeriksaan fisik didapatkan luka post debridement pada palmar sinistra dengan panjang 6 cm, lebar 5.5 cm, dan kedalaman luka 1 cm, luka rembes pada balutan.

Nyeri yang di rasakan pada pasien dengan post debridement merupakan respon inflamasi akibat adanya cedera pada jaringan kulit yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. Dalam hal ini cedera di

akibatkan oleh trauma pembedahan yaitu tindakan debridement. Terputusnya kontinuitas jaringan ini mengakibatkan pelepasan zat-zat proteolitik yaitu bradikinin, histamin, dan prostaglandin. Hal ini bagian dari transduksi **nyeri akut**, dimana zat kimia dari jaringan rusak mengaktivasi nesisepor, memicu transmisi sinyal nyeri ke otak. Hasilnya adalah persepsi nyeri yang nyata pada pasien ulkus diabetikum (Hinkle & Cheever, 2021).

Kerusakan integritas jaringan kulit pada Tn.E di akibatkan oleh kondisi hiperglikemi akibat komplikasi dari diabetes melitus tipe 2, kondisi ini mengakibatkan viskositas darah meningkat sehingga aliran darah ke perifer menurun dan suplai oksigen ke perifer berkurang. Kondisi ini akan mengakibatkan iskemik seluler sehingga terjadi nekrosis pada jaringan. Gangguan perfusi juga berdampak pada integritas kulit, menyebabkan luka semakin sulit sembuh dan memperburuk rasa nyeri. Kondisi ini berdampak secara sistemik pada pasien, termasuk dapat menimbulkan gangguan rasa nyaman (nyeri) dan menyebabkan terganggunya pola aktivitas istirahat dan tidur (NANDA Internasional, 2021-2023).

Pada luka post debridement, pasien Tn. E juga mengeluhkan gangguan pola tidur berupa sulit tidur dan sering terbangun di malam hari. Gangguan ini erat kaitannya dengan nyeri akut yang dirasakan akibat luka post operasi. Nyeri yang berkelanjutan dapat mengaktivasi sistem saraf simpatis, meningkatkan kewaspadaan, dan menurunkan kemampuan tubuh untuk relaksasi yang dibutuhkan saat tidur. Studi oleh Smeltzer & Bare (2021). Menjelaskan bahwa nyeri merupakan salah satu faktor utama

penyebab **gangguan pola tidur** akut, terutama pada pasien dengan luka pembedahan yang belum sembuh optimal. Gangguan tidur ini dapat menyebabkan kelelahan, menghambat proses penyembuhan jaringan, dan memperburuk sistem imun pasien.

Kondisi hiperglikemi dapat menyebabkan kebocoran kapiler dan keluarnya albumin ke jaringan, mengganggu distribusi darah. Kombinasi dari iskemia dan gangguan aliran darah ini memperbesar **risiko infeksi**, terutama oleh bakteri aerobik seperti *staphylococcus aureus* dan anaerobik seperti *clostridium septicum*. Infeksi memperburuk kondisi ulkus dengan tanda klinis berupa eritema, edema, keluarnya cairan berbau khas, dan nyeri yang meningkat (Smeltzer et al, 2021). Selain itu, kondisi luka post debridement pada palmar sinistra juga menempatkan pasien dalam status risiko infeksi. Tanda-tanda seperti luka yang mengeluarkan eksudat purulen, bau khas, kemerahan di sekitar luka, serta hasil leukosit meningkat ($17.000/\text{mm}^3$) menunjukkan adanya proses inflamasi aktif. Risiko infeksi semakin tinggi pada pasien dengan diabetes melitus, karena kadar glukosa darah yang tinggi dapat menghambat fungsi leukosit dan mengurangi efektivitas fagositosis (Huether & McCance, 2020).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu,

keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.E berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan klien mengeluh nyeri dengan skala 7 (0-10).
- b. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan neuropati perifer / terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan klien mengatakan terdapat luka post operasi pada telapak tangan kirinya dan luka terasa nyeri.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan klien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada luka post operasi yang dirasakannya sehingga tidurnya sering terjaga.
- d. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan terdapat luka post op debridement pada ekstremitas palmar sinistra dengan panjang luka 6 cm.

Masalah keperawatan yang muncul berkaitan dengan adanya keluhan nyeri, gangguan integritas kulit/jaringan, gangguan pola tidur, dan risiko infeksi. Secara garis besar diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.E sesuai dengan teori dan ketentuan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu terpenuhinya 80-100% data mayor pada setiap diagnosa.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan ini penulis susun melalui beberapa langkah yaitu menentukan masalah keperawatan, tujuan keperawatan, dan rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien. Adapun perencanaan yang penulis susun diantaranya adalah :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai

Intervensi utama yang dilakukan untuk mengatasi nyeri akut pada pasien yaitu dengan pemberian analgesik Ketorolac 30 mg intravena sebanyak 3 kali sehari sesuai program terapi dokter. Penulis juga secara aktif melakukan pemantauan skala nyeri setiap hari menggunakan skala numerik (0–10), serta mencatat perubahan ekspresi wajah pasien saat nyeri muncul.

Sebagai upaya non-farmakologis, pasien diedukasi dan dibimbing melakukan teknik relaksasi napas dalam, terutama menjelang waktu tidur dan saat nyeri meningkat. Teknik ini dilakukan dengan bimbingan langsung hingga pasien dapat melakukannya mandiri. Selain itu, lingkungan perawatan dijaga agar tenang dan nyaman untuk meminimalkan rangsangan yang dapat memperparah nyeri. Hasil dari intervensi yang dilakukan menunjukkan penurunan

skala nyeri dari 7 menjadi 4 dalam waktu lima hari. Pasien juga melaporkan merasa lebih nyaman dan bisa tidur lebih nyenyak karena nyeri berkurang.

- b. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan neuropati perifer / terputusnya kontinuitas jaringan

Intervensi keperawatan difokuskan pada perawatan luka post-debridement untuk mencegah infeksi dan mempercepat proses penyembuhan. Tindakan yang dilakukan mencakup:

- a) Perawatan luka setiap hari secara aseptik menggunakan cairan NaCl 0,9%
- b) Penggantian balutan luka menggunakan balutan steril
- c) Observasi tanda infeksi seperti kemerahan, pus, bau, atau peningkatan suhu lokal
- d) Pemberian antibiotik Ceftriaxone 2x1 gram intravena
- e) Monitoring kadar gula darah dan pemberian insulin sesuai instruksi medis
- f) Edukasi pasien tentang cara merawat luka secara mandiri di rumah
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Intervensi utama yang dilakukan terhadap gangguan tidur pasien meliputi identifikasi faktor-faktor yang mengganggu tidur, yaitu nyeri luka, suara bising dari lingkungan, dan ketidaknyamanan posisi tubuh.

Untuk mengatasinya, perawat memberikan edukasi mengenai pentingnya istirahat, mengatur posisi tidur yang nyaman dengan meninggikan tungkai kiri, serta menciptakan lingkungan tidur yang mendukung (lampu diredupkan, kebisingan dikurangi, dan jadwal tindakan disesuaikan agar tidak mengganggu tidur malam). Pasien juga diajarkan melakukan teknik napas dalam sebelum tidur agar tubuh lebih rileks. Setelah dilakukan intervensi ini secara konsisten, pasien mulai bisa tidur selama 5–6 jam tanpa keluhan terbangun karena nyeri.

d. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Intervensi utama yang dilakukan untuk mencegah risiko infeksi difokuskan pada pengelolaan luka secara aseptik dan pengendalian kadar gula darah pasien. Setiap hari dilakukan perawatan luka post-debridement dengan menggunakan cairan NaCl 0,9%, diikuti dengan penggantian balutan menggunakan balutan steril.

Selain itu, melakukan observasi terhadap tanda-tanda infeksi, seperti kemerahan di sekitar luka, pus, bau tidak sedap, nyeri tekan, dan suhu tubuh pasien. Pemeriksaan tersebut dilakukan sebelum dan sesudah perawatan luka. Untuk mendukung proses penyembuhan dan menekan risiko infeksi, pasien juga mendapatkan terapi antibiotik Ceftriaxone 2x1 gram intravena setiap hari sesuai instruksi medis. Selain itu, monitoring kadar gula darah secara teratur dilakukan 3 kali sehari, dan pasien diberikan insulin 3x10 unit intramuskular sesuai program terapi, agar kadar glukosa tetap terkendali.

Edukasi juga diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya menjaga kebersihan luka dan cara mengganti balutan secara mandiri di rumah. Hasil intervensi ini menunjukkan bahwa tidak ditemukan tanda-tanda infeksi hingga hari kelima perawatan, dan kondisi luka tampak membaik dengan batas luka lebih jelas, tanpa eksudat berlebih.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 23-26 April 2025. Pada tahap ini, penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn.E berdasarkan perencanaan yang telah disusun yang mengacu pada buku pedoman SLKI dan SIKI, secara umum, sebagian besar intervensi yang direncanakan dapat diimplementasikan dengan baik. Faktor pendukung utama yang memungkinkan pelaksanaan intervensi meliputi : ketersediaan alat dan bahan, dukungan tenaga kesehatan (dokter, perawat dan tenaga medis lainnya), kerja sama pasien dan keluarga, serta kondisi klinis pasien yang stabil.

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan

Implementasi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan, Monitor skala nyeri, Monitor frekuensi nadi, Berikan kompres

hangat untuk mengurangi nyeri, Kontrol lingkungan dengan mengurangi kebisingan di ruangan, Ajarkan strategi meredakan nyeri dengan distraksi, Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologis yang sudah diajarkan, Berikan analgetik ketorolac sesuai dengan program terapi dokter.

Setelah dilakukan implementasi tersebut keluhan nyeri pada pasien berkurang, meringis berkurang, dan skala nyeri yang di rasakan oleh pasien menurun dari 7 menjadi 3 dari rentang 0-10. Pasien juga dapat mengatasi nyeri yang di rasakan menggunakan teknik non farmakologis seperti distraksi, kompres hangat untuk mengurangi nyeri. Implementasi tersebut merupakan tindakan fokus untuk mengurangi nyeri.

Menurut Potter & Perry (2010), teknik non-farmakologis seperti distraksi, relaksasi, dan kompres hangat dapat merangsang serabut saraf besar (A-delta) yang akan menghambat impuls nyeri dari serabut kecil (C-fiber) di medula spinalis sesuai teori kontrol gerbang nyeri (gate control theory) oleh Melzack dan Wall (1965). Kombinasi antara terapi farmakologis dan non-farmakologis dapat memberikan hasil yang lebih efektif dalam menurunkan persepsi nyeri.

Sebagian besar intervensi untuk mengatasi nyeri seperti pemberian kompres hangat, edukasi relaksasi, dan pemberian analgesik ketorolac berhasil diterapkan. Hal ini di dukung oleh kerja sama pasien dan respon yang baik terhadap intervensi non farmakologis seperti

distraksi dan teknik pernapasan. Namun, intervensi seperti kontrol lingkungan secara menyeluruh tidak terlaksana optimal karena keterbatasan ruang rawat yang ramai. Kendala ini bersifat eksternal dan cukup sulit diatasi secara langsung. Solusi yang dilakukan adalah memberikan edukasi tambahan pada pasien untuk memfokuskan perhatian pada teknik distraksi dan relaksasi.

- 2) Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan neuropati perifer / terputusnya kontinuitas jaringan

Implementasi yang dilakukan yaitu perawatan luka dengan cara Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau), Monitor tanda dan gejala infeksi, Berikan perawatan luka dengan prinsip steril, Jelaskan tanda-tanda infeksi, Ajarkan cara merawat luka mandiri, Anjurkan makanan tinggi kalori dan protein, Batasi jumlah pengunjung, Berikan antibiotik sesuai dengan program terapi dokter.

Menurut Smeltzer & Bare (2013), perawatan luka secara aseptik penting untuk mencegah infeksi sekunder dan mempercepat penyembuhan luka, khususnya pada pasien dengan gangguan metabolik seperti diabetes. Luka diabetes memerlukan perawatan luka yang konsisten, monitoring infeksi secara ketat, dan dukungan nutrisi karena gangguan vaskular dan neuropati memperlambat proses penyembuhan.

Setelah dilakukan implementasi tersebut keluhan nyeri pada luka berkurang, bau pada luka tidak ada, pendarahan pada luka tidak ada, dan balutan tidak rembes, suhu kulit sekitar luka menurun,

kemerahan pada kulit sekitar luka berkurang. Selain itu pasien dan keluarga mendapatkan penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi dan cara perawatan luka di rumah secara mandiri sehingga pasien dan keluarga dapat memantau kondisi lukanya di rumah, implementasi tersebut merupakan tindakan utama untuk meningkatkan integritas kulit dan jaringan serta mencegah infeksi pada luka pasien.

Semua intervensi seperti perawatan luka dengan prinsip steril, monitoring tanda infeksi, dan edukasi perawatan luka mandiri berhasil dilaksanakan. Dukungan keluarga menjadi faktor penting dalam keberhasilan ini. Tidak terdapat intervensi yang terhambat secara signifikan, namun edukasi perlu diulang karena adanya keterbatasan pemahaman awal dari keluarga pasien.

3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Implementasi yang dilakukan yaitu dukurang tidur dengan cara, Identifikasi faktor pengganggu tidur, Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur.

Setelah dilakukan implementasi tersebut keluhan sulit tidur akibat nyeri yang di rasakan pasien berkurang, keluhan sering terjaga pada malam hari berkurang, pasien mendapatkan penjelasan mengenai pentingnya istirahat yang cukup selama sakit, tidak ada faktor makanan yang menjadi faktor pengganggu tidur, implementasi tersebut

merupakan tindakan utama untuk meningkatkan pola istirahat tidur pada pasien.

Implementasi seperti identifikasi faktor pengganggu tidur, edukasi pentingnya tidur cukup, dan modifikasi kebiasaan makan malam terlaksana dengan baik. Faktor pendukungnya adalah komunikasi terapeutik yang efektif dan motivasi pasien untuk memperbaiki pola tidur. Tidak ada intervensi yang terhambat dalam tindakan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien.

Menurut Hidayat (2006), tidur merupakan kebutuhan fisiologis dasar. Gangguan tidur akan mengganggu proses penyembuhan jaringan, imunitas, dan keseimbangan hormon. Model keperawatan Kolcaba tentang kenyamanan (Comfort Theory) menyatakan bahwa menciptakan rasa nyaman (fisik dan lingkungan) berperan penting dalam meningkatkan kualitas tidur pasien selama masa perawatan.

4) Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Implementasi yang dilakukan yaitu perawatan luka dengan cara Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau), Monitor tanda dan gejala infeksi, Berikan perawatan luka, Berikan antibiotik sesuai dengan program terapi dokter.

Setelah dilakukan implementasi tersebut keluhan nyeri pada luka berkurang, bau pada luka tidak ada, pendarahan pada luka tidak ada, dan balutan tidak rembes, suhu kulit sekitar luka menurun,

kemerahan pada kulit sekitar luka berkurang. Implementasi tersebut merupakan tindakan utama untuk meningkatkan perawatan pada luka serta mencegah infeksi pada luka pasien.

Menurut Notoatmodjo (2012), pencegahan infeksi nosokomial memerlukan upaya pemutusan rantai infeksi dengan prinsip asepsis, sterilisasi, dan pengawasan ketat terhadap luka pasca tindakan invasif. Prinsip ini sejalan dengan teori Florence Nightingale bahwa lingkungan bersih dan steril dapat mempercepat proses penyembuhan dan menurunkan risiko infeksi.

Sebagian besar dari intervensi untuk mengatasi infeksi seperti pemantauan luka, pemberian antibiotik, dan edukasi tanda gejala infeksi berhasil dilaksanakan sesuai dengan standar. Keberhasilan ini didukung oleh kepatuhan pasien dan kesediaan perawat dalam melakukan observasi berkala. Sejauh ini tidak ditemukannya kendala dalam melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan.

5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan setiap selesai memberikan tindakan keperawatan. Hasil dari evaluasi formatif menunjukkan bahwa semua tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dapat mengurangi atau mengatasi masalah pasien, sedangkan untuk evaluasi sumatif, penulis melakukan pada hari ke empat setelah tiga hari memberikan asuhan keperawatan pada Tn.E.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terhadap empat masalah keperawatan yang muncul pada Tn.E didapatkan hasil :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ke tiga, karena keluhan nyeri pada Tn.E berkurang, skala nyeri berkurang dari 7 menjadi 3 dari rentang 0-10, meringis berkurang, selain itu keluarga Tn.E kooperatif selama proses asuhan keperawatan sehingga penulis dapat dengan mudah melakukan intervensi keperawatan.

Keberhasilan ini dapat dijelaskan berdasarkan Gate Control Theory oleh Melzack dan Wall (1965), yang menyatakan bahwa rangsangan non-nosiseptif seperti kompres hangat, distraksi, dan teknik relaksasi dapat menutup “gerbang nyeri” di sumsum tulang belakang sehingga transmisi sinyal nyeri ke otak dapat terhambat. Dukungan keluarga serta motivasi pasien untuk sembuh juga menjadi faktor pendukung keberhasilan intervensi ini, dengan demikian tujuan keperawatan pada masalah nyeri akut dinyatakan **teratasi**.

2. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan neuropati perifer / terputusnya kontinuitas jaringan teratasi sebagian. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari keadaan luka pasien semakin membaik dilihat dari luka yang tampak bersih, pendarahan yang sudah tidak ada, bau tidak sedap tidak ada, tanda-tanda infeksi berkurang, dan nyeri pada luka berkurang, namun belum ada pembentukan jaringan baru. Hal ini dikarenakan proses penyembuhan luka membutuhkan

waktu yang relatif lama selain itu juga karena keterbatasan waktu dalam penerapan asuhan keperawatan.

Hal ini dapat dijelaskan dengan teori penyembuhan luka, yang terdiri dari empat fase : hemostatis, inflamasi, proliferasi, dan remodeling. Menurut Smeltzer & Bare (2020), fase proliferasi dimana terjadi pembentukan jaringan granula biasanya memerlukan waktu lebih dari tiga hari tergantung kondisi tubuh pasien, kadar nutrisi, dan kontrol glukosa darah. Maka dari itu, perbaikan luka dinyatakan **teratasi sebagian**, karena proses penyembuhan masih berada pada tahap awal.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dapat teratasi pada hari ke tiga, karena keluhan sulit tidur pada pasien berkurang dikarenakan nyeri yang di rasakan sudah semakin berkurang sehingga tidak ada faktor pengganggu tidur, keluhan sering terjaga pada malam hari berkurang sehingga pola tidur pasien dapat kembali normal dan membaik, pasien dan keluarga sangat kooperatif terhadap setiap penjelasan yang di sampaikan terkait masalah yang di hadapi pasien.

Keberhasilan intervensi ini sesuai dengan prinsip **Holistic Nursing**, bahwa nyeri fisik dapat mempengaruhi aspek lain seperti pola tidur dan psikologis pasien. Faktor pendukung yang memperkuat keberhasilan ini adalah pendekatan edukatif yang diberikan oleh perawat, serta respon positif pasien dan keluarga dalam mengikuti anjuran untuk menciptakan lingkungan yang mendukung tidur. Dengan demikian, masalah gangguan pola tidur dinyatakan **teratasi**.

4. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif teratasi sebagian. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari risiko infeksi **teratasi sebagian** dengan indikator luaran yang teratasi meliputi kemerahan pada kulit sekitar luka berkurang, nyeri yang di rasakan berkurang, kerusakan jaringan pada luka pasien sudah cukup menurun. Namun, kadar leukosit pasien masih berada pada angka 15.000/mm³, yang mengindikasikan bahwa proses inflamasi sistemik masih berlangsung.

Menurut teori inflamasi akut, peningkatan kadar leukosit (leukositosis) merupakan respon tubuh terhadap infeksi atau cedera jaringan dan akan menurun seiring perbaikan kondisi. Meski tanda klinis infeksi lokal membaik, namun proses pemulihan sistemik masih memerlukan waktu.

BAB IV

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. SIMPULAN

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn.E dengan Gangguan Sistem Endokrin : Post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra POD 0 di Ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut mulai tanggal 22 April 2025 s/d 26 April 2025 dengan menggunakan 5 tahapan proses Asuhan Keperawatan yang terdiri dari : pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang mencakup berbagai aspek seperti bio, psiko, sosial, spiritual, yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah. Maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif dengan pendekatan holistik. Ditemukan keluhan utama berupa nyeri pada luka post debridement di palmar sinistra, dengan skala nyeri 7 dari 10, terasa seperti disayat dan memburuk saat bergerak. Pasien memiliki riwayat DM sejak 8 tahun lalu, dan luka diabetik muncul sekitar 3 minggu sebelum perawatan. Pemeriksaan fisik menunjukkan luka berukuran 6 cm × 5,5 cm dengan kedalaman 1 cm, serta terdapat rembesan pada balutan. Tanda vital menunjukkan adanya demam ringan dan takikardi, yang dapat mengindikasikan proses inflamasi. Selain itu, pasien juga mengeluhkan

kesulitan tidur akibat nyeri, dan kondisi luka yang terbuka menimbulkan risiko infeksi. Pengkajian dilakukan mencakup aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual.

2. Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data, penulis menetapkan empat diagnosa keperawatan sebagai berikut:

- a) Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan akibat debridement, ditandai dengan keluhan nyeri skala 7/10 dan meringis saat bergerak.
- b) Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan luka ulkus diabetikum, ditandai dengan adanya luka post debridement pada ekstremitas palmar sinistra.
- c) Gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik akibat nyeri, pasien melaporkan kesulitan tidur dan sering terbangun.
- d) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan luka terbuka, ditunjukkan dengan kondisi luka yang rembes dan suhu tubuh meningkat.

3. Intervensi

Penulis menyusun intervensi keperawatan berdasarkan prioritas masalah dan mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi untuk **nyeri akut** mencakup pemantauan skala nyeri, pemberian kompres hangat, pengaturan posisi, serta edukasi teknik distraksi dan relaksasi. Untuk **gangguan integritas kulit**, intervensi difokuskan pada perawatan luka secara aseptik, observasi luka berkala, pemberian antibiotik sesuai anjuran medis, serta edukasi perawatan luka mandiri.

Pada masalah **gangguan pola tidur**, dilakukan penciptaan lingkungan istirahat yang nyaman, pengurangan stimulus bising, serta pengajaran teknik relaksasi. Untuk **risiko infeksi**, dilakukan monitoring tanda-tanda infeksi (demam, kemerahan, bengkak), serta kolaborasi pemberian antibiotik.

4. Implementasi

Pada tahap ini penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan pada Tn.E dengan Gangguan Sistem Endokrin : Post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan (SIKI). Implementasi yang dilakukan mewakili dari setiap diagnosis keperawatan adalah sebagai berikut: Pada diagnosis Nyeri Akut, implementasi yang dilakukan meliputi pemantauan intensitas nyeri menggunakan skala numerik, pemberian kompres hangat pada area nyeri, serta edukasi teknik distraksi seperti mendengarkan musik atau menonton televisi untuk membantu mengurangi persepsi nyeri. Untuk diagnosis Gangguan integritas kulit dan jaringan, implementasi utama mencakup pemantauan kondisi luka secara berkala (warna, ukuran, bau, dan tanda infeksi), melakukan perawatan luka menggunakan prinsip steril, serta pemberian antibiotik sesuai instruksi medis.

Pada diagnosis Gangguan pola tidur, tindakan yang dilakukan antara lain mengidentifikasi penyebab gangguan tidur, menciptakan lingkungan tidur yang nyaman dan tenang, serta mengajarkan pasien teknik relaksasi untuk membantu proses tidur. Sementara itu, pada diagnosis Risiko infeksi,

implementasi difokuskan pada observasi tanda-tanda infeksi pada luka post debridement, menjaga kebersihan area luka dengan perawatan aseptik, serta kolaborasi dalam pemberian antibiotik sesuai program terapi dokter.

5. Evaluasi

Pada tahap ini penulis mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada Tn.E dengan post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II. Dalam melaksanakan evaluasi keperawatan dengan melihat hasil perkembangan kondisi klien dihubungkan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan, dari 4 masalah keperawatan yang muncul pada klien tersebut, terdapat 2 masalah keperawatan yang teratasi dan 2 masalah keperawatan teratasi sebagian, yaitu:

Nyeri Akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ke tiga. Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan neuropati perifer / terputusnya kontinuitas jaringan teratasi sebagian. Selain itu pada Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dapat teratasi pada hari ke tiga. Dan pada Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif teratasi sebagian

B. REKOMENDASI

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan secara Komprehensif pada Tn.E Dengan Gangguan sistem Endokrin : Post Debridement a/i Ulkus

Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II, maka penulis memberikan beberapa rekomendasi diantaranya :

1. Untuk perawat dan Institusi Rumah Sakit

- a. Memberikan edukasi berkelanjutan kepada pasien dan keluarga terkait cara perawatan luka ulkus diabetikum secara mandiri untuk mencegah infeksi dan mempercepat proses penyembuhan, sebagaimana sesuai dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit dan risiko infeksi yang sebagian besar belum sepenuhnya teratasi.
- b. Melakukan monitoring rutin terhadap kondisi luka dan tanda-tanda infeksi sesuai standar pelayanan keperawatan, mengingat masih terdapat masalah risiko infeksi yang teratasi sebagian.
- c. Memastikan penerapan teknik komunikasi terapeutik secara optimal kepada pasien dan keluarga, agar meningkatkan kepatuhan dalam perawatan dan pengobatan, sesuai hasil evaluasi yang menunjukkan gangguan pola tidur dapat teratasi melalui edukasi dan kenyamanan lingkungan.

2. Untuk Institusi Pendidikan

- a. Menyediakan sumber referensi dan literatur terbaru terkait perawatan luka diabetikum dan manajemen diabetes melitus, guna meningkatkan pengetahuan mahasiswa keperawatan, sebagaimana pengalaman penulis yang mengalami kendala dalam pencarian sumber selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

- b. Menyelenggarakan pelatihan atau workshop terkait tindakan keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum agar mahasiswa siap dalam praktik klinik, sesuai kebutuhan peningkatan keterampilan berdasarkan pembahasan.

3. Untuk Pasien dan Keluarga

- a. Diharapkan pasien dan keluarga dapat secara aktif menerapkan edukasi yang telah diberikan, seperti cara perawatan luka secara mandiri, kontrol gula darah, dan diet sesuai anjuran, untuk mempercepat penyembuhan dan mencegah komplikasi lebih lanjut, sebagaimana disimpulkan bahwa sebagian masalah keperawatan masih memerlukan perhatian lanjutan.
- b. Melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, khususnya terhadap kondisi luka dan kontrol gula darah, sebagai bentuk pencegahan terjadinya ulkus diabetikum berulang dan risiko infeksi lanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Amaliyah. (2022). *Peran perawat dalam edukasi pasien Diabetes Melitus*. Jakarta: Pustaka Kesehatan Indonesia.
- Christina, L., Saputri, Y. M., & Rahman, A. (2019). *Asuhan Keperawatan Terintegrasi: Konsep dan Praktik*. Yogyakarta: MedPress Digital.
- Khomsah, N., & Ferry, A. (2022). *Manajemen Keperawatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Khusnul Isma'iyah. (2022). *Ulkus Diabetikum dan Pencegahannya*. Surabaya: Penerbit Mitra Cendekia Media.
- Kemenkes RI. (2020). *Situasi dan Analisis Diabetes Melitus*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Koerniawan, R., Widodo, R. A., & Hidayat, A. (2020). *Metodologi Penulisan Karya Ilmiah Keperawatan*. Bandung: Refika Aditama.
- Lukman, H., Aisyah, R. N., & Prasetya, D. (2023). *Komplikasi Ulkus Diabetikum dan Penatalaksanaannya*. Jakarta: EGC.
- Thunggal, R., & Indrawati, L. (2023). *Gambaran Gula Darah Tidak Stabil pada DM Tipe 2*. *Jurnal Keperawatan Terapan*, 7(1), 20-27.
- International Diabetes Federation (IDF). (2021). *IDF Diabetes Atlas 10th edition (10th ed.)*. IDF
- Anggraini, L. (2020). *Manajemen Luka Ulkus Diabetikum*. Jakarta: Kencana.
- Ardiani, R., dkk. (2021). *Diabetes Melitus: Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Deepublish.
- Arsa, I. M. A. (2020). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta: EGC.
- Boulton, A. J. M., & Whitehouse, R. W. (2020). *The Diabetic Foot: Medical and Surgical Management*. Springer.
- Cahyaningtyas, N. A., & Werdiningsih, D. Y. (2022). *Neuropati Diabetik dan Ulkus Diabetikum: Penanganan dan Pencegahan*. *Jurnal Keperawatan Komprehensif*, 8(1), 45–52.
- Emmett Grames. (2020). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. Diakses dari sumber literatur medis.
- Hardianto, E. (2021). *Komplikasi Akut dan Kronis pada Diabetes Melitus*. Bandung: Alfabeta.
- Hidayat, A. A. (2021). *Metodologi Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hutagalung, H., dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Luka Diabetikum*. Surabaya: CV. Graha Ilmu.
- Insana Maria. (2021). *Dasar-dasar Patofisiologi Diabetes Melitus*. Malang: UB Press.
- Jayanti, A. (2019). *Patofisiologi Ulkus Diabetikum*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kemenkes RI. (2020). *Buku Saku Pencegahan dan Pengendalian Diabetes Melitus dan Penyakit Jantung*. Jakarta: Direktorat P2PTM Kementerian Kesehatan RI.
- Krisnmonita, D. (2021). *Evaluasi Keperawatan: Teori dan Aplikasi dalam Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.

- Lestari, P. A., dkk. (2021). *Komplikasi Makrovaskuler dan Mikrovaskuler pada Diabetes Melitus*. Jurnal Ilmu Kesehatan, 12(3), 99–105.
- Manungkalit, N. A. (2020). *Komplikasi Kronis pada Pasien Diabetes Melitus*. Makassar: UMI Press.
- Muhartono, F. (2017). *Interpretasi Pemeriksaan Laboratorium Klinis*. Jakarta: EGC.
- Saputri, R. (2021). *Komplikasi Diabetes Melitus dan Penanganannya*. Yogyakarta: Deepublish.
- Shah, S., Singh, A., & Kumar, R. (2022). *Wagner Classification of Diabetic Foot Ulcer*. *International Journal of Diabetic Complications*, 9(2), 105–110.
- Sucitawati, L. (2021). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Ulkus Diabetikum*. Bandung: Pustaka Cendekia.
- Wintoko, W., dkk. (2020). *Penatalaksanaan Luka Infeksi dan Debridement pada Ulkus Diabetikum*. Jurnal Kesehatan, 6(1), 55–63.
- PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) : Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. DPP PPNI.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (15th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- NANDA International. (2021–2023). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021–2023*. Thieme Medical Publishers.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth. Jakarta: EGC.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (15th ed.). Wolters kluwer.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain Mechanisms : A new Theory, Science, 150(3699), 971 – 979. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Nursalam. (2017). *Proses Keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- PERKENI. (2021). *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia Tahun 2021*. Jakarta: PB PERKENI.

LAMPIRAN

Lampiran. 1 SAP

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PERAWATAN LUKA POST DEBRIDEMENT ULKUS & MANAJEMEN

DIABETES MELITUS

Pokok Pembahasan : Perawatan luka post debridement ulkus & Manajemen Diabetes

Sub Pokok Pembahasan :

- 1) Pengertian Ulkus Diabetikum
- 2) Penyebab Ulkus Diabetikum
- 3) Cara merawat luka post debridement secara mandiri
- 4) Manajemen Diabetes
- 5) Mengenali tanda-tanda infeksi
- 6) Langkah-langkah pencegahan ulkus berulang

Sasaran : Tn.E dan keluarga

Hari / Tanggal : Kamis, 24 April 2025

Waktu : 10:00 WIB s/d selesai

Tempat : Ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut

Penyuluh : Sharah Amelia Putri (KHGA22005)

A. Tujuan

1. Tujuan Umum
2. Tujuan Khusus

B. Materi

Terlampir

C. Metode

1. Ceramah
2. Tanya Jawab

D. Media

1. Leaflet

E. Kegiatan Penyuluhan

No.	Waktu	Materi	Penyuluh	Sasaran
1.	5 menit pertama	Pembukaan	1. Salam & perkenalan 2. Menjelaskan tujuan 3. Melakukan kontrak waktu 4. Menyebutkan materi yang akan dibahas	Menyambut salam dan mendengarkan
2.	25 menit kedua	Pelaksanaan	Menjelaskan : 1. Menjelaskan pengertian ulkus diabetikum	Mendengarkan

			2. Menyebutkan penyebab ulkus diabetikum 3. Menjelaskan cara merawat luka secara mandiri 4. Menjelaskan pentingnya kontrol gula darah 5. Menjelaskan tanda-tanda infeksi 6. Menjelaskan langkah-langkah pencegahan ulkus berulang 7. Memberikan kesempatan kepada audiens untuk bertanya	
3.	10 menit terakhir	Penutupan	Evaluasi : 1. Sesi tanya jawab dengan audiens terkait materi yang sudah disampaikan	- Menjawab pertanyaan yang diajukan pemateri - Menjawab salam

			2. Beri pujian kepada audiens yang dapat menjawab 3. Mengucapkan terimakasih kepada sasaran dan keluarga atas waktu dan kesempatannya dan mengucapkan salam	
--	--	--	--	--

F. Evaluasi

1. Jelaskan pengertian ulkus diabetikum
2. Apa saja penyebab terjadinya ulkus diabetikum
3. Bagaimana cara merawat luka secara mandiri
4. Bagaimana cara mengontrol gula darah
5. Apa saja tanda-tanda infeksi
6. Bagaimana langkah mencegah terjadinya ulkus berulang

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian Ulkus Diabetikum

Ulkus Diabetikum adalah luka kronis pada kaki penderita diabetes melitus akibat neuropati, gangguan sirkulasi, dan infeksi (Permana, M. 2021). Penderita diabetes melitus seringkali mengalami luka terbuka yang disebabkan oleh kerusakan saraf dan pembuluh darah, yang memerlukan perawatan medis segera untuk mencegah infeksi dan komplikasi lebih lanjut. Ulkus diabetikum adalah luka terbuka yang biasanya terjadi pada kaki atau bagian ekstremitas penderita diabetes melitus, luka ini seringkali sulit sembuh dan dapat disertai dengan keluarnya nanah yang berbau tidak sedap.

Adapun tindakan debridement adalah tindakan pembersihan jaringan mati atau infeksi dari luka untuk mempercepat proses penyembuhan (Hinkle & Cheever, 2021).

B. Penyebab Ulkus Diabetikum

Adapun penyebab terjadinya ulkus diabetikum diantaranya :

1. Kontrol Glikemik yang buruk : orang yang menderita diabetes melitus dan memiliki kontrol gula darah yang buruk memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mengalami ulkus
2. Neuropati : kerusakan saraf yang mengurangi sensasi, membuat luka sulit dideteksi
3. Penyakit vaskular perifer : sirkulasi darah yang buruk dapat membuat penyembuhan luka lebih lama

4. Perawatan luka yang buruk : luka yang tidak dirawat dengan serius dapat menimbulkan komplikasi yang lebih lanjut

C. Cara merawat luka Post debridement secara mandiri

Menurut Wocn society (2021), ada beberapa cara perawatan luka ulkus post debridement, diantaranya :

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah perawatan luka
2. Gukana sarung tangan bersih
3. Ganti balutan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan (biasanya 1-2x per hari)
4. Gunakan cairan NaCl 0,9% atau antiseptik sesuai resep
5. Amati tanda gejala infeksi pada luka seperti : kemerahan, nyeri, bengkak, nanah, bau tidak sedap

D. Manajemen Diabetes

Manajemen Diabetes Melitus tipe II melibatkan gaya hidup, termasuk diet sehat, olahraga teratur, dan pengelolaan berat badan. Selain itu, penting untuk memantau kadar gula darah dan mengikuti pengobatan yang direkomendasikan oleh dokter untuk menjaga kesehatan secara keseluruhan.

Menurut PARKENI (2021), terdapat beberapa cara dalam manajemen diabetes melitus diantaranya :

1. Kontrol gula darah secara rutin
2. Minum obat atau insulin sesuai jadwal
3. Diet rendah gula, tinggi serat, dan rendah lemak

4. Aktivitas fisik ringan setiap hari

E. Tanda – tanda infeksi

Infeksi pada luka ulkus diabetikum terjadi ketika mikroorganisme masuk dan berkembang di jaringan luka, memperburuk penyembuhan. Pada pasien diabetes, gejala infeksi sering tidak khas karena neuropati dan gangguan sirkulasi.

Tanda dan gejala infeksi luka meliputi :

1. Kemerahan dan pembengkakan di sekitar luka
2. Peningkatan eksudat (nanah atau cairan keruh)
3. Bau tidak sedap dari luka
4. Nyeri yang meningkat, meski bisa samar karena neuropati
5. Demam dan gejala sistemik, jika infeksi berat
6. Perlambatan penyembuhan luka

Menurut OWGDF dan IDSA, infeksi luka diklasifikasikan menjadi ringan, sedang, dan berat berdasarkan luas eritema, kedalaman luka, dan gejala sistemik.

F. Langkah – langkah pencegahan ulkus berulang

Menurut IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot), pencegahan ulkus berulang harus dilakukan secara menyeluruh karena ulkus dapat muncul tidak hanya pada kaki, tetapi juga di ekstremitas lain akibat neuropati, deformitas, dan gangguan vaskuler. Pencegahan yang direkomendasikan meliputi :

1. Kontrol glukosa darah yang ketat untuk memperlambat progresi neuropati dan angiopati
2. Pemeriksaan kulit rutin pada seluruh ekstremitas untuk mendeteksi luka atau iritasi sejak dini
3. Edukasi pasien dan keluarga mengenai perawatan kulit, penggunaan pelindung tubuh, dan tanda-tanda awal luka
4. Pemakaian alas kaki dan pelindung tubuh yang tepat untuk menghindari tekanan dan gesekan pada daerah rawan
5. Penggunaan pelembab dan perawatan kulit untuk menjaga kelembapan kulit dan mencegah pecah-pecah
6. Pemantauan neuropati dan sirkulasi darah secara berkala untuk mengidentifikasi area beresiko tinggi ulkus

DAFTAR PUSTAKA

- Hinkle, J. L., & Cheever, K.H. (2021). Brunner & Suddarth's Textbook of Medical – Surgical Nursing. 15th edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- WOCN Society, (2020). Guideline for Management of Wounds in Patients with Lower – Extremity Neuropathic Disease.
- PARKENI, (2021). Pedoman Pengelolaan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia.
- International Diabetic Federation (IDF), (2020). Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot
- Permana, M. (2021). Manajemen Luka Kaki Diabetik. EGC
- Lipsky, B. A. et al. (2020). IWGDF Guidelines on Foot Infection. Diabetes Metab Res Rev, 36(S1). E3280
- Lipsky, B. A. et al. (2020). Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Foot Infection in persons with Diabetes (IWGDF 2019 Update)

Lampiran. 2 Leaflet



cara merawat luka secara mandiri

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah perawatan luka
2. Gunakan sarung tangan bersih
3. Ganti balutan sesuai anjuran
4. Gunakan cairan NaCl 0.9% atau antiseptik sesuai resep
5. amati tanda dan gejala infeksi pada luka

DEFINISI ULKUS

- Ulkus diabetikum adalah luka kronis pada kaki penderita diabetes melitus akibat neuropati, gangguan sirkulasi, dan infeksi (Permana,M, 2021).
- Ulkus Diabetikum juga merupakan luka terbuka yang biasanya terjadi pada kaki atau bagian ekstremitas penderita Diabetes melitus,luka ini sulit sembuh dan dapat disertai dengan keluar nanah berbau tidak sedap.

PENYEBAB ULKUS

1. kontrol glikemik yang buruk
2. Neuropati/kerusakan saraf
3. penyakit vaskuler Perifer
4. perawatan luka yang buruk



Perawatan luka post Debridement Ulkus & Manajemen Diabetes



Disusun Oleh :
Sharah Amelia Putri
KHGA22005

Manajemen Diabetes

- Kontrol Gula darah secara rutin
- Minum obat atau insulin sesuai jadwal
- diet rendah gula, tinggi serat, dan rendah lemak
- Olahraga teratur / aktivitas ringan setiap hari





tanda-tanda Infeksi

- Kemerahan dan pembengkakan di sekitar luka
- Peningkatan eksudat (nanah)
- Bau tidak sedap dari luka
- Nyeri yang meningkat
- Demam dan Gejala sistemik
- Perlambatan penyembuhan Luka

langkah-langkah pencegahan ulkus berulang

- Kontrol glukosa darah
- pemeriksaan kulit secara menyeluruh
- edukasi pasien dan keluarga mengenai perawatan kulit
- Pemakaian alas kaki dan pelindung tubuh yang tepat
- penggunaan pelembab dan perawatan kulit
- pemantauan Neuropati dan sirkulasi darah secara berkala



Lampiran. 3 Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Sharah Amelia Putri

NIM : KHGA22005

Pembimbing : H. Engkus Kunsnadi, S.Kep., M.Kes

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Endokrin : Post Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Palmar Sinistra POD 0 di Ruang Flamboyan 1 RSUD TK.IV Guntur Garut

No.	Hari/ Tanggal	Materi yang di konsulkan	Catatan Pembimbing	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	Senin, 02 Juni 2025	BAB I	1. Lengkapi data Jabar, Garut, dan Rs tempat kasus diambil 2. Cantumkan referensi untuk setiap metode penulisan 3. Untuk sistematika penulisan buatkan dalam bentuk paragraf		
2.	Selasa, 10 Juni 2025	BAB I	1. ACC BAB I 2. Lanjutkan BAB II		

3.	Jumat, 13 Juni 2025	BAB II	1. Tambahkan penjelasan pathway, sampai masalah-masalah keperawatan yang muncul dapat dipahami dengan jelas 2. Jelaskan biodata yang spesifik pada pasien DM 3. Jelaskan secara spesifik gangguan sistem yang terjadi pada penderita DM.		
4.	Senin, 16 Juni 2025	BAB II	1. ACC BAB II 2. Lanjutkan BAB III		
5.	Jum'at 20 Juni 2025	BAB III	1. Cantumkan diagnosa yang muncul pada sub.bab diagnosa keperawatan 2. Cantumkan teori pada pembahasan evaluasi 3. Tambahkan faktor pendukung dan penghambat pada pelaksanaan tindakan keperawatan		

6.	Selasa, 24 Juni 2025	BAB III	1. ACC BAB III 2. Lanjutkan BAB IV		
7.	Rabu, 25 Juni 2025	BAB IV	1. Jelaskan bagian diagnosa dalam bentuk narasi 2. Bagian intervensi fokus pada prinsip intervensinya dari setiap diagnosa 3. Perbaiki bagian implementasi dengan menuliskan implementasi utama 4. Jelaskan bagian evaluasi dalam bentuk narasi 5. Perbaiki bagian rekomendasi berdasarkan kesimpulan yang ada		
8.	Jum'at, 27 Juni 2025	BAB IV	1. ACC BAB IV 2. Lengkapi untuk sidang		

Lampiran. 4 Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Sharah Amelia Putri

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat, tanggal lahir : Garut, 09 Juli 2003

Alamat : Kp. Citelu, RT 02 RW 02, Desa. Sukatani, Kec.
Cilawu, Kab. Garut

Agama : Islam

Alamat Email : Ameliaasharah@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. TK Islam Asy-syiroj (2007 – 2008)
2. SDN Sukatani 2 (2010 – 2016)
3. MTSN 1 Garut (2016 – 2019)
4. MAN 2 Garut (2019 – 2022)
5. Mahasiswa STIKes Karsa Husada Garut (2022 – 2025)