

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A DENGAN GANGGUAN SISTEM
ENDOKRIN: POST OP DEBRIDEMENT A/I ULKUS DIABETETIKUM
E.C DIABETES MELITUS TIPE II A/R METATARSOPALANGEAL POD 1
DI RUANG PLAMBOYAN 3 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:

RIKA PUSPITA

KHGA22008



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

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.A DENGAN GANGGUAN
SISTEM ENDOKRIN: POST OP DEBRIDEMENT A/I ULKUS
DIABETETIKUM E.C DIABETES MELITUS TIPE II A/R
METATARSOPALANGEAL POD 1 DI RUANG PLAMBOYAN 3
RSU TK. IV GUNTUR GARUT**

NAMA : RIKA PUSPITA
NIM : KHG-A22008

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 Kurnadi, S.Kep., M.Kes

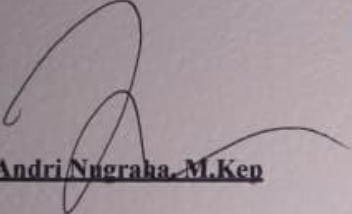
LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN GANGGUAN
SISTEM ENDOKRIN: POST OP DEBRIDEMENT A/I ULKUS
DIABETETIKUM E.C DIABETES MELITUS TIPE II A/R
METATARSOPALANGEAL POD 1 DI RUANG PLAMBOYAN 3
RSU TK. IV GUNTUR GARUT
NAMA : RIKA PUSPITA
NIM : KHG-A22008

Garut, Juni 2025

Menyetujui,

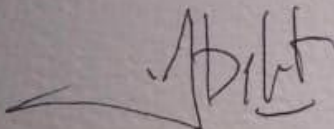
Penguji 1



Andri Nugraha, M.Kep

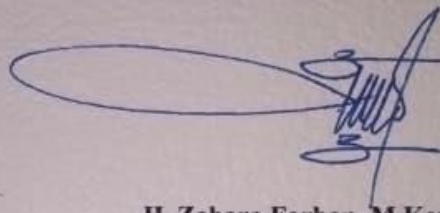
Mengetahui :

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



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

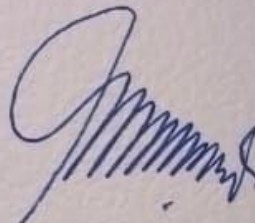
Penguji 2



H. Zahara Farhan, M.Kep

Mengesahkan :

Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



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

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Tn.A dengan Gangguan Sistem Endokrin : Post Op Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsopalangeal POD 1 di Ruang Flamboyan 3 RSUD TK.IV Guntur Garut

Oleh : Rika Puspita KHGA22008

IV Bab, 112 halaman, 13 tabel, 1 bagan, 4 lampiran

Ulkus diabetikum merupakan salah satu komplikasi kronis yang sering terjadi pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II, yang timbul akibat kombinasi neuropati perifer, gangguan vaskular, dan infeksi kronis. Ulkus yang tidak ditangani dengan tepat berisiko mengalami infeksi berat, gangren, bahkan amputasi. Penanganan debridement diperlukan untuk mengangkat jaringan nekrotik dan mempercepat penyembuhan luka. Penelitian ini bertujuan untuk mengaplikasikan proses asuhan keperawatan pada Tn. A yang menjalani post operasi debridement ulkus diabetikum. Metode studi kasus digunakan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Ditemukan tiga masalah keperawatan utama, yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur, dan gangguan integritas kulit dan jaringan. Intervensi difokuskan pada manajemen nyeri, perawatan luka, dan dukungan kenyamanan pasien. Hasil evaluasi menunjukkan terjadinya perbaikan kondisi secara bertahap. Kesimpulannya, pendekatan keperawatan yang komprehensif sangat berperan dalam meningkatkan proses penyembuhan dan kualitas hidup pasien dengan ulkus diabetikum.

Kata Kunci: Ulkus Diabetikum, Diabetes Melitus Tipe II, Debridement, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka : 25 buah (2017 – 2023) (buku, artikel dan jurnal)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur marilah kita panjatkan kehadiran Allah SWT, sholawat serta salam semoga selalu terlimpah curahkan kepada Nabi Muhammad SAW, yang mana alhamdulillah atas 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.A Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post Op Debridement a/i Ulkus Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsophalangeal POD 1 di Ruang Plamboyan 3 RSUD TK IV Guntur Garut.** ”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program studi Dipolma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari berbagai kekurangan yang ada, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat dan memberikan pengetahuan bagi para pembaca khususnya mahasiswa mahasiswi STIKes Karsa Husada Garut.

Penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak, atas segala bimbingan, bantuan, dukungan dan do’a sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, saya ucapkan terimakasih diantaranya 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.

4. Ibu K.Dewi Budiarti,S.Kep.,M.Kep, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep.,M.Kes, selaku Pembimbing yang telah memberi dukungan serta arahan kepada penulis dengan tulus dan ikhlas dalam membimbing pembuatan karya tulis ini.
6. Bapak Andri Nugraha,M.Kep, selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
7. Bapak H. Zahara Farhan,M.Kep, selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan yang sangat berarti untuk penulis.
8. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Tn A beserta keluarga yang telah bersedia bekerja sama dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Kepada Cinta pertama saya, Bapak Uus setiawan dan Pintu syurga Mamah Enur hayati. Terimakasih atas segala pengorbanan dan tulus kasih sayang yang diberikan. Beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan dibangku perkuliahan, namun mereka mampu senantiasa memberikan yang terbaik, tak kenal lelah mendoakan, mengusahakan serta memberikan perhatian dan dukungan sehingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai meraih gelar Amd. Kep.Terima kasih telah memberikan pendidikan yang baik dan selalu mendorong saya untuk mengejar cita-cita, terimakasih untuk tidak

pernah membuat saya merasa kekurangan dan selalu merasa berkecukupan. Tanpa bimbingan dan doa dari kalian, saya tidak akan bisa sampai pada titik ini. Semoga bapak dan mamah selalu sehat, panjang umur, bahagia dan selalu berada dalam lindungan allah swt.

11. Kepada kakak-kakak saya Aris sunandar, Daryani, dan Asep saepul yang selalu memberikan dukungan , motivasi, serta sudah selalu mau dilibatkan dalam hal apapun oleh penulis selama menjalani studinya semoga selalu diberkahi dan diberi kesehatan.
12. Kepada Sahabat saya satu satunya teman yang selalu membersamai dari awal masuk sampai lulus kuliah, Sharah amelia putri meskipun tidak sedarah namun selalu searah , yang menjadi peneduh dikala derita tumbuh, yang sama sama berlari dalam perjuangan, yang saling memberi semangat walau hidup masing-masing berat. Terimakasih sudah selalu mau mendengarkan keluh kesah penulis selama kuliah , selalu menjadi pendengar terbaik dikala susah maupun senang, selalu ada menemani dalam suka maupun duka disetiap kondisi apapun, dan selalu mau dilibatkan, direpotkan dalam hal apapun.
13. Kepada yang sudah saya anggap Orang Tua ke dua di perantauan setelah orang tua kandung saya mamah (Ida) bapak (ganjar). Terimakasih selalu menjadi support system, tempat mengeluh dan selalu mau di repotkan selama penulis tinggal jauh dari rumah. Semoga selalu sehat, bahagia dan selalu ada dalam lindungan allah swt.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ini masih jauh dari kata sempurna, karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya

membangun untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini, semoga kebaikan, bimbingan, motivasi, serta doa yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Allah SWT, Aamiin.

Garut, Juni 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Metode Penulisan	5
D. Sistematika Penulisan.....	6
BAB II	8
TINJAUAN TEORITIS.....	8
A. Konsep Dasar Diabetes Melitus	8
1. Definisi Diabetes Melitus.....	8
2. Etiologi.....	9
3. Klasifikasi Diabetes Melitus	10
4. Patofisiologi Diabetes Melitus	12
5. Pathway Diabetes Melitus.....	14
6. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus	15
7. Komplikasi Diabetes Melitus.....	16
8. Pemeriksaan Penunjang Diabetes Melitus	17
1. Definisi Ulkus Diabetikum	20
2. Etiologi Ulkus Diabetikum	20
3. Klasifikasi Ulkus Diabetikum.....	22
4. Patofisiologi Ulkus Diabetikum.....	23
5. Pathway Ulkus Diabetikum	26
6. Manifestasi Klinis Ulkus Diabetikum.....	27
7. Komplikasi Ulkus Diabetikum.....	28
8. Pemeriksaan Penunjang	29
9. Penatalaksanaan Ulkus Diabetikum.....	31

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum	34
1. Pengkajian Keperawatan	34
2. Diagnosa Keperawatan	48
3. Perencanaan Keperawatan	50
4. Implementasi Keperawatan	54
5. Evaluasi Keperawatan	54
BAB III.....	56
TINJAUAN KASUS.....	56
A. Tinjauan Kasus	56
1. Pengkajian	56
2. Diagnosa Keperawatan	70
3. Intervensi Keperawatan.....	72
4. Implementasi Keperawatan	75
5. Catatan Perkembangan.....	77
B. PEMBAHASAN	84
1. Pengkajian	84
2. Diagnosa Keperawatan	87
3. Intervensi Keperawatan.....	90
4. Implementasi Keperawatan	93
5. Evaluasi Keperawatan	95
BAB IV	97
SIMPULAN & SARAN	97
A. Simpulan	97
B. Saran	98
DAFTAR PUSTAKA.....	101
LAMPIRAN.....	103

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Klasifikasi Ulkus Diabetikum Wagner.....	24
Tabel 1.2 Klasifikasi Luka.....	24
Tabel 2.1 Analisa Data.....	48
Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan.....	51
Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-hari.....	57
Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang.....	59
Tabel 3.3 Therapy Obat.....	59
Tabel 3.4 Analisa Data.....	60
Tabel 3.5 Intervensi Keperawatan.....	63
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	67
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan.....	69

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 SAP
- Lampiran 2 Leaflet Perawatan kaki Diabetes
- Lampiran 3 Lembar Bimbingan
- Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Menurut Indonesia Health Ministry (2020), Indonesia menduduki peringkat ke-7 dari 10 negara dengan 10,7 juta penderita Diabetes Melitus. Indonesia adalah satu-satunya negara Asia Tenggara yang masuk dalam daftar tersebut. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan peningkatan jumlah penderita dm di Indonesia sekitar 21,3 juta pada tahun 2020, menempatkan Indonesia pada peringkat ke-4. Prevalensi Diabetes Melitus di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 8,5%.

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia akibat kelainan sekresi insulin dan kerja insulin yang tidak adekuat sehingga mengakibatkan kematian atau kecacatan, yang sangat mempengaruhi kualitas hidup penderita Diabetes Melitus. (Rizki 2020). Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia, yang disebabkan oleh ketidakmampuan pankreas untuk memproduksi insulin, gangguan dalam fungsi insulin, atau keduanya. Prevalensi global DM meningkat sekitar 8,3% di kalangan individu berusia 20 hingga 79 tahun, dan diperkirakan ada 2,2 juta kematian akibat penyakit ini, dengan sebagian besar terjadi sebelum usia 70 tahun, terutama di negara-negara dengan ekonomi rendah dan menengah.

Pada tahun 2024, hasil penelitian di RSUD TK.IV Guntur Garut menunjukkan bahwa terdapat 111 orang yang menderita Diabetes Melitus Tipe 2, dan riwayat dengan ulkus diabetikum sebanyak 39 penderita. Sementara itu, pada tahun 2025, jumlah penderita Diabetes Melitus Tipe 2 menurun menjadi 45 penderita, dengan 22 pasien yang mengalami ulkus diabetikum. Penurunan jumlah penderita dan kasus ulkus ini dapat mencerminkan perubahan dalam pengelolaan dan pencegahan penyakit diabetes di wilayah tersebut.

Angka kejadian Diabetes Melitus meningkat belakangan ini, seiring dengan perubahan gaya hidup dan pola makan. Menurut International Diabetic Foundation (IDF), terdapat 382 juta orang di seluruh dunia yang hidup dengan diabetes, dimana sekitar 175 juta diantaranya diperkirakan belum terdiagnosis. Hal ini berpotensi menyebabkan perkembangan komplikasi secara progresif tanpa disadari dan tanpa adanya langkah pencegahan.

World Health Organization (WHO), 2021 menyatakan bahwa komplikasi utama diabetes melitus termasuk komplikasi akut (Hipoglikemia, DKA), dan komplikasi kronis seperti kerusakan jantung, ginjal, mata dan saraf. Ulkus Diabetikum adalah luka terbuka pada kaki, umumnya dibagian plantar, akibat kombinasi neuropati, iskemia dan infeksi. Ini merupakan komplikasi kronis dari diabetes melitus. Raja et al.(2023)

Perawat memiliki peran penting dalam melaksanakan proses keperawatan ulkus diabetikum guna mencegah terjadinya infeksi yang dapat berujung pada amputasi. Penderita diabetes melitus perlu menjalani serangkaian pemeriksaan, termasuk pengawasan kadar gula dalam darah untuk mencegah munculnya keluhan

lain yang dapat berujung pada komplikasi jika tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan berbagai komplikasi yang sangat serius seperti infeksi, ulkus diabetikum, gangren, hingga amputasi. Oleh karena itu, peran perawat sangat penting dan sangat dibutuhkan dalam memberikan perawatan dan penanganan kepada pasien yang mengalami masalah penyakit diabetes melitus. Perawatan dan penanganan yang dimaksud adalah perawatan profesional yang dilakukan melalui proses pendekatan keperawatan dengan cara melakukan pengkajian atau anamnesa, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan/intervensi keperawatan, dan implementasi serta melakukan evaluasi dari hasil tindakan yang sebelumnya sudah dilakukan kepada pasien.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis sangat tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post Op Debridement a/i Ulkus Diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsopalangeal Pod 1 Di Ruang Plamboyan 3 RSU TK. 4 Guntur Garut”.

B. Tujuan Penulisan

Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dibagi dua, yaitu :

A. Tujuan Umum

Mampu memperoleh pengalaman secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual dengan melakukan sebuah Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post Op Debridement a/i Ulkus Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsophalangeal POD 1 di Ruang Plamboyan 3 RSUD. TK IV Guntur Garut.

B. Tujuan Khusus

Adapun tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai berikut:

- a. Mampu melakukan pengkajian yang komprehensif pada Tn.A Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post Op Debridement a/i Ulkus Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsophalangeal POD 1 di Ruang Plamboyan 3 RSUD. TK IV Guntur Garut.
- b. Mampu menegaskan diagnosa keperawatan pada Tn.A Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post Op Debridement a/i Ulkus Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsophalangeal POD 1 di Ruang Plamboyan 3 RSUD. TK IV Guntur Garut berdasarkan hasil pengkajian dan respons pasien secara menyeluruh.
- c. Mampu membuat perencanaan asuhan keperawatan Pada Tn.A Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post Op Debridement a/i Ulkus

Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsophalangeal POD 1 di Ruang Plamboyan 3 RSUD. TK IV Guntur Garut.

- d. Mampu melakukan implementasi asuhan keperawatan Pada Tn.A Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post Op Debridement a/i Ulkus Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsophalangeal POD 1 di Ruang Plamboyan 3 RSUD. TK IV Guntur Garut.
- e. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan Pada Tn.A Dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post Op Debridement a/i Ulkus Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsophalangeal POD 1 di Ruang Plamboyan 3 RSUD. TK IV Guntur Garut.

C. Metode Penulisan

Metode yang digunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah metode deskriptif berbentuk studi kasus, dengan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan, Adapun Teknik yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu :

1. Wawancara

Pengumpulan data dengan cara komunikasi dengan lisan, yang meliputi anamnesa yaitu data yang di dapat dari keluarga Tn. A dan auto anamnesa yaitu data yang diperoleh secara langsung dari Tn. A

2. Observasi

Penulisan mengamati secara langsung pada kondisi Tn.A, untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan Tn. A.

3. Pemeriksaan fisik

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

4. Studi Dokumentasi

Data yang didapat penulis berasal dari RSUD TK. IV Guntur Garut.

5. Studi Kepustakaan

Penulis membaca berbagai literatur untuk mendapatkan keterangan dan dasar tertulis yang berhubungan dengan kasus Post Op Debridement a/i Ulkus Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsophalangeal POD 1 guna mendukung penulisan karya tulis ilmiah.

D. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan yang digunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari beberapa bab yang saling berkaitan.

Pada bab 1 berisi tentang pendahuluan, menguraikan latar belakang, permasalahan yang di hadapi, tujuan penulisan, metode yang digunakan, serta sistematika penulisan yang akan di ikuti selanjutnya. Pada bab 2 berisi tentang membahas landasan teori yang mencakup konsep dasar penyakit, termasuk pengertian, etiologi, patofisiologi, penatalaksanaan, komplikasi, serta penyimpangan pada konsep dasar manusia. Selain itu pada bab ini juga akan menjelaskan apa itu konsep dasar asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Pada bab 3 berisi tentang laporan kasus yang akan disajikan dengan fokus kepada pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien Tn. A

dengan Gangguan Sistem Endokrin: Post Op Debridement a/i Ulkus Diabetes Melitus Tipe II a/r Metatarsophalangeal POD 1 di Ruang Plamboyan 3 RSUD IV Guntur Garut. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan di lapangan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi dan catatan perkembangan. Sedangkan pembahasan berisi tentang kesenjangan-kesenjangan yang ditemukan antara kasus yang nyata dengan teori yang ada dimulai dari tahap pengkajian sampai evaluasi. Kemudian pada bab 4 berisikan tentang penutup yang menguraikan tentang kesimpulan dan rekomendasi yang berisikan untuk perbaikan di masa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Diabetes Melitus

1. Definisi Diabetes Melitus

Menurut (WHO 2020), Diabetes Melitus merupakan sekelompok penyakit metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia kronis (kadar gula darah tinggi), yang terjadi akibat gangguan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya.

Diabetes Melitus Tipe II adalah gangguan metabolik kronis yang ditandai oleh hiperglikemia akibat resistensi insulin dan/atau penurunan sekresi insulin. Penyakit diabetes melitus menjadi permasalahan yang serius dan membutuhkan pengendalian yang tepat dan deteksi dini karena berdampak pada perubahan gaya hidup, keterbatasan aktivitas, dan dapat menyebabkan kematian. (Sriwiyati et al., 2024)

Diabetes mellitus tipe II suatu penyakit ditandai oleh gula glukosa meningkat disebabkan karena produksi insulin yang tidak tepat atau digunakan oleh tubuh. Diabetes mellitus adalah penyakit rumit dengan komponen lingkungan dan genetik yang kuat (Kemenkes RI 2022).

Diabetes Mellitus tipe II merupakan suatu keadaan ditandai dengan defisiensi insulin. Hal ini disebabkan karena adanya resistensi insulin serta Resistensi insulin dan kelainan pada sel beta pankreas di dalam organ. Diabetes

Mellitus tipe II terbentuk karena adanya kelainan dalam cara kerja insulin atau sekresi insulin (Widiasari K R, I made kusuma wijaya 2021).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit metabolik kronis yang ditandai oleh hiperglikemia akibat gangguan sekresi atau kerja insulin. Penyakit ini dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius jika tidak dikendalikan, seperti penyakit jantung dan stroke. DM terbagi menjadi tipe 1, tipe 2, dan gestasional, dan sering kali tidak terdeteksi pada tahap awal. Faktor penyebabnya meliputi gaya hidup yang buruk, faktor genetik, dan kurangnya aktivitas fisik. Pengendalian dan deteksi dini sangat penting untuk mencegah dampak negatif pada kesehatan dan kualitas hidup.

2. Etiologi

Etiologi Diabetes Melitus merupakan gabungan antara faktor genetik dan faktor lingkungan. Etiologi lain dari diabetes melitus yaitu sekresi atau kerja insulin, abnormalitas, metabolik yang mengganggu sekresi insulin, abnormalitas mitokondria, dan sekelompok lain yang mengganggu toleransi glukosa. Diabetes Melitus dapat muncul akibat penyakit endokrin pankreas ketika terjadi kerusakan pada mayoritas islet dan pankreas. Hormon yang bekerja sebagai antagonis insulin dapat juga menyebabkan diabetes melitus. (Lestari et al.,2021)

Menurut (Kemenkes 2024) resiko Diabetes Mellitus Tipe II ini dapat meningkat oleh beberapa hal yang berbeda. Risiko ini sangat mungkin menyebabkan resistensi insulin dan ketidakmampuan sel beta pankreas untuk

memproduksi insulin, yang menyebabkan hiperglikemia. Diabetes mellitus tipe II disebabkan oleh sejumlah variabel. termasuk:

- a. Genetik dan riwayat keluarga: Peluang seseorang untuk tertular diabetes mellitus tipe II meningkat jika ada riwayat penyakit dalam keluarga mereka.
- b. Obesitas: Salah satu faktor risiko diabetes mellitus tipe II adalah kelebihan berat badan atau obesitas. Kemampuan tubuh untuk menggunakan insulin mungkin terhambat oleh kelebihan lemak tubuh.
- c. Pola hidup tidak baik: makan makanan yang buruk dan mengonsumsi banyak lemak dan makanan yang mengandung gula.
- d. Hormonal dan usia: Bertambahnya usia juga dapat meningkatkan resiko penyakit Diabetes Mellitus Tipe II ini. Perempuan yang memiliki riwayat sindrom ovarium lebih tinggi resikonya terhadap penyakit ini.

3. Klasifikasi Diabetes Melitus

Menurut (WHO,2022), Klasifikasi Diabetes Melitus menjadi empat tipe utama yaitu:

a. Diabetes Melitus Tipe 1

Diabetes Melitus (DM) tipe 1 disebabkan oleh kerusakan autoimun terhadap sel beta pankreas, yang mengakibatkan defisiensi insulin absolut. Umumnya terjadi pada usia muda (anak-anak atau remaja), namun bisa juga muncul pada orang dewasa pasien tipe 1 membutuhkan terapi insulin seumur hidup. Ciri khas:

- 1). Onset cepat, biasanya dalam hitungan minggu

2). Gejala klinis: Poliuria, Polidipsia, Penurunan Berat Badan Drastis.

3). Sering ditemukan ketoasidosis atau diagnosis.

b. Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes Melitus (DM) tipe 2 merupakan bentuk paling umum, mencakup 90-95% dari semua kasus diabetes. Penyebab utamanya adalah resistensi insulin disertai penurunan sekresi insulin secara progresif. Gejalanya sering tidak khas dan berkembang perlahan bisa dikontrol dengan diet, olahraga, obat oral, dan/atau insulin jika diperlukan.

1. Faktor risiko utama:

- a) Obesitas (terutama abdominal)
- b) Kurang aktivitas fisik
- c) Riwayat keluarga dengan diabetes melitus
- d) Usia >40 tahun

c. Diabetes Melitus Gestasional (DMG)

DMG terjadi selama kehamilan, umumnya pada trimester ke-2 atau ke-3, akibat perubahan hormon plasenta yang meningkatkan resistensi insulin. Diagnosis ditegakan melalui tes toleransi glukosa oral (TTGO) selama kehamilan.

1. Risiko bagi ibu:

- a) Preeklampsia
- b) Persalinan Prematur

c) Diabetes Melitus tipe 2 di masa depan/ masa yang akan datang

2. Risiko bagi bayi:

a) Makrosomia (bayi besar)

b) Hipoglikemia neonatal

c) Obesitas dan diabetes saat dewasa

d. Diabetes Melitus Tipe Spesifik lain (Other Specific Type)

Kelompok ini mencakup berbagai kondisi diabetes yang tidak termasuk dalam tipe 1, tipe 2, atau gestasional, seperti:

1) Kelainan Genetik: MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young)

2) Penyakit Pankreas: Pankreatitis kronis, kanker pankreas

3) Kelainan Hormonal: Sindrom Cushing, Akromegali.

4) Induksi oleh obat/zat kimia: Glukokortikoid, Niasin, Antipsikotik atipikal.

4. Patofisiologi Diabetes Melitus

Proses Metabolisme merupakan proses kompleks yang selalu terjadi dalam tubuh. Setiap hari manusia mengonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat dan akan dirubah menjadi glukosa, lemak menjadi asam lemak, dan protein menjadi asam amino. Zat-zat tersebut akan diserap oleh usus kemudian masuk kedalam pembuluh darah dan diedarkan ke seluruh tubuh agar dapat digunakan oleh organ-organ lainnya sebagai bahan bakar metabolisme. Zat tersebut masuk kedalam sel dengan dibantu oleh insulin agar dapat berfungsi sebagai bahan bakar. Insulin dapat diibaratkan sebagai perantara masuknya glukosa kedalam sel. Jika tidak ada insulin maka glukosa tidak dapat masuk

kedalam sel. Sehingga tubuh tidak mempunyai sumber energi untuk melakukan metabolisme.

Glukosa akan tetap berada dalam pembuluh darah sehingga kadar gula darah meningkat (Lestari et al.,2021).Kondisi gaya hidup yang tidak sehat, pola istirahat yang tidak baik, pola makan yang tidak sehat serta kurangnya aktivitas fisik seperti olahraga menyebabkan metabolisme dalam tubuh tidak bekerja dengan baik sehingga dapat mempengaruhi stabilitas kadar gula dalam tubuh. Hal ini dapat menjadi faktor penyebab meningkatnya jumlah penderita diabetes melitus (Kencana et al., 2022)

Pada diabetes melitus tipe II disebabkan karena resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin disebabkan oleh gangguan reseptor yang disertai dengan penurunan reaksi intrasel, sehingga insulin menjadi kurang efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan dan dibutuhkan insulin yang lebih banyak untuk mempertahankan kadar gula dalam darah agar tetap normal, selain itu penurunan sensitivitas juga mengganggu kerja insulin sehingga sel beta mengalami kegagalan dengan menurunnya jumlah insulin yang beredar dan tidak mampu mempertahankan kadar glukosa darah normal, namun masih terdapat jumlah insulin yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton (Tri Lasini.,2022)

5. Pathway Diabetes Melitus

Nyeri akut :

Faktor usia dan gaya hidup menyebabkan gangguan fungsi pankreas, yang memicu hiperglikemia kronis. Kondisi ini menimbulkan neuropati diabetik dan ulkus, ketika luka semakin parah diperlukan tindakan pembedahan yang pada akhirnya menyebabkan nyeri akut sebagai respons dari trauma jaringan dan stimulasi saraf sensorik.

Gangguan Pola Tidur :

Hiperglikemia akibat penurunan fungsi sel beta pankreas berujung pada luka diabetikum yang menyebabkan tindakan operasi. Luka pasca operasi menyebabkan ketidaknyamanan berkelanjutan yang berkontribusi pada gangguan pola tidur karena nyeri atau kecemasan sehingga mengganggu pola tidur normal pasien.

Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan

Faktor usia dan predisposisi genetik memicu hiperglikemia yang kronis, kadar glukosa tinggi menekan fungsi imun, menyebabkan gangguan leukosit dan memperlambat proses penyembuhan luka. Luka yang timbul sulit sembuh menyebabkan integritas kulit dan jaringan terganggu secara struktural dan fungsional.

6. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus

(Widiasari K, DKK 2021). Manifestasi Klinis dari penyandang diabetes melitus dapat dibagi menjadi dua yaitu, gejala klinis dan gejala umum. Gejala klasik dari diabetes melitus adalah:

- a. Polidipsia yaitu keadaan sering merasa haus
- b. Polifagia keadaan dimana sering merasa lapar sehingga makan berlebihan
- c. Poliuria yaitu sering buang air kecil
- d. Penurunan Berat Badan yang penyebabnya tidak dapat dijelaskan

Sedangkan Gejala umum antara lain:

- a. Kelelahan, yaitu keadaan pasien yang mengalami diabetes melitus sering lelah walaupun tidak beraktifitas
- b. Kegelisahan, keadaan pasien sering merasa gelisah walaupun sedang baik-baik saja
- c. Nyeri tubuh yang dimana biasa pada pasien diabetes melitus sering mengalami nyeri sendi dikarenakan neuropati diabetic alias kerusakan saraf yang dipicu penyakit metabolic tersebut
- d. Kesemutan
- e. Mata kabur, gatal yaitu pandangan kabur dan gatal pada seluruh badan
- f. Disfungsi ereksi pada pria, yaitu kondisi penis pria tidak bisa mendapatkan ereksi atau mempertahankan ereksi untuk dapat penetrasi sampai ejakulasi saat berhubungan seksual dengan perempuan
- g. Serta pruritus vulva pada wanita yaitu gangguan yang ditandai dengan sensasi gatal dari alat kelamin eksternal perempuan.

Indikator Diabetes Melitus Tipe II dapat bermanifestasi secara subliminal atau tanpa disadari. Faktanya 8 juta atau lebih manusia tidak sadar apabila menderita Diabetes Mellitus. Gejala diabetes tipe II menurut (Michael Dansinger 2023) meliputi:

- a. Sering mengalami rasa haus dan minum yang berlebihan (polydipsy)
- b. Peningkatan frekuensi buang air kecil (poliuria)
- c. Mudah lapar dan makan berlebihan (polifagi)
- d. Penglihatan kabur
- e. Merasa tersinggung dengan cepat

7. Komplikasi Diabetes Melitus

Hiperglikemia kronis pada pasien diabetes melitus yang sejalan dengan kelainan metabolik lainnya dapat menyebabkan berbagai kerusakan sistem organ, menyebabkan komplikasi baik mikrovaskuler maupun makrovaskuler (Rajeev Goyal et al.,2023). Komplikasi mikrovaskuler salah satunya adalah kerusakan sistem ginjal, sedangkan komplikasi kerusakan makrovaskuler adalah penyakit jantung, stroke, dan penyakit pembuluh darah perifer (Rif'at et al.,2023)

Menurut (Kemenkes RI 2022) Jika Diabetes tipe II tidak dikelola dengan baik, dapat mengakibatkan komplikasi besar seperti:

- a. Kerusakan saraf (neuropati): Diabetes dapat membahayakan saraf di seluruh tubuh, terutama di tangan dan kaki.

- b. Nefropati, atau cedera pada ginjal: Diabetes dapat membahayakan arteri darah di ginjal, mengganggu fungsi ginjal.
- c. Masalah mata: Retinopati diabetik, katarak, glaukoma, dan masalah penglihatan lainnya semuanya dapat disebabkan oleh diabetes.
- d. Masalah kardiovaskular: Diabetes mellitus tipe II meningkatkan risiko penyakit pembuluh darah perifer, penyakit jantung, serangan jantung dan stroke.
- e. Luka dan infeksi yang sulit sembuh: Pasien dengan diabetes tipe 2 mungkin mengalami keterlambatan dalam penyembuhan luka mereka dan risiko infeksi yang lebih tinggi.

8. Pemeriksaan Penunjang Diabetes Melitus

Menurut Kemenkes (2020) Pemeriksaan diagnostik untuk menegakan diagnosa Diabetes Melitus yang dapat dilakukan yaitu:

- a. Pemeriksaan Gula Darah Puasa (GDP)
- b. Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS)
- c. Pemeriksaan Gula Darah 2 Jam Setelah Pradinal (GD2PP)
- d. Pemeriksaan hBa1c
- e. Pemeriksaan Toleransi Oral (TTGO) Merupakan Tes Penyaring Gula Darah

Acuan Pemeriksaan Gula Darah Sebagai Berikut:

- a. Gula Darah Sewaktu >200 mg/dl
- b. Gula Darah Puasa >126 mg/dl
- c. Gula Darah 2 Jam >200 mg/dl

d. Gula Darah Acak >200 mg/dl

Kadar glukosa darah harus diskriminasi untuk mengetahui penyakit Diabetes Melitus Tipe II, dengan hasil yang diberikan dalam miligram per desiliter (mg/dL) atau milimol per liter (mmol/L). Berikut adalah beberapa metode pengujian untuk menegakkan diagnosis Diabetes Melitus Tipe II (PERKENI 2021):

- a. Tes gula darah intermiten atau acak: Waktu acak akan dipilih untuk mengambil sampel darah. Kadar gula darah > 200 mg/Dl (11,1 mmol /L) dapat digunakan sebagai indikator awal diabetes.
- b. Kadar gula darah selama puasa diambil delapan hingga sepuluh jam setelah puasa semalam, sampel darah akan dikumpulkan. Kurang dari 100 mg/dL (5,6 mmol/L) gula darah selama puasa dianggap normal.
- c. Uji toleransi glukosa oral. Pasien harus berpuasa selama 8-10 jam malam sebelum tes, namun mereka masih diizinkan untuk mengonsumsi air bebas gula.
- d. Tes hemoglobin (HbA1c) mengukur persentase glukosa darah yang terikat pada hemoglobin, mengukur tingkat gula darah rata-rata untuk dua minggu terakhir hingga tiap bulan.
- e. Urin dan aseton plasma (keton); indikator positif menunjukkan masalah komplikasi (DKA atau ketoasidosis diabetik).
- f. Selain kadar glukosa darah, asam lemak bebas, peningkatan lipid, dan kadar kolesterol merupakan indikator signifikan dari tingkat manajemen diabetes.

- g. Osmolalitas serum, yang menilai adanya hipovolemia dari diuresis osmotik dan dehidrasi sel akibat hiperglikemia.

Etiologi Diabetes Melitus merupakan gabungan antara faktor genetik dan faktor lingkungan. Etiologi lain dari diabetes melitus yaitu sekresi atau kerja insulin, abnormalitas, metabolik yang mengganggu sekresi insulin, abnormalitas mitokondria, dan sekelompok lain yang mengganggu toleransi glukosa. Diabetes Melitus dapat muncul akibat penyakit endokrin pankreas ketika terjadi kerusakan pada mayoritas islet dan pankreas. Hormon yang bekerja sebagai antagonis insulin dapat juga menyebabkan diabetes melitus. (Lestari et al.,2021)

Menurut (Kemenkes 2024) Diabetes Mellitus Tipe II ini dapat ditingkatkan oleh beberapa hal yang berbeda. Risiko ini sangat mungkin menyebabkan resistensi insulin dan ketidakmampuan sel beta pankreas untuk memproduksi insulin, yang menyebabkan hiperglikemia. Diabetes mellitus tipe II disebabkan oleh sejumlah variabel. termasuk:

- a. Genetik dan riwayat keluarga: Peluang seseorang untuk tertular diabetes mellitus tipe II meningkat jika ada riwayat penyakit dalam keluarga mereka.
- b. Obesitas: Salah satu faktor risiko diabetes mellitus tipe II adalah kelebihan berat badan atau obesitas. Kemampuan tubuh untuk menggunakan insulin mungkin terhambat oleh kelebihan lemak tubuh.
- c. Pola hidup tidak baik: makan makanan yang buruk dan mengonsumsi banyak lemak dan makanan yang mengandung gula.

- d. Hormonal dan usia: Bertambahnya usia juga dapat meningkatkan resiko penyakit Diabetes Mellitus Tipe II ini. Perempuan yang memiliki riwayat sindrom ovarium lebih tinggi resikonya terhadap penyakit ini.

1. Definisi Ulkus Diabetikum

Ulkus Diabetikum adalah salah satu komplikasi diabetes yang berbahaya dan serius. 10-25% pasien diabetes melitus mengalami ulkus diabetikum (Lailasari et al., 2023).

Ulkus Diabetik adalah luka terbuka, disebabkan oleh angiopati, neuropati, dan infeksi. Hal ini disebabkan oleh neuropati perifer yang menyebabkan mati rasa dan hilangnya atau berkurangnya sensasi nyeri pada kaki sehingga memungkinkan kaki mengalami trauma tanpa merasakannya (Siti Rofiatun Rosida et al., 2023).

Ulkus Diabetikum merupakan salah satu luka kronik. Luka ini didasari dengan luka terbuka disertai dengan adanya penyumbatan, pada pembuluh darah serta terjadinya kerusakan jaringan akibat gangguan neurologis dan vaskuler pada pasien ulkus yang tidak dirasakan kemudian berkembang menjadi infeksi. (Safitri, 2021).

2. Etiologi Ulkus Diabetikum

Menurut (Kemenkes 2024) Risiko Diabetes Mellitus Tipe II ini dapat meningkat oleh beberapa hal yang berbeda. Risiko ini sangat mungkin menyebabkan resistensi insulin dan ketidakmampuan sel beta pankreas untuk

memproduksi insulin, yang menyebabkan hiperglikemia. Diabetes mellitus tipe II disebabkan oleh sejumlah variabel. termasuk:

- e. Genetik dan riwayat keluarga: Peluang seseorang untuk tertular diabetes mellitus tipe II meningkat jika ada riwayat penyakit dalam keluarga mereka.
- f. Obesitas: Salah satu faktor risiko diabetes mellitus tipe II adalah kelebihan berat badan atau obesitas. Kemampuan tubuh untuk menggunakan insulin mungkin terhambat oleh kelebihan lemak tubuh.
- g. Pola hidup tidak baik: makan makanan yang buruk dan mengonsumsi banyak lemak dan makanan yang mengandung gula.
- h. Hormonal dan usia: Bertambahnya usia juga dapat meningkatkan resiko penyakit Diabetes Mellitus Tipe II ini. Perempuan yang memiliki riwayat sindrom ovarium lebih tinggi resikonya terhadap penyakit ini.

Menurut Deng et al. (2023), Ulkus Diabetikum terjadi akibat interaksi dari neuropati perifer, mikroangiopati, gangguan imun, dan infeksi kronis, yang semuanya memperlambat proses penyembuhan luka. Neuropati sensorik menyebabkan hilangnya rasa nyeri, sehingga trauma kecil tidak disadari oleh pasien. Neuropati motorik dapat menyebabkan deformitas kaki, sedangkan neuropati otonom menurunkan kelembaban kulit dan mempermudah masuknya mikroorganisme.

Sementara itu, menurut Suryanegara dan Sari (2020), hiperglikemia kronik menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kecil (mikroangiopati) dan memperlambat aliran darah ke ekstremitas bawah, sehingga luka sulit sembuh.

Faktor risiko lainnya adalah tekanan berulang pada area kaki tertentu akibat pemakaian alas kaki yang tidak sesuai dan kurangnya perawatan kaki pada pasien diabetes.

3. Klasifikasi Ulkus Diabetikum

Klasifikasi ulkus diabetikum adalah suatu sistem pengelompokan luka diabetik berdasarkan karakteristik luka, seperti kedalaman luka, keterlibatan jaringan dalam, tingkat infeksi, serta keterlibatan pembuluh darah. Klasifikasi ini bertujuan untuk membantu tenaga kesehatan dalam menilai tingkat keparahan ulkus, menentukan prognosis, serta memilih intervensi atau terapi yang tepat. Salah satu klasifikasi yang paling umum digunakan adalah Wagner's Classification System, yang membagi ulkus menjadi enam derajat (grade 0–5). Derajat ini mencerminkan progresivitas ulkus mulai dari kulit utuh dengan risiko tinggi (grade 0) hingga gangren menyeluruh pada kaki (grade 5). Sistem ini dinilai cukup praktis dan banyak diterapkan dalam pelayanan klinis keperawatan maupun kedokteran. Wahyuni, A. D., & Lestari, S. (2021).

Tabel 1.1 Klasifikasi Ulkus Diabetikum Wagner

Tingkat/Grade	Deskripsi Lesi
0	Tidak ada lesi pada kaki berisiko tinggi: bisa ada deformitas atau selulitis
1	Ulkus Diabetikum superfisial, dapat mencakup ketebalan kulit parsial atau <i>full</i>
2	Ulkus menyebar hingga ke ligamen, tendon, kapsul sendi, atau fascia dalam tanpa abses atau osteomyelitis
3	Ulkus dalam dengan abses, osteomyelitis, atau sepsi tulang
4	Gangren yang terlokalisasi ke bagian tumit atau kaki depan
5	Gangren ekstensif yang mencakup seluruh kaki

Sumber: dr. Graciella N T Wahjoepramono, 2020

Tabel 1.2 Klasifikasi Luka

Gangguan Perfusi	1. Tidak ada 2. Penyakit arteri perifer tetapi tidak parah 3. Iskemik parah pada kaki
Ukuran dan Dalamnya	1. Permukaan kaki, hanya sampai dermis 2. Luka pada kaki sampai dibawah dermis meliputi fascia, otot, atau tendon 3. Sudah mencapai tulang dan sendi
Infeksi	1. Tidak ada gejala 2. Hanya infeksi pada kulit dan jaringan 3. Eritema >2 cm atau infeksi meliputi subkutan tetapi tidak ada tanda inflamasi 4. Infeksi dengan manifestasi demam, leukositosis, hipotensi, dan azotemia.
Hilang sensasi	1. Tidak ada 2. Ada

Sumber: Perawatan Luka (Adhiarta dalam Rema 2021)

4. Patofisiologi Ulkus Diabetikum

Ulkus Diabetikum merupakan komplikasi kronis diabetes melitus yang terjadi akibat kombinasi dari beberapa gangguan sistemik, yang dikenal sebagai “triad patologis”, yaitu neuropati perifer, insufisiensi vaskular, dan infeksi sekunder. Ketiga faktor ini saling berinteraksi dan memperburuk kondisi luka, menyebabkan penyembuhan yang sangat lambat, dan meningkatkan risiko amputasi. Berikut penjelasan tiap komponennya:

1. Neuropati Perifer

Neuropati perifer pada diabetes terdiri dari:

Neuropati sensorik, yang menyebabkan hilangnya kemampuan untuk merasakan nyeri, suhu, dan tekanan. Akibatnya, pasien sering tidak menyadari adanya luka kecil pada kaki, sehingga cedera ringan dapat berkembang menjadi luka terbuka yang parah.

Neuropati motorik, yang menyebabkan kelemahan otot kaki dan deformitas struktural seperti jari kaki palu (*claw toe*), yang menciptakan tekanan abnormal saat berjalan. Tekanan berulang di area tertentu memicu terbentuknya kalus dan akhirnya luka.

Neuropati otonom, yang menyebabkan disfungsi kelenjar keringat, mengakibatkan kulit kaki menjadi kering dan pecah-pecah. Kulit yang tidak lembap menjadi pintu masuk bagi mikroorganisme.

2. Insufisiensi Vaskular (Angiopati Diabetik)

Mikroangiopati (kerusakan kapiler kecil) dan makroangiopati (penyempitan arteri besar) menyebabkan aliran darah ke ekstremitas bawah menjadi terganggu. Penurunan perfusi darah mengurangi pasokan oksigen dan nutrisi ke jaringan luka, sehingga proses regenerasi sel dan penyembuhan terganggu secara signifikan. Selain itu, kondisi iskemia menyebabkan lingkungan luka menjadi asam dan hipoksia, yang memperburuk inflamasi dan memperlambat pembentukan jaringan granulasi.

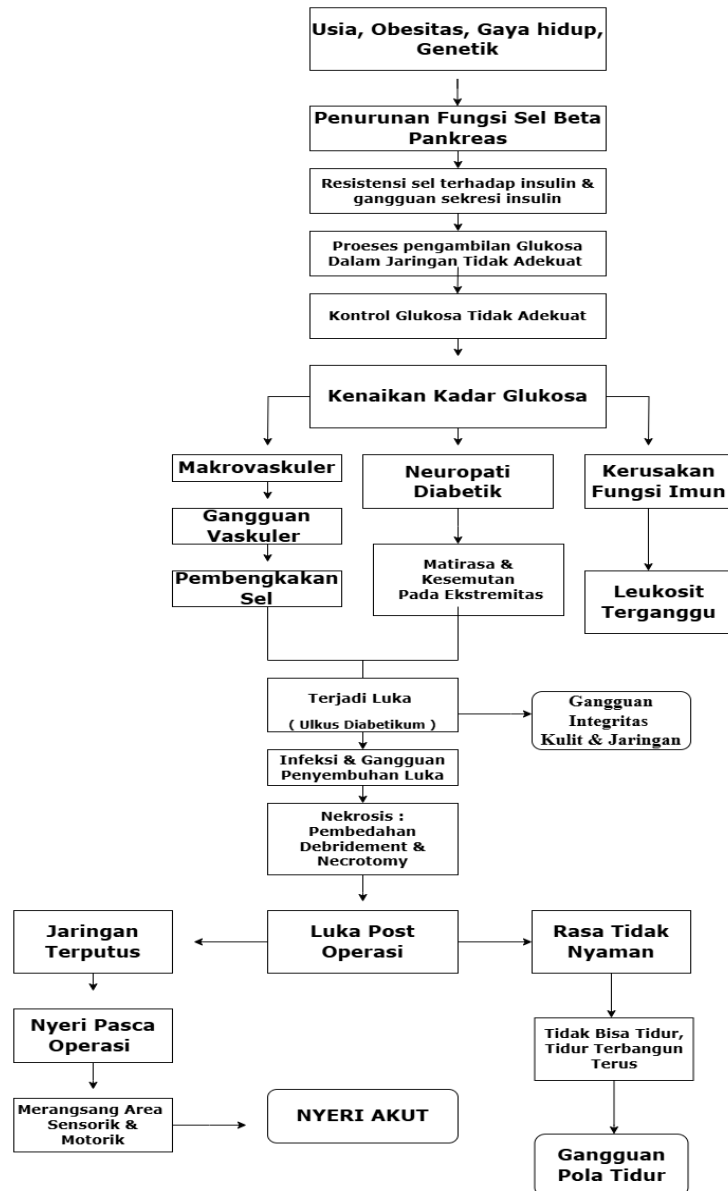
3. Infeksi Sekunder

Infeksi terjadi akibat adanya luka terbuka yang tidak terlindungi serta penurunan fungsi imun pada penderita diabetes. Mikroorganisme patogen, seperti *Staphylococcus aureus* atau *Pseudomonas aeruginosa*, mudah masuk dan berkembang di area luka. Infeksi menyebabkan inflamasi berlebihan, pembentukan eksudat, destruksi jaringan, dan pembentukan biofilm, yang menghalangi penyembuhan luka jika tidak ditangani infeksi

ini dapat berkembang menjadi selulitis, abses, osteomielitis, hingga gangren, yang sering kali berujung pada amputasi. Raja, N.S., Ismail, Z., & Ramli, N. (2023)

5. Pathway Ulkus Diabetikum

Pathway Ulkus Diabetikum



Sumber: Smeltzer,S.C.,& Bare,B.G.(2020).Brunner & Suddarth's Textbook of

Medical-Surgical Nursing

6. Manifestasi Klinis Ulkus Diabetikum

Menurut Raspovic & Landorf (2023), ulkus diabetikum memiliki beberapa manifestasi klinis khas akibat kombinasi neuropati diabetik, gangguan vaskular perifer, dan infeksi kronik. Berikut uraian lengkapnya:

1. Hilangnya Sensasi (Neuropati Sensorik)

Menurut Raspovic & Landorf (2023), salah satu manifestasi paling awal adalah hilangnya sensasi protektif pada kaki, terutama di area telapak. Pasien tidak menyadari adanya trauma kecil, sehingga luka berkembang menjadi ulkus.

2. Deformitas Kaki & Kalus (Neuropati Motorik)

Neuropati motorik menyebabkan atrofi otot kaki, sehingga timbul deformitas seperti *claw toe* atau *Charcot foot*. Hal ini mengubah titik tumpu tubuh saat berjalan, memicu penebalan kulit (kalus) dan akhirnya terbentuk luka.

3. Kulit Kering & Retak (Neuropati Autonomik)

Akibat gangguan saraf otonom, produksi keringat menurun → kulit menjadi kering dan mudah pecah. Raspovic & Landorf menyebutkan ini sebagai salah satu jalur masuk infeksi mikroorganisme pada kaki diabetes.

4. Gangguan Aliran Darah (Iskemia)

Gangguan vaskular membuat aliran darah ke kaki menurun → luka sulit sembuh, kulit pucat, dingin, dan nyeri saat istirahat. Denyut nadi perifer juga sering melemah atau hilang.

5. Tanda Infeksi Luka

Eritema (kemerahan),Edema (pembengkakan),Eksudat purulen (nanah) dan Bau tidak sedap. Infeksi kronik juga dapat berkembang menjadi osteomielitis atau infeksi tulang bila tidak ditangani segera.

6. Karakter Ulkus

Umumnya terletak di tumit, telapak kaki, dan jari-jari kaki.Berbentuk bulat atau oval, dengan tepi yang tajam dan dasar luka berwarna kuning atau hitam bila nekrotik sering dikelilingi kalus.

7. Komplikasi Ulkus Diabetikum

Menurut Zhang et al. (2021) dalam publikasinya *The Current Burden of Diabetic Foot Disease*, ulkus diabetikum merupakan salah satu komplikasi diabetes yang paling serius dan kompleks, serta membawa berbagai konsekuensi berat, antara lain:

a. Infeksi lokal hingga sistemik

Ulkus diabetikum sangat rentan terinfeksi, dan sekitar 50–60% kasus berkembang menjadi infeksi sedang hingga berat. Infeksi dapat menyebar ke jaringan dalam dan tulang (*osteomielitis*), bahkan menyebabkan sepsis bila tidak ditangani.

b. Amputasi ekstremitas bawah

Sekitar 20% pasien dengan ulkus kaki yang terinfeksi memerlukan amputasi. Lebih dari 85% kasus amputasi ekstremitas bawah pada pasien diabetes diawali oleh ulkus diabetikum yang tidak tertangani dengan baik.

c. Kekambuhan luka

Setelah sembuh, sekitar 40% pasien mengalami kekambuhan ulkus dalam waktu 1 tahun. Angka kekambuhan meningkat menjadi 60% dalam 3 tahun dan 65% dalam 5 tahun, menunjukkan ulkus ini cenderung kronis dan berulang.

d. Risiko mortalitas tinggi

Risiko kematian dalam lima tahun setelah mengalami ulkus diabetikum hampir setara dengan beberapa kanker ganas, yaitu mencapai lebih dari 30–50%, tergantung pada tingkat keparahan dan ada/tidaknya amputasi.

e. Beban ekonomi dan sosial

Ulkus diabetikum menimbulkan beban finansial besar terhadap sistem kesehatan dan pasien, termasuk biaya rawat inap, pengobatan jangka panjang, perawatan luka kronis, serta kehilangan produktivitas dan kualitas hidup.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Del Core et al. (2023), pemeriksaan penunjang dalam penegakan diagnosis ulkus diabetikum memerlukan pendekatan yang menyeluruh, sistematis, dan berlapis. Langkah pertama yang harus dilakukan adalah pemeriksaan klinis lengkap, yang mencakup anamnesis mengenai durasi diabetes, riwayat luka, trauma, dan faktor risiko lain seperti kebiasaan merokok atau penggunaan alas kaki yang tidak sesuai. Selain itu, dilakukan inspeksi fisik untuk menilai bentuk kaki (deformitas), kondisi kulit (kering, pecah, adanya kalus), dan tanda-tanda infeksi atau nekrosis.

a. Pemeriksaan Sensorik dan Neuropati

Pemeriksaan sensorik dilakukan untuk menilai ada tidaknya neuropati perifer. Alat yang digunakan meliputi monofilamen 10 gram (Semmes-Weinstein) untuk mendeteksi kehilangan sensasi protektif, tuning fork 128 Hz untuk mengevaluasi vibrasi, dan pemeriksaan refleks tendon Achilles. Bila terjadi kehilangan sensasi, risiko terjadinya ulkus akan meningkat secara signifikan.

b. Evaluasi Sirkulasi Perifer (Vaskularisasi)

Untuk menilai aliran darah ke ekstremitas bawah, dilakukan pemeriksaan *Ankle-Brachial Index* (ABI). Nilai ABI $<0,9$ menunjukkan adanya penyakit arteri perifer (PAD). Namun, pada pasien diabetes, ABI dapat memberikan hasil palsu akibat kalsifikasi pembuluh darah. Oleh karena itu, pemeriksaan dapat dilanjutkan dengan *Toe-Brachial Index* (TBI), *toe pressure* (TP), dan transcutaneous oxygen pressure (TcPO₂). Nilai TcPO₂ <30 mmHg menunjukkan perfusi jaringan yang buruk dan menandakan bahwa proses penyembuhan luka akan terganggu.

c. Pemeriksaan Laboratorium dan Tes Infeksi

Jika ulkus diduga mengalami infeksi dalam, dilakukan uji *Probe-to-Bone* (PTB) untuk mendeteksi apakah infeksi telah mencapai tulang. Jika alat pemeriksa menyentuh tulang langsung melalui dasar luka, maka osteomyelitis perlu dicurigai. Untuk memperkuat diagnosis, dilakukan pemeriksaan darah seperti leukosit total, laju endap darah (LED/ESR), C-reactive protein (CRP), dan prokalsitonin, yang semuanya merupakan

indikator adanya infeksi sistemik. Jika perlu, dilakukan kultur jaringan atau biopsi tulang untuk menegakkan diagnosis mikrobiologi secara pasti.

d. Pemeriksaan Radiologis (Imaging)

Pemeriksaan pencitraan awal berupa X-ray polos kaki dapat membantu mendeteksi destruksi tulang, gas jaringan lunak, atau benda asing. Bila hasil X-ray tidak cukup meyakinkan atau jika ada kecurigaan infeksi yang lebih dalam seperti abses atau osteomielitis, maka pemeriksaan MRI direkomendasikan. MRI memiliki sensitivitas tinggi dalam mendeteksi perubahan tulang dan jaringan lunak. Untuk kasus yang lebih kompleks, pemeriksaan nuklir (*scintigraphy*) atau PET/CT scan dapat digunakan.

Melalui pendekatan ini, diagnosis ulkus diabetikum dapat ditegakkan secara lebih tepat dan cepat. Pemeriksaan-pemeriksaan tersebut tidak hanya berfungsi untuk menilai luas dan kedalaman luka, tetapi juga sangat penting dalam menyusun strategi penanganan yang sesuai, termasuk prediksi risiko amputasi dan estimasi tingkat kesembuhan. Pendekatan ini juga sejalan dengan rekomendasi pedoman internasional seperti dari International *Working Group on the Diabetic Foot* (IWGDF), yang menekankan pentingnya kolaborasi multidisiplin dan penggunaan pemeriksaan multimodal dalam menangani luka kaki diabetes.

9. Penatalaksanaan Ulkus Diabetikum

Menurut Del Core et al. (2023) dan pedoman IWGDF (2023), penatalaksanaan ulkus diabetikum dilakukan secara komprehensif dan bertahap, dengan tujuan utama mempercepat penyembuhan luka, mencegah infeksi, dan

menghindari amputasi. Strategi ini melibatkan pendekatan medis, bedah, serta perawatan suportif yang saling berkaitan.

- a. *Off-loading* tekanan luka Langkah awal dan paling penting adalah mengurangi tekanan pada area ulkus, terutama jika luka berada di telapak kaki. *Off-loading* dilakukan dengan menggunakan Total Contact Cast (TCC), walker medis *non-removable*, atau alas kaki khusus. Alat ini membantu mengalihkan beban tubuh dari area luka sehingga mempercepat penyembuhan.
- b. Perawatan luka lokal (debridement dan balutan) Setiap luka harus dibersihkan secara rutin. Debridement tajam digunakan untuk mengangkat jaringan nekrotik atau terinfeksi. Luka kemudian ditutup dengan balutan (*dressing*) yang sesuai seperti hydrogel, alginat, atau silver dressing, tergantung pada kondisi luka (kering atau eksudatif). Dalam beberapa kasus, dapat digunakan terapi tekanan negatif (*Negative Pressure Wound Therapy*).
- c. Terapi infeksi (antibiotik dan tindakan bedah jika perlu) Jika ulkus mengalami infeksi, maka diberikan antibiotik empiris yang menarget bakteri gram positif dan gram negatif. Infeksi yang berat atau disertai tanda-tanda osteomielitis membutuhkan evaluasi bedah, debridement lebih dalam, dan pengobatan antibiotik jangka panjang yang disesuaikan dengan hasil kultur jaringan.

- d. Evaluasi dan perbaikan perfusi vaskular Penilaian aliran darah dilakukan dengan Ankle Brachial Index (ABI), Toe Pressure (TP), atau TcPO₂. Bila ditemukan adanya iskemia (misalnya ABI < 0.9 atau TcPO₂ < 30 mmHg), maka perlu dilakukan pemeriksaan lanjutan seperti angiografi. Prosedur revascularisasi, baik secara endovaskular maupun bypass bedah, dapat dipertimbangkan untuk memperbaiki aliran darah dan mendukung penyembuhan luka.
- e. Kontrol metabolik dan faktor risiko Penanganan tidak akan optimal tanpa kontrol glukosa darah yang baik. Pasien perlu menjaga kadar HbA1c, serta mengontrol tekanan darah, lipid, dan menghentikan kebiasaan merokok. Hal ini juga membantu mengurangi risiko kekambuhan dan infeksi berulang.
- f. Edukasi pasien dan pencegahan kekambuhan Pasien dan keluarga harus diberikan edukasi tentang perawatan kaki, penggunaan alas kaki yang tepat, serta pentingnya pemeriksaan kaki secara rutin. Setelah luka sembuh, perhatian berkelanjutan dibutuhkan untuk mencegah ulkus kambuh.
- g. Terapi adjuvan (tambahan) jika luka sulit sembuh Jika luka tidak membaik setelah 4–6 minggu perawatan standar, dapat diberikan terapi tambahan seperti balutan yang mengandung bahan aktif (misalnya sucrose octasulfate), membran plasenta, trombosit autologous, atau oksigen hiperbarik.

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Keperawatan adalah dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan untuk memenuhi permasalahan dalam kebutuhan pasien. Pengkajian keperawatan yaitu usaha yang dilakukan oleh perawat untuk menggali permasalahan dari pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Kartikasari et al., 2020)

Data yang dikumpulkan dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah informasi yang diperoleh dari pernyataan verbal pasien atau orang-orang terdekatnya. Sementara itu, data objektif mencakup informasi yang dapat diukur dan bersifat konkret, seperti tanda-tanda vital, asupan dan keluaran, serta tinggi badan dan berat badan. Selain itu, data juga dapat dikategorikan berdasarkan sumbernya, yaitu data primer yang berasal langsung dari pasien dan data sekunder yang diperoleh dari orang-orang terdekat seperti keluarga atau teman dekat pasien.

a. Anamnesa

1. Identitas Pasien

Umumnya aspek yang perlu dianalisis pada pengkajian identitas umum pasien dengan diabetes melitus tipe 2 meliputi nama kepala keluarga, anggota keluarga, alamat, jenis kelamin, usia, pekerjaan serta tingkat pendidikan. Dalam konteks pendidikan penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kemampuan pasien dan keluarganya dalam mengatur pola makan serta dalam pengelolaan dan

perawatan diabetes melitus tipe 2. Selain itu, usia juga menjadi faktor penting yang perlu diperhatikan karena risiko terjadinya diabetes melitus tipe 2 meningkat pada individu yang berusia lebih dari 30 tahun. Oleh karena itu, pengkajian identitas umum ini sangat penting untuk memahami konteks sosial ekonomi pasien, yang mempengaruhi manajemen penyakit dan kualitas hidup mereka. Umur dan jenis kelamin berinteraksi dengan faktor lain seperti genetik, lingkungan, dan gaya hidup dalam mempengaruhi risiko dan pengelolaan diabetes melitus tipe 2.

Laki-laki cenderung memiliki prevalensi diabetes melitus tipe 2 yang lebih tinggi dibandingkan perempuan meskipun perbedaan ini dapat bervariasi tergantung pada populasi dan faktor lainnya, laki-laki sering kali memiliki tingkat resistensi insulin yang lebih tinggi, yang dapat berkontribusi pada perkembangan diabetes melitus tipe 2. Ini mungkin terkait dengan distribusi lemak tubuh yang berbeda antara laki-laki dan perempuan.

2. Keluhan Utama

Dilakukan melalui wawancara dengan pasien dan keluarganya. Keluhan utama yang diungkapkan adalah keluhan yang dirasakan oleh pasien. Pada pasien yang menderita penyakit diabetes melitus tipe 2, umumnya terdapat keluhan seperti rasa kesemutan pada ekstremitas, adanya keluhan nyeri pada luka infeksi, bengkak, kemerahan, ada bau tidak sedap terdapat ulkus diabetikum, penurunan sensasi atau adanya luka yang sulit sembuh, dan kelemahan pada otot. Setelah dilakukan debridement umumnya pasien akan mengeluh nyeri pada luka post debridement, kelemahan otot, ekstremitas

kaku saat digerakan, serta adanya luka post debridement. Riwayat Kesehatan Sekarang. Dilakukan melalui wawancara dengan pasien dan keluarganya. Wawancara ini mencakup kondisi pasien yang menjadi latar belakang alasan pasien dirawat di rumah sakit. Biasanya berisi tentang riwayat dan kronologi terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan oleh pasien dan keluarga dalam mengatasi luka. Keluhan dibuat sampai pasien diangkut ke rumah sakit dan berada di ruang perawatan (saidi illafin 2020). Bagian ini terdiri dari PQRST, khususnya:

P: Palliative, pasien dengan diabetes mellitus umumnya memiliki polifagia, polidipsia, dan poliuria, atau sering lapar, haus berlebihan, dan sering buang air kecil (BAK), yang disebabkan oleh kerusakan pankreas yang mengganggu sintesis insulin.

Q: Qualitative, pasien dengan diabetes mellitus mengeluh ketidaknyamanan dan kadang-kadang harus tegang selama BAK. Makan banyak makanan ringan dan minum banyak cairan karena Anda menjadi lapar dan haus dengan mudah.

R: Region, sering buang air kecil, terutama di malam hari, serta sering haus dan lapar sepanjang hari merupakan faktor penyebaran potensial untuk diabetes mellitus.

S: Severity, pasien biasanya melaporkan buang air kecil malam hari (BAK), makan berlebihan, dan minum karena kadar gula darah tinggi.

T: Time, orang dengan diabetes mellitus melaporkan memiliki sensitivitas lima kali lebih banyak saat buang air kecil di malam hari, serta mengalami kelaparan dan kehausan terus-menerus sepanjang hari.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya menanyakan apakah ada riwayat mengalami penyakit yang sama sebelumnya, penyakit dahulu yang berkaitan dengan Diabetes Melitus seperti riwayat cedera yang mengakibatkan luka terbuka baik karena gigitan serangga, atau karena jatuh lalu terluka dan membiarkan luka sampai infeksi, dan menanyakan apakah sebelumnya pernah memiliki riwayat operasi yang sama atau tidak. Adanya riwayat medis masa lalu dari kondisi bersamaan yang terkait dengan diabetes mellitus dan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas, Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, serta riwayat penggunaan obat di yang biasanya dikonsumsi (saidi illafin 2020).

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dilakukan melalui wawancara dengan pasien dan keluarganya. Wawancara ini mencakup informasi mengenai ada atau tidaknya penyakit yang bersifat genetik atau berisiko menular diantara anggota keluarganya. Orang dengan diabetes mellitus biasanya memiliki karakteristik genetik dari salah satu keluarga mereka yang menyebabkan kekurangan insulin. seperti hipertensi, berdasarkan riwayat keluarga mereka (saidi illafin 2020).

5. Riwayat Psikososial

Penderita Diabetes Melitus Tipe 2, Informasi ini mencakup perilaku, perasaan, dan emosi yang dialami pasien terkait dengan kondisi kesehatannya, serta reaksi dan dukungan yang diberikan oleh keluarga dan orang-orang terdekatnya terhadap situasi tersebut. Selain itu, penting untuk memahami bagaimana interaksi ini dapat mempengaruhi proses penyembuhan dan kesejahteraan mental pasien.

b. Pola fungsional Kesehatan

Berdasarkan data fokus, pola fungsional kesehatan meliputi:

1. Pola Presepsi dan Manajemen Kesehatan

Penderita akan melakukan pola presepsi baru yang melibatkan perubahan gaya hidup, termasuk penerapan kebiasaan sehat dan diet yang rendah gula. Selain itu, perubahan ini juga dapat mencakup peningkatan aktivitas fisik, pengelolaan stres, dan pemantauan kesehatan secara rutin untuk mendukung proses pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

1. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Penderita Diabetes Melitus sering mengalami frekuensi buang air kecil (BAK) yang tinggi, atau adanya dorongan yang terus-menerus untuk berkemih, serta cenderung mengonsumsi makan dan minuman dalam jumlah yang berlebihan. Namun, meskipun mereka mengonsumsi lebih banyak cairan, tubuh mereka tetap mengalami dehidrasi dan kelelahan akibat produksi insulin yang tidak memadai.

2. Pola Eliminasi

Pada penderita Diabetes Melitus, mereka cenderung buang air kecil lebih sering dan dalam volume yang lebih banyak dibandingkan dengan orang pada umumnya, dan kondisi ini dianggap sebagai hal yang wajar.

3. Pola Istirahat Tidur

Penderita Diabetes Melitus sering kali terbangun di malam hari, dan sulit untuk tidur kembali yang dapat mengganggu pola tidurnya, disebabkan oleh frekuensi buang air kecil yang tinggi.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

Penderita Diabetes Melitus sering mengalami kram otot, kelemahan, dan cepat merasa lelah saat melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala ini dapat disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah dan ketidakseimbangan elektrolit, yang dapat mempengaruhi stamina dan kualitas hidup mereka. Oleh karena itu, penting bagi penderita untuk mengelola kondisi mereka dengan baik dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin.

5. Pola Kognitif Preseptual Sensori

Penderita Diabetes Melitus sering mengalami sensasi kesemutan di area tubuh tertentu. Dalam kasus yang lebih parah, seperti gangren, pasien dapat merasakan mati rasa dibagian tersebut, yang berpotensi menyebabkan komplikasi serius, termasuk gangguan penglihatan. Komplikasi ini terjadi akibat kerusakan saraf dan pembuluh darah yang dapat mempengaruhi fungsi organ tubuh lainnya. Oleh karena itu, penting bagi penderita untuk melakukan

pengelolaan yang tepat terhadap kadar gula darah dan menjalani pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

2. Pola Presepsi Diri dan Konsep Diri

Penderita diabetes mellitus berpotensi mengalami perubahan dalam citra diri mereka akibat perubahan fungsi tubuh yang dialami. Hal ini dapat menyebabkan dampak psikologis, seperti penurunan rasa percaya diri dan perasaan negatif terhadap penampilan fisik, yang pada gilirannya mempengaruhi kualitas hidup mereka.

Perubahan citra diri pada penderita diabetes mellitus dapat terjadi sebagai akibat dari perubahan fungsi tubuh yang dialami. Kondisi ini sering kali menimbulkan dampak psikologis yang signifikan, seperti penurunan rasa percaya diri dan munculnya perasaan negatif terhadap penampilan fisik. Selain itu, penderita mungkin merasa terasing atau kurang diterima dalam lingkungan sosial, yang dapat memperburuk kondisi mental mereka dan mempengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan.

3. Pola Mekanisme Koping

Perkembangan Diabetes Melitus dapat menimbulkan berbagai masalah tambahan bagi penderitanya, yang dapat mengubah pola pikir mereka dari yang awalnya adaptif menjadi maladaptif. Perubahan ini bisa mempengaruhi mekanisme koping yang mereka gunakan untuk menghadapi penyakit yang sedang dihadapi.

4. Pola Seksual-Reproduksi

Diabetes juga dapat menimbulkan masalah pada organ reproduksi, yang mengakibatkan berkurangnya rangsangan dan gairah seksual pada penderitanya.

5. Pola Peran Berhubungan Dengan Orang Lain

Penderita Diabetes sering mengalami luka yang sulit untuk sembuh, yang dapat menyebabkan mereka merasa rendah diri dan malu terhadap diri mereka sendiri.

6. Pola Nilai dan Kepercayaan

Dampak dari penyakit Diabetes Melitus dapat mempengaruhi fungsi tubuh, yang mana bisa menyebabkan perubahan dalam status kesehatan penderita dan berdampak pada aktivitas mereka dalam beribadah.

c. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Pasien dengan Diabetes Melitus dapat menunjukkan berbagai tingkat kesadaran, mulai dari composmentis, hingga kondisi yang lebih serius.

a). Tekanan Darah

Hipertensi sering ditemukan pada pasien yang memiliki riwayat Diabetes Melitus yang sudah berlangsung lama atau pada mereka yang juga memiliki riwayat penyakit hipertensi.

b). Denyut Nadi

Takikardi dapat terjadi akibat kekurangan energi pada sel yang dapat memicu jantung untuk berkontraksi lebih cepat guna meningkatkan aliran darah.

c). Pernafasan

Takpnea dapat muncul dalam sistem pernapasan terutama pada kondisi ketoasidosis dimana tubuh berusaha untuk mengatasi akumulasi asam.

d). Suhu

Demam dapat terjadi pada individu yang mengalami infeksi jaringan lain atau pada luka, yang dapat mengakibatkan kesulitan dalam proses penyembuhan.

d. Pemeriksaan Fisik Persistem

Pemeriksaan fisik menyeluruh pasien dilakukan dari kepala hingga kaki dengan menggunakan berbagai teknik, seperti palpasi, perkusi dan auskultasi. Untuk menilai kondisi kesehatan pasien secara keseluruhan. Berikut adalah rincian dari pemeriksaan sistematis yang mencakup 12 aspek:

1. Sistem Pernapasan

Periksa apakah terdapat keluhan sesak napas, batuk produktif (sputum), atau nyeri dada. Dengarkan bunyi napas dengan stetoskop untuk menilai adanya ronki, wheezing, atau napas vesikuler menurun. Pasien dengan Diabetes Mellitus Tipe 2 cenderung memiliki risiko lebih tinggi terhadap infeksi saluran napas, termasuk pneumonia dan bronkitis, akibat penurunan sistem imun.

2. Sistem Kardiovaskuler

Amati simetri dinding dada, dan rasakan denyut nadi (karotis, radialis, pedal) untuk menilai kecepatan, kekuatan, dan ritme (lambat, cepat, atau tidak

teratur).Lakukan auskultasi di area precordium untuk mendengarkan suara jantung S1 dan S2, serta identifikasi adanya bising jantung atau suara tambahan.Perhatikan adanya edema perifer, pucat, atau sianosis, yang dapat mengindikasikan gangguan sirkulasi, terutama bila terdapat komplikasi makrovaskular seperti penyakit jantung koroner.

3. Sistem Gastrointestinal

Periksa adanya distensi abdomen, nyeri tekan, cedera, atau luka. Dengarkan bunyi usus (bising usus) untuk menilai fungsi motilitas gastrointestinal. Diabetes dapat menyebabkan gastroparesis diabetik, yang ditandai dengan mual, muntah, dan rasa penuh setelah makan kecil.

4. Sistem Perkemihan

Tanyakan apakah pasien mengalami nyeri atau rasa panas saat berkemih, frekuensi dan urgensi berkemih, serta jumlah urin yang dikeluarkan.Raba kandung kemih untuk menilai apakah terasa penuh atau kosong, dan catat adanya inkontinensia urin.Pasien diabetes rentan terhadap infeksi saluran kemih (ISK) karena kadar glukosa tinggi dalam urin yang mendukung pertumbuhan bakteri.

5. Sistem Muskuloskeletal

Kaji adanya nyeri tekan, cedera otot atau sendi, kaku, kelemahan, atau deformitas. Amati rentang gerak sendi (ROM) dan kemampuan mobilisasi.Pada pasien diabetes, dapat ditemukan arthropathy seperti Charcot joint atau keterbatasan sendi akibat neuropati perifer.

6. Sistem Integumen

Periksa warna dan suhu kulit, serta keberadaan luka terbuka, ulkus diabetikum, gangren, kalus, infeksi, atau kulit kering dan pecah-pecah. Perhatikan pula turgor kulit dan kondisi kuku kaki, terutama pada pasien dengan gangguan vaskular. Pemeriksaan sistem ini penting karena luka kecil pada pasien diabetes dapat berkembang menjadi ulkus kronis jika tidak ditangani dengan baik.

7. Sistem Endokrin

Lakukan evaluasi terhadap kelenjar endokrin seperti tiroid, pankreas, dan adrenal. Perhatikan adanya pembesaran tiroid, perubahan berat badan yang drastis, intoleransi terhadap panas atau dingin, gangguan menstruasi, serta tanda-tanda ketidakseimbangan hormon. Pada pasien diabetes, penting untuk menilai gejala hipoglikemia atau hiperglikemia, dan meninjau riwayat pengobatan seperti penggunaan insulin atau OAD (obat antidiabetes oral).

8. Sistem Saraf

Lakukan pemeriksaan neurologis untuk menilai fungsi: Motorik (kekuatan otot, tonus, koordinasi gerak), Sensorik (persepsi terhadap nyeri, suhu, tekanan ringan, getaran), Refleks (terutama refleks tendon dalam seperti lutut dan Achilles). Pasien diabetes sering mengalami neuropati perifer, yang ditandai dengan kesemutan, mati rasa, nyeri terbakar, atau hilangnya sensasi di kaki, yang meningkatkan risiko terjadinya ulkus diabetikum.

9. Sistem Limfatik

Periksa kelenjar getah bening di daerah servikal, aksila, dan inguinal untuk menilai adanya pembengkakan, nyeri tekan, konsistensi, dan pergerakan. Pembesaran kelenjar limfa dapat mengindikasikan adanya infeksi sistemik, termasuk infeksi sekunder akibat luka atau ulkus yang terinfeksi.

10. Sistem Reproduksi

Lakukan pengkajian terhadap fungsi dan kesehatan organ reproduksi, baik pria maupun wanita. Catat adanya nyeri, pembengkakan, keputihan abnormal, gangguan menstruasi, atau disfungsi seksual seperti disfungsi ereksi pada pria, yang sering terjadi akibat komplikasi vaskular dan neuropati pada pasien diabetes.

11. Sistem Psikologis

Evaluasi kondisi psikologis dan emosional pasien meliputi suasana hati, tingkat stres, kecemasan, depresi, serta kemampuan pasien dalam berinteraksi sosial dan menyelesaikan masalah. Pasien diabetes kronik sering mengalami distress diabetes, yaitu kelelahan emosional karena harus terus-menerus memantau dan mengatur kondisi kronisnya.

12. Pemeriksaan Penunjang

Lakukan pemeriksaan laboratorium dan diagnostik untuk menunjang diagnosis dan pemantauan: Kadar glukosa darah: Gula darah sewaktu (GDS) 287 mg/dL menunjukkan hiperglikemia. Pemeriksaan tambahan seperti: HbA1c untuk

melihat kontrol glukosa dalam 3 bulan terakhir, Lipid profile (kolesterol total, LDL, HDL, trigliserida), Urinalisis (untuk mendeteksi proteinuria, glukosuria, ISK), Fungsi ginjal (ureum, kreatinin), Foto rontgen kaki atau MRI jika terdapat ulkus atau curiga osteomielitis, Ankle-Brachial Index (ABI) dan TcPO₂ jika curiga gangguan vaskular perifer.

f. Analisa Data

Tabel 2.3 Analisa Data

N0	Data	Etiologi	Masalah
1.	POD 1 DS : -Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi -Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak -Nyeri terasa pada bagian ibu jari kaki sebelah kiri -Nyeri dirasakan hilang timbul -Skala nyeri 7 dari (0 -10) DO : -Pasien tampak meringis -Pasien bersikap protektif -Terdapat luka debridement a.i ulkus diabetikum -Terdapat bau tidak sedap -Adanya kemerahan pada luka TD: 130/78 mmhg N : 112x/menit	Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dan ulku diabetikum yang menjalani tindakan operasi debridement mengalami kerusakan jaringan akibat pengangkatan jaringan nekrotik yang terinfeksi. Prosedur ini memicu rangsangan pada reseptor nyeri (nosiseptor) yang berada di jaringan kulit dan otot. Rangsangan tersebut dikirim melalui serabut saraf aferen menuju sumsum tulang belakang dan diteruskan ke otak, menghasilkan persepsi nyeri. Proses inflamasi lokal pascaoperasi meningkatkan sensitisasi perifer, sehingga memperkuat persepsi nyeri saat bergerak. Oleh karena itu, pasien merasakan nyeri akut yang bersifat tajam, mendadak, dan berkaitan langsung dengan trauma jaringan pembedahan. Nyeri Akut	Nyeri Akut D.0077
2.	POD 1 DS : -Pasien mengeluh sulit tidur -Pasien mengeluh tidak puas tidur -Pasien mengeluh pola tidur berubah DO : -Pasien tampak lesu -TD : 130/87 mmhg	Pasien diabetes yang menjalani operasi debridement mengalami nyeri pascaoperasi akibat kerusakan jaringan dan stimulasi nosiseptor, yang menyebabkan aktivasi sistem saraf simpatis. Aktivasi ini menghasilkan ketegangan otot, peningkatan denyut jantung, serta gangguan relaksasi, yang membuat pasien sulit untuk tidur atau sering terbangun. Rasa tidak nyaman yang berkelanjutan akibat luka dan kecemasan atas proses penyembuhan turut mengganggu ritme sirkadian, sehingga menurunkan kualitas tidur. Akumulasi nyeri dan stres psikis menyebabkan gangguan neurotransmitter seperti serotonin dan GABA, yang seharusnya berperan dalam proses inisiasi tidur, sehingga menyebabkan gangguan pola tidur. Gangguan Pola Tidur	Gangguan Pola Tidur D.0055

3.	POD 1	Pada pasien dengan ulkus diabetikum, kadar glukosa darah yang tinggi menyebabkan kerusakan endotel vaskular dan gangguan perfusi jaringan perifer. Hal ini menurunkan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan, menghambat proses penyembuhan, dan meningkatkan risiko infeksi. Setelah dilakukan debridement, terjadi pemisahan jaringan kulit dan subkutan, sehingga integritas kulit terganggu. Proses inflamasi pascaoperasi menyebabkan kerusakan kolagen dan jaringan ikat, serta memicu reaksi imun lokal. Gangguan sirkulasi juga memperlambat regenerasi epitel, sehingga luka lebih sulit menutup dan memperburuk gangguan integritas kulit dan jaringan	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan D. 0129
	DS : -Pasien mengeluh kulitnya menjadi rusak karena adanya luka -Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki sebelah kiri tepat dibagian ibu jari DO : - Adanya kerusakan jaringan atau lapisan kulit -Kemerahan -Terdapat luka post operasi debridement a.i ulkus diabetikum -Ukuran luka (Panjang=8cm, Lebar = 8cm, Kedalaman 1 cm) -Luka berwarna kuning kekuningan -Kulit sekitar area luka berwarna kemerahan dan kulit sekitar luka terasa hangat	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan	

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada penyakit Diabetes Melitus tipe II sesuai menurut pedoman (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017):

a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan:

DS :

-Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi

-Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak

-Nyeri terasa pada bagian ibu jari kaki sebelah kiri

-Nyeri dirasakan hilang timbul

-Skala nyeri 7 dari (0 -10)

DO :

-Pasien tampak meringis

-Pasien bersikap protektif

-Terdapat luka debridement a.i ulkus diabetikum

TD: 130/78 mmhg

N : 112x/menit

b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan:

DS :

-Pasien mengeluh sulit tidur

-Pasien mengeluh tidak puas tidur

-Pasien mengeluh pola tidur berubah

DO :

-Pasien tampak lesu

-TD : 130/87 mmhg

c. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan:

DS :

- Pasien mengeluh kulitnya menjadi rusak karena adanya luka
- Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki sebelah kiri tepat dibagian ibu jari.

DO :

- Adanya kerusakan jaringan atau lapisan kulit
- Kemerahan
- Terdapat luka post operasi debridement a.i ulkus diabetikum
- Ukuran luka (Panjang=8cm, Lebar = 8cm, Kedalaman 1cm)
- Luka berwarna kuning kekuningan
- Kulit sekitar area luka berwarna kemerahan dan kulit sekitar luka terasa hangat

3. Perencanaan Keperawatan**Tabel 2. 4 Perencanaan Keperawatan**

NO	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)	Rasional
1.	D.0077 Nyeri Akut	L. 08066 Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun	I. 08238 Manajemen Nyeri Observasi: a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal	Observasi: a. Untuk mengidentifikasi tingkat dan karakteristik nyeri secara objektif sehingga dapat menjadi dasar dalam menentukan intervensi yang tepat b. Untuk mengidentifikasi nyeri pada pasien yang tidak

d. Gelisah menurun	d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	dapat mengekspresikan nyeri secara verbal dan mengetahui dampaknya terhadap fungsi fisik.
e. Tekanan darah membaik	e. Monitor efek samping penggunaan analgetik	c. Untuk mengidentifikasi respons fisiologis terhadap nyeri dan mendeteksi peningkatan aktivitas simpatis akibat nyeri.
	Terapeutik: a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Terapeutik: a. Untuk mengurangi rangsangan eksternal yang dapat memperburuk persepsi nyeri dan membantu meningkatkan relaksasi
	b. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	b. Untuk mengalihkan perhatian pasien dari persepsi nyeri dan menstimulus pelepasan endorfin yang bersifat analgesik alami tubuh
	Edukasi: a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	c. Untuk mengurangi tekanan atau ketegangan pada area tubuh yang nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien
	b. Jelaskan strategi meredakan nyeri	Edukasi: a. Untuk meningkatkan pemahaman pasien dan keterlibatan aktif dalam pengendalian nyeri secara mandiri
	c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri	Kolaborasi: a. Untuk menghambat transmisi nyeri melalui jalur farmakologis sehingga menurunkan intensitas nyeri secara efektif
	d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	b. Untuk mengurangi kekakuan otot dan mendukung mobilisasi tanpa menambah nyeri,
	e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	
	Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberian analgetik	

				terutama pada pasien pascaoperasi.
2.	D.0055 Gangguan Pola Tidur	L. 05045 Pola Tidur 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	1. 05174 Dukungan Tidur Observasi: a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau fisiologis) c. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur Terapeutik: a. Modifikasi lingkungan (mis. Pencapaian, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) b. Fasilitasi penghilang stres waktu tidur c. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) d. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi: a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit b. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur c. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur d. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift berkerja)	Observasi: a. Untuk mengidentifikasi penyebab spesifik gangguan pola tidur dan menyesuaikan intervensi secara individual b. Untuk mengidentifikasi dampak gangguan tidur terhadap fungsi fisik dan psikologis pasien c. Untuk mengurangi atau menghilangkan faktor yang dapat mengganggu tidur pasien. Terapeutik: a. Untuk mengurangi rangsangan eksternal yang dapat memperburuk gangguan tidur b. Untuk mengaktifkan sistem saraf parasimpatis sehingga tubuh lebih rileks dan siap untuk tidur c. Untuk mengembalikan irama sirkadian tubuh agar tidur menjadi lebih konsisten dan efektif d. Untuk mengurangi risiko gangguan tidur akibat sering buang air kecil atau gangguan pencernaan di malam hari Edukasi: a. Untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi aktif pasien dalam menjaga pola tidur yang sehat

			Kolaborasi: a. Untuk mengatasi gangguan tidur berat dan membantu pasien mencapai tidur restoratif	
3.	D. 0129 Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan	L.14125 Integritas Kulit dan Jaringan Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: a. Perfusi jaringan meningkat b. Kerusakan jaringan menurun c. Kerusakan lapisan kulit menurun d. Nyeri menurun e. Kemerahan menurun f. Suhu kulit membaik g. Tekstur membaik h. Pertumbuhan rambut membaik	1. 14564 Perawatan Luka Observasi: a. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, dan bau) b. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik: a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu c. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan d. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi e. Pasang balutan sesuai jenis luka f. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka g. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase h. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari i. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino). sesuai indikasi Edukasi: a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi: a. Kolaborasi prosedur debridement (mis.	Obsevasi: a. Untuk mengidentifikasi fase penyembuhan luka serta mengevaluasi kemajuan dan kebutuhan intervensi tambahan b. Untuk mengidentifikasi infeksi lokal secara dini agar segera mendapatkan penanganan yang sesuai c. Untuk mengidentifikasi kondisi yang dapat memperlambat penyembuhan dan mengarahkan pendekatan perawatan yang lebih tepat. Terapeutik: a. Untuk menghilangkan debris, eksudat, dan menurunkan beban bakteri yang menghambat penyembuhan b. Untuk menciptakan lingkungan luka yang mendukung regenerasi jaringan dan mencegah kontaminasi c. Untuk mengangkat jaringan mati yang menjadi tempat tumbuhnya bakteri dan memperlambat proses penyembuhan

enzimatik, biologis, mekanis, autolitik)
b. Kolaborasi pemberian antibiotik

d. Untuk mencegah iritasi atau kerusakan lebih lanjut akibat maserasi atau infeksi sekunder

Edukasi:

a. Untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan mendukung penyembuhan optimal melalui kebiasaan sehat di rumah

Obsevasi:

a. Untuk mengatasi infeksi sistemik yang tidak dapat ditangani hanya dengan perawatan lokal.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan terjadwal rencana keperawatan adalah implementasi. Kegiatan otonom dan kolaboratif dianggap sebagai tindakan. Selama tahap ini, perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien pada umumnya dan kepada klien yang menderita diabetes mellitus pada khususnya. Perawat bekerja secara mandiri, tergantung, dan mandiri saat melakukan kegiatan keperawatan (Nurnasitoh 2022).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahapan akhir dari serangkaian asuhan keperawatan. Evaluasi keperawatan menentukan apakah tujuan telah tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respons pasien meliputi subjektif, objektif, assesment dan planning (Basri et al., 2020).

Menurut Hidayat (2021), evaluasi keperawatan dapat dibagi menjadi 2 diantaranya:

1. Evaluasi formatif menkes

Hasil observasi keperawatan dan analisis tindakan segera selama dan setelah pekerjaan keperawatan.

2. Evaluasi sumatif

Rangkuman dan kesimpulan dari temuan dan analisis status kesehatan selama tujuan dicatat dalam catatan perkembangan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1. Identitas Pasien

Nama	: Tn.A
Tanggal Lahir	: Kediri 16-10-1972
Umur	: 53 Tahun
Alamat	: Kp. Mulyasari Rt 02/Rw 02, Desa Cihurip
Pendidikan	: SMU
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Setatus Perkawinan	: Duda
Agama	: Islam
Suku Bangsa	: Jawa
Pekerjaan	: TNI
Tanggal Masuk	: 19 April 2025 Jam 13:00
Tanggal Pengkajian	: 21 April 2025 Jam 16:12
Tanggal Operasi	: 20 April 2025 Jam 09:21
No.Rekam Medis	: 24-11-39
No.Kamar	: Plamboyan 03
Diagnosa Medis	: Diabetes Melitus Tipe II

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. H
Tanggal Lahir	: Garut, 06-04-1984
Umur	: 41 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-Laki
Alamat	: Perum Cempaka Indah

Pendidikan : SMA
 Agama : Islam
 Suku Bangsa : Sunda
 Pekerjaan : TNI
 Status Hubungan : Rekan Kerja

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri luka oprasi

2) Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 21 April 2025 jam 16:12 WIB Di ruang Plamboyan 03, Rsu Tk IV. Guntur Garut, pasien mengatakan bahwa pasien sudah dilakukan oprasi pengangkatan jaringan atau debridement pada bagian kaki kiri tepat di bagian ibu jari tanggal 20 April 2025 jam 09:21, pasien juga mengatakan mengeluh nyeri luka oprasi dan kaku dalam bergerak pada bagian luka oprasi, pasien juga mengatakan rasa nyerinya seperti ditusuk tusuk jarum, dirasakan hanya pada bagian luka oprasi, dan nyerinya meningkat pada saat di gerakan, menurun pada saat di diamkan dan meminum obat, pasien juga mengatakan skala nyerinya 7 dari (0-10). kemudian pasien juga mengatakan rasa nyerinya dirasakan hilang timbul, pasien juga mengatakan semalaman sehabis operasi malah semakin tidak bisa tidur, tidur selalu terbangun terus karena nyeri pada bekas luka operasi, pasien juga mengeluh kulitnya menjadi rusak karena luka tersebut.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada saat pengkajian pasien mengatakan awal terjadinya luka kurang lebih 2 bulan kebelakang awalnya karena memakai sepatu setiap hari dan setiap beraktivitas, kemudian ibu jari kaki awalnya lecet tetapi dipaksakan memakai kaus kaki dan sepatu setiap hari, hari demi hari akhirnya luka semakin membesar, membengkak dan terjadi infeksi keluaran nanah dan darah pada luka, kemudian luka menjadi dalam dan melebar, pasien mengatakan luka jarang dibersihkan. Pasien juga mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit menular, penyakit infeksi, penyakit keturunan dan penyakit lainnya, pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat alergi baik alergi obat, makanan dan cuaca, pasien juga mengatakan mengetahui memiliki riwayat penyakit diabetes melitus baru satu tahunan, pasien juga mengatakan bahwa profesi pasien sebagai Tni.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

pasien mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit yang sama seperti yang saat ini sedang di alami pasien, pasien juga mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit infeksi, penyakit keturunan dan penyakit berat lainnya, pasien juga mengatakan bahwa anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat operasi.

c. Pemeriksaan Fisik

1). Keadaan umum

a. Tingkat Kesadaran : *Compos Mentis*

- b. GCS : 15 (E=4, V=5, M=6)
- c. Penampilan : Lemas
- d. Antropometri : Berat Badan : 66 Kg
Tinggi Badan : 165 Cm

2). Tanda-Tanda Vital

- Tekanan Darah : 130/78 mmhg
- Nadi : 112x/menit
- Respirasi : 22x/menit
- SPO2 : 97%
- Suhu : 36,4°C

3. Sistem Endokrin

Tidak ada kelainan pada kelenjar tiroid, adanya ulkus diabetikum, post operasi debridement/ pengangkatan jaringan mati atau yang sudah terinfeksi di kaki kiri tepat dibagian ibu jari, ukuran luka kurang lebih lebar 8cm, panjang 8cm, kedalaman 1cm, warna putih kekuning-kuningan, terdapat kemerahan disekitaran luka, peradangan dan bau tidak sedap, kelembapan pada sekitar area luka ulkus, adanya nyeri tekan pada sekitar luka, gula darah sewaktu 287 mg/dl.

4. Sistem Perkemihan

Kandung kemih teraba kosong, tidak terpasang kateter, tidak teraba adanya massa lunak dan tidak ada nyeri tekan di sekitar kandung kemih, bak normal, warna urine kuning pekat, tidak terdapat benjolan pada kandung kemih

5. Sistem Pencernaan

Bibir pasien tampak simetris, mukosa bibir lembab, warna bibir kecoklatan gelap, tidak menggunakan gigi palsu, gigi tampak tidak lengkap, lidah bersih tidak kotor, tidak terpasang ngt, tidak ada mual muntah, tidak ada nyeri tekan, nafsu makan normal, tidak ada nyeri menelan, abdomen datar, bising usus 15x/menit, saat diperkusi suara abdomen timpani, tidak teraba massa atau benjolan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan di sekitar abdomen, bab lancar, tidak diare, bb: 66 Kg.

6. Sistem Kardiovaskular

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 midklavikula sinistra, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis maupun radialis teraba kuat, akral hangat, CRT <2 detik, bunyi jantung murni reguler (S1S2) lupdup.

7. Sistem Muskuloskeletal

Pada ekstremitas atas tangan tampak simetris, tidak terdapat lesi dan edema, tangan sebelah kiri terpasang infus dengan cairan Ringer Lactat 20 tetes/ menit, jumlah jari lengkap, ekstremitas atas dapat digerakan secara normal dan mengikuti perintah, tonus otot baik, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak ada krepitasi, tidak terdapat atrofi atau pengecilan otot pada ekstremitas atas. Pasien tampak meringis dan bersikap protektif kemudian pada ekstremitas bawah pasien terdapat luka operasi post operasi debridement pada metatarsophalangeal terbalut

perban pada area ibu jari kaki sebelah kiri pasien, terdapat perubahan bentuk pada kaki kiri pasien, kekuatan otot pasien ekstremitas atas (5) kiri kanan, ekstremitas bawah kiri (4) kanan (5), terdapat pembengkakan pada area bagian atas luka operasi.

5	5
4	5

8. Sistem Persyarafan

Kesadaran pasien Compos mentis, tidak terdapat tanda-tanda peningkatan intra kranial, syaraf sensorik pasien baik, terdapat kekakuan pada system syaraf motoric pasien pada area luka operasi ekstremitas bawah kaki kiri.

9. Sistem Penglihatan

Bentuk mata kanan kiri simetris, mata bersih tidak ada kotoran, pergerakan bola mata normal, penglihatan normal, tidak menggunakan alat bantu penglihatan, refleks pupil terhadap cahaya normal, tidak terdapat benjolan, sklera putih, konjungtiva merah muda, pupil 3mm tidak midrasi, visus lapang pandang pasien baik.

10. Sistem Pendengaran

Bentuk simetris, tidak terdapat masalah pada system pendengaran pasien, tidak terdapat polip pada telinga pasien, tidak terdapat tanda-tanda

infeksi pada telinga pasien, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan, pendengaran baik terbukti saat dipanggil.

11. Sistem Integumen

Rambut pasien berwarna hitam bersih, kuku pasien pendek bersih, warna kulit sawo matang, terdapat pembengkakan pada area operasi, warna kulit pada area operasi berwarna kemerah-merahan, area sekitar luka mulai mengering, terdapat bau tidak sedap dibagian luka, luka tampak bersih ukuran luka panjang 8cm lebar 8 cm dan kedalaman 1cm, akral pada daerah luka operasi terasa lebih hangat, rangsangan pada area luka operasi pasien baik. Luka dikaki dibalut kassa, kemudian pada bagian ekstremitas atas pasien terpasang infus ringer lactat 20 tpm, pada tangan sebelah kiri pasien.

12. Sistem Reproduksi

Pasien mengatakan tidak ada masalah pada sistem reproduksi pasien, makan lancar, tidak sulit menelan, tidak ada nyeri, bab lancar, perut tidak terasa kembung.

13. Sistem Imunitas

Tidak terdapat pembesaran kelenjar thiroid atau getah bening.

14. Sistem Pernafasan

Lubang hidung pasien simetris anantara lubang hidung kiri dan kanan, lubang hidung bersih, tidak terdapat lesi, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernafasan, tidak terdapat sianosis, pengembangan dada simetris, tidak ada nyeri tekan pada

hidung dan dada, bunyi toraks sonor, bunyi nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan seperti ronchi maupun wheezing pada semua lapang paru, tidak menggunakan O₂, Respirasi 22x/menit.

d. Aspek Psikologis

1. Status Emosional

Saat dikaji status emosi Tn.A stabil, kooperatif dan jelas pada saat diajak berbicara.

2. Konsep Diri

a. Citra Tubuh/ *Body Image*

Pasien mengatakan tidak merasa malu dengan kondisinya saat ini, pasien juga percaya setelah operasi proses penyembuhannya akan cepat dan bisa beraktivitas normal seperti biasanya.

b. Identitas dan Peran Diri

Pada saat pengkajian pasien mengatakan bahwa dirinya bernama Tn.A berumur 53 Tahun, pasien juga mengatakan sudah menikah dan memiliki seorang istri yang bernama Ny.T tetapi sekarang sudah tidak ada (meninggal) dan memiliki 2 anak. Dalam keluarganya Tn.A berkedudukan sebagai kepala keluarga dan sekaligus tulang punggung keluarganya.

c. Ideal Diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan segera pulang, pasien juga percaya dan optimis bahwa proses penyembuhannya akan cepat, pasien juga percaya bahwa pasien mampu melewati fase kehidupan saat ini.

d. Harga Diri

Pasien mengatakan saat ini pasien merasa kasihan kepada keluarganya karena akhir bulan ini sudah berjanji ke keluarganya di kediri akan pulang kampung, tetapi terhalang karena sakit dan mengharuskan untuk di operasi. Namun pasien tetap optimis bisa kembali sembuh seperti semula dan bisa menepati janji kekeluarganya untuk pulang kampung setelah semuanya selesai dan sembuh dari sakit.

3. Mekanisme Koping

Pasien mengatakan selalu terbuka kepada anak-anak dan keluarganya, pasien juga selalu terbuka apapun ke rekan kerjanya yang bisa disebut teman dekatnya selama tugas di Garut ketika pasien memiliki masalah, orang paling terdekat yang selalu memotivasi, membantu dan menyemangati ketika ada masalah dan selalu memberi dukungan untuk sembuh dan selalu siap menemani disaat pasien terbaring di Rumah Sakit.

4. Tingkat Kecemasan

Pada saat dikaji pasien mengatakan merasa cemas dengan kondisinya karena luka lumayan cukup besar, tapi ia selalu berfikir positif bahwa akan sembuh dan bisa melewati ini semua.

5. Data Psikososial

a. Pola Interaksi

Pasien bersikap kopratif, terbuka dan humble, berbicara jelas dan dapat dimengerti, cepat tanggap pada saat perawat dan dokter menjelaskan

sesuatu, bahkan pasien juga menanyakan mengenai cara perawatan luka dan cara mengontrol gula darah kepada perawat.

b. Gaya Komunikasi

Pasien berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia, pasien dapat berkomunikasi dengan baik, baik dengan keluarga, perawat maupun dokter serta pasien lain.

6. Data Spritual

a. Konsep Ketuhanan

Pasien mengatakan pasien beragama islam, dan pasien juga mengatakan bahwa pasien percaya adanya Tuhan yaitu Allah SWT. Pasien juga mengatakan bahwa peristiwa ini merupakan takdir, ujian dari Allah SWT agar kita selalu mengingat yang maha dari segalanya, pasien juga mengatakan dengan kondisinya saat ini tidak dijadikan hambatan bagi pasien dalam beribadah dan berdo'a.

b. *Sense Of Trasendence*

Melalui kondisi yang dialami pasien saat ini, pasien selalu bermunajat dan berdo'a kepada Allah SWT mengenai kondisi dan proses penyembuhannya, karna pasien percaya Allah adalah maha dari segalanya.

c. Falsapah Hidup

Pasien mengatakan selama sehat pasien masih merasa suka lalai dalam melaksanakan kewajiban shalat 5 waktunya, ditambah dengan kondisinya saat ini, namun pasien selalu ber do'a untuk kesembuhannya,

dan pasien juga percaya bahwa Allah memberikan ujian kepada hambanya sesuai dengan kemampuannya.

e. Aktivitas Sehari-Hari

Tabel 3.1 Aktivitas Sehari-hari

NO	JENIS	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
1	Pola Nutrisi		
	a. Makan		
	Jenis makan	Nasi, lauk pauk & sayur	Nasi, lauk pauk & sayur
	Frekuensi	3x/ hari	3x/ hari
	Porsi	1 Porsi habis	1 Porsi habis
	Cara	Mandiri	Mandiri
	b. Minum		
	Jenis minuman	Sesuai dengan keinginan	Air putih
	Frekuensi	Tidak menentu	Tidak menentu
	Cara	Mandiri	Mandiri
2	Eliminasi		
	a. BAB	2x1 Sehari	2x1 Sehari
	Frekuensi	Khas peses	Khas peses
	Konsistensi	Khas peses	Khas peses
	Bau	Khas Peses	Khas peses
	Warna	Kuning kecoklatan khas peses	Kuning pekat khas peses
	b. BAK		
	Frekuensi	(Tidak menentu)	(Tidak menentu)
	Warna	Jernih kekuning-kuningan	Jernih kekuning-kuningan
3	Pola istirahat dan tidur		
	Tidur siang	± 2-3 jam	Tidak Bisa Tidur
	Tidur malam	± 7 jam (tdk menentu)	Tidak Bisa Tidur
	Kualitas	Nyenyak	Sulit Tidur, Terbangun terus
	Masalah	Tidak ada	Nyeri
4	Personal Hygiene		
	Mandi	2x/hari	Tidak
	Gosok gigi	2x/hari	1x1 hari
	Keramas	1x2 hari	Tidak
	Ganti pakian	2-3x/hari	1x1 hari
	Masalah	Tidak ada	Nyeri luka diabetes
	Mandiri/dibantu	Mandiri	Mandiri

5	Aktivitas Kegiatan		
	Penggunaan alat Kesulitan	Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Sulit berjalan terasa nyeri, kaku dan lemah saat digerakan.
	Mandiri/dibantu	Mandiri	Dibantu

f. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Nama Pasien : Tn. A
 Tanggal Lahir : 16/10/1972
 Tanggal Pemeriksaan : 21.04.2025 Pukul 12: 09
 No. Rekam Medis : 241139
 Nik : -
 Dokter : dr. M

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Ket
KIMIA DARAH				
Gula Darah Puasa	-	76-100	Mg/dl	
Gula Darah Sewaktu	287	100-140	Mg/dl	
Gula Darah 2 Jam PP	-	100-140	Mg/dl	
Cholesterol	-	>35		
HDL Cholesterol	-	<150	Mg/dl	
LDL Cholesterol	-	<135	Mg/dl	
Trigliserida	-	Pria = 3,4-7,0	Mg/dl	
	-	Wanita = 3,5-6,5	Mg/dl	
		11-55	Mg/dl	
Asam Urat	-			
Ureum	29	Pria = 0,9-1,3	Mg/dl	
Creatinin	1,46	Wanita = 0,6-1,1	Mg/dl	
Bilirubin Total	-	BBL Sampai 5 Hari = 5-12 >1 Bulan = <1,5 mgr%	Mg/dl Mg/dl	
Bilirubin Direk	-	0-0,25	Mg/dl	
Bilirubin Indirek	-	0,2-0,8	Mg/dl	
SGOT	28	Pria = 10-50 Wanita = 10-35	U/L U/L	
SGPT	48	Pria = 10-50 Wanita = 10-35	U/L U/L	
Albumin	-	3,8- 5,4 gr/dl	gr/dl	
Hemoglobin	14,0	Pria = 14-18 Wanita = 12-16	gr/dl gr/dl	
Leukosit	22.800	4.000-10.000/m ³	per mm ³	
Trombosit	331.000	150.000-450.000	per mm ³	
Hematokrit	46,0	35-45	%	

g. Therapy Medis

Tabel 3. 2 Therapy Obat

Nama Obat	Cara Pemberian	Dosis Obat	Kegunaan
Ringer Lactat	Intravena	1.500 cc/ 24 jam	Agen resusitasi cairan tubuh, biasa digunakan untuk mengatasi dehidrasi akut, Pengganti cairan tubuh
Omeprazole	Intravena	1x40 mg	Mengatasi asam lambung

Ceftriaxone	Intravena	2x1 gr	Mengobati infeksi, mencegah infeksi
Insulin	Intramuskular	3x10 unit	Membantu tubuh mengontrol kadar gula
Clapidogrel	Perioral	2x1	Mencegah penyumbatan pembuluh darah dan membantu melancarkan peredaran darah
Aspilet	Perioral	320 mg extra	Mencegah masalah kardiovaskular seperti serangan jantung, nyeri dada, dan stroke
Ketorolac	Intravena	3x30mg	Membantu meredakan nyeri

2. Analisa Data

Tabel 3. 3 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	POD 1 DS : -Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi -Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak -Nyeri terasa pada bagian ibu jari kaki sebelah kiri -Nyeri dirasakan hilang timbul -Skala nyeri 7 dari (0 -10) DO : -Pasien tampak meringis -Pasien bersikap protektif -Terdapat luka debridement a.i ulkus diabetikum -Terdapat bau tidak sedap -Adanya kemerahan pada luka TD: 130/78 mmhg N : 112x/menit	Pasien dengan Diabetes Melitus Tipe 2 dan ulkus diabetikum yang menjalani tindakan operasi debridement mengalami kerusakan jaringan akibat pengangkatan jaringan nekrotik yang terinfeksi. Prosedur ini memicu rangsangan pada reseptor nyeri (nosiseptor) yang berada di jaringan kulit dan otot. Rangsangan tersebut dikirim melalui serabut saraf aferen menuju sumsum tulang belakang dan diteruskan ke otak, menghasilkan persepsi nyeri. Proses inflamasi lokal pascaoperasi meningkatkan sensitisasi perifer, sehingga memperkuat persepsi nyeri saat bergerak. Oleh karena itu, pasien merasakan nyeri akut yang bersifat tajam, mendadak, dan berkaitan langsung dengan trauma jaringan pembedahan.	Nyeri Akut D.0077
Nyeri Akut			
2.	POD 1 DS : -Pasien mengeluh sulit tidur -Pasien mengeluh tidak puas tidur -Pasien mengeluh pola tidur berubah DO : -Pasien tampak lesu -TD : 130/87 mmhg	Pasien diabetes yang menjalani operasi debridement mengalami nyeri pascaoperasi akibat kerusakan jaringan dan stimulasi nosiseptor, yang menyebabkan aktivasi sistem saraf simpatis. Aktivasi ini menghasilkan ketegangan otot, peningkatan denyut jantung, serta gangguan relaksasi, yang membuat pasien sulit untuk tidur atau sering terbangun. Rasa tidak nyaman yang berkelanjutan akibat luka dan kecemasan atas proses penyembuhan turut mengganggu ritme	Gangguan Pola Tidur D.0055

No	Data	Etiologi	Problem
		sirkadian, sehingga menurunkan kualitas tidur. Akumulasi nyeri dan stres psikis menyebabkan gangguan neurotransmiter seperti serotonin dan GABA, yang seharusnya berperan dalam proses inisiasi tidur, sehingga menyebabkan gangguan pola tidur.	
		Gangguan Pola Tidur	
3.	POD 1 DS : -Pasien mengeluh kulitnya menjadi rusak karena adanya luka -Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki sebelah kiri tepat dibagian ibu jari DO : - Adanya kerusakan jaringan atau lapisan kulit -Kemerahan -Terdapat luka post operasi debridement a.i ulkus diabetikum -Ukuran luka (Panjang = 8cm, Lebar = 8cm, Kedalaman 1cm) -Luka berwarna kuning kekuningan -Kulit sekitar area luka berwarna kemerahan dan kulit sekitar luka terasa hangat	Pada pasien dengan ulkus diabetikum, kadar glukosa darah yang tinggi menyebabkan kerusakan endotel vaskular dan gangguan perfusi jaringan perifer. Hal ini menurunkan suplai oksigen dan nutrisi ke jaringan, menghambat proses penyembuhan, dan meningkatkan risiko infeksi. Setelah dilakukan debridement, terjadi pemisahan jaringan kulit dan subkutan, sehingga integritas kulit terganggu. Proses inflamasi pascaoperasi menyebabkan kerusakan kolagen dan jaringan ikat, serta memicu reaksi imun lokal. Gangguan sirkulasi juga memperlambat regenerasi epitel, sehingga luka lebih sulit menutup dan memperburuk gangguan integritas kulit dan jaringan	Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan D. 0129
		Gangguan Integritas Kulit & Jaringan	

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan :

DS:

1. Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi
2. Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak
3. Nyeri terasa pada bagian ibu jari kaki sebelah kiri
4. Nyeri dirasakan hilang timbul
5. Skala nyeri 7 dari (0 -10)

DO:

1. Pasien tampak meringis
2. Pasien bersikap protektif
3. Terdapat luka debridement a.i ulkus diabetikum
4. TD: 130/87mmhg
5. N : 112x/menit

b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan :

DS:

1. Pasien mengeluh sulit tidur
2. Pasien mengeluh tidak puas tidur
3. Pasien mengeluh pola tidur berubah

DO:

1. Pasien tampak lesu
2. TD : 130/87mmhg

c. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan :

DS:

1. Pasien mengeluh kulitnya menjadi rusak karena adanya luka
2. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki sebelah kiri tepat dibagian ibu jari

DO:

1. Adanya kerusakan jaringan atau lapisan kulit
2. Kemerahan
3. Terdapat luka post operasi debridement a.i ulkus diabetikum
4. Ukuran luka (Panjang =8cm, Lebar = 8cm, Kedalaman 1cm)
5. Luka berwarna kuning kekuningan
6. Kulit sekitar area luka berwarna kemerahan dan kulit sekitar luka terasa hangat

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan: DS : -Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi -Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak -Nyeri terasa pada bagian ibu jari kaki sebelah kiri -Nyeri dirasakan hilang timbul -Skala nyeri 7 dari (0 -10) DO : -Pasien tampak meringis -Pasien bersikap protektif -Terdapat luka debridement a.i ulkus diabetikum - TD: 130/78 mmhg - N : 112x/menit	(L.08066) Tingkat Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x 8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun d. Gelisah menurun e. Tekanan darah membaik	(I. 08238) Manajemen Nyeri Observasi: a. Monitor lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Monitor skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Monitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: a. Lakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam) 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 nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi: a. Kolaborasi pemberian analgetik (Ketorolac 3x30mg/IV)	Observasi: a. Untuk mengidentifikasi tingkat dan karakteristik nyeri secara objektif sehingga dapat menjadi dasar dalam menentukan intervensi yang tepat b. Untuk mengidentifikasi nyeri pada pasien yang tidak dapat mengekspresikan nyeri secara verbal dan mengetahui dampaknya terhadap fungsi fisik. c. Untuk mengidentifikasi respons fisiologis terhadap nyeri dan mendeteksi peningkatan aktivitas simpatis akibat nyeri. Terapeutik: a. Untuk mengurangi rangsangan eksternal yang dapat memperburuk persepsi nyeri dan membantu meningkatkan relaksasi b. Untuk mengalihkan perhatian pasien dari persepsi nyeri dan menstimulus pelepasan endorfin yang bersifat analgesik alami tubuh c. Untuk mengurangi tekanan atau ketegangan pada area tubuh yang nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien

				Edukasi: a. Untuk meningkatkan pemahaman pasien dan keterlibatan aktif dalam pengendalian nyeri secara mandiri Kolaborasi: a. Untuk menghambat transmisi nyeri melalui jalur farmakologis sehingga menurunkan intensitas nyeri secara efektif b. Untuk mengurangi kekakuan otot dan mendukung mobilisasi tanpa menambah nyeri, terutama pada pasien pascaoperasi.
2.	(D.0055) Gangguan Pola Tidur Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan: DS : -Pasien mengeluh sulit tidur -Pasien mengeluh tidak puas tidur -Pasien mengeluh pola tidur berubah DO : -Pasien tampak lesu -TD : 130/87 mmhg	(L. 05045) Pola Tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam 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	(1. 05174) Dukungan Tidur Observasi: a. Monitor pola aktivitas dan tidur b. Monitor faktor pengganggu tidur (fisik dan atau fisiologis) c. Monitori makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi,teh,alkohol,makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) Terapeutik: a.Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan,suhu, matras dan tempat tidur) b. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga Edukasi: a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit b.Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	Observasi: a. Untuk mengidentifikasi penyebab spesifik gangguan pola tidur dan menyesuaikan intervensi secara individual b. Untuk mengidentifikasi dampak gangguan tidur terhadap fungsi fisik dan psikologis pasien c. Untuk mengurangi atau menghilangkan faktor yang dapat mengganggu tidur pasien. Terapeutik: a. Untuk mengaktifkan sistem saraf parasimpatis sehingga tubuh lebih rileks dan siap untuk tidur b. Untuk mengembalikan irama sirkadian tubuh agar tidur menjadi lebih konsisten dan efektif Edukasi:

			a. Untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi aktif pasien dalam menjaga pola tidur yang sehat b. Untuk mengatasi gangguan tidur berat dan membantu pasien mencapai tidur restoratif
3. (D.0129) Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan: DS : -Pasien mengeluh kulitnya menjadi rusak karena adanya luka -Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki sebelah kiri tepat dibagian ibu jari DO : - Adanya kerusakan jaringan atau lapisan kulit -Kemerahan -Terdapat luka post operasi debridement a.i ulkus diabetikum -Ukuran luka (Panjang = 8 cm, Lebar = 8 cm, Kedalaman 1 cm) -Luka berwarna kuning kekuningan -Kulit sekitar area luka berwarna kemerahan dan kulit sekitar luka terasa hangat	(L.14125) Integritas Kulit dan Jaringan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: a. Perfusi jaringan meningkat b. Kerusakan jaringan menurun c. Kerusakan lapisan kulit menurun d. Nyeri menurun e. Kemerahan menurun f. Suhu kulit membaik g. Tekstur membaik h. Pertumbuhan rambut membaik	(1. 14564) Perawatan Luka Observasi: a. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, dan bau) b. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik: a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu c. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan d. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi e. Pasang balutan sesuai jenis luka f. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka g. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Edukasi: a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi: a. Kolaborasi prosedur debridement b. Kolaborasi pemberian antibiotik (Ceftriaxone 2x1g IV)	Obsevasi: a. Untuk mengidentifikasi fase penyembuhan luka serta mengevaluasi kemajuan dan kebutuhan intervensi tambahan b. Untuk mengidentifikasi infeksi lokal secara dini agar segera mendapatkan penanganan yang sesuai Terapeutik: a. Untuk menghilangkan debris, eksudat, dan menurunkan beban bakteri yang menghambat penyembuhan b. Untuk menciptakan lingkungan luka yang mendukung regenerasi jaringan dan mencegah kontaminasi c. Untuk mengangkat jaringan mati yang menjadi tempat tumbuhnya bakteri dan memperlambat proses penyembuhan d. Untuk mencegah iritasi atau kerusakan lebih lanjut akibat maserasi atau infeksi sekunder Edukasi:

a. Untuk meningkatkan keterlibatan pasien dan mendukung penyembuhan optimal melalui kebiasaan sehat dirumah

Kolaborasi:

a. Untuk mengatasi infeksi sistemik yang tidak dapat ditangani hanya dengan perawatan lokal.

4. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

NO	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Senin, 21/04/25 Jam 19.00 Wib 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Memberikan terapi farmakologis 6. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 7. Menjelaskan strategi meredakan nyeri 8. Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat 9. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik nafas dalam) 10. Melakukan pemberian analgetik (Ketorolac 3x30mg/IV)	S : 1. Pasien mengeluh nyeri post op di kaki sebelah kiri O : 1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri 7 (0-10) 3. Terdapat luka post op dan balutan pada kaki kiri tepat dibagian ibu jari kaki 4. Td : 130/80mmhg 5. Nadi : 85x/menit 6. RR : 20x/menit 7. S : 36,2°C 8. SPO2 : 98% A : Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi respons verbal - Identifikasi skala nyeri - Berikan terapi nonfarmakologis - Memberikan terapi farmakologis (Ketorolac 3x30mg/IV)	
2.	Senin, 21/04/25 Jam 19:15 Wib 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau fisiologis) 3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur 4. Memberikan obat untuk menunjang siklus tidur terjaga	S : 1. Pasien mengeluh sulit tidur O : 1. Pasien tampak lesu 2. Pasien tampak gelisah 3. Td : 133/ 82 mmhg 4. Nadi : 90x/menit 5. RR : 20x/menit 6. S : 36,0°C 7. SPO2 : 98% A : Gangguan Pola Tidur belum teratasi	

5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 6. Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur	P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (Fisik dan atau fisiologis) - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan menunjang siklus tidur terjaga
3. Senin, 21/04/25 Jam 19.30 Wib 1. Monitor karakteristik luka (Mis. drainase, warna, ukuran, dan bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri 5. Membuat kontrak waktu dengan pasien untuk melakukan tindakan perawatan luka 6. Memberikan terapi obat Ceftriaxone 2x1g/IV	S : 1. Pasien mengeluh kulitnya menjadi rusak karena adanya luka 2. Pasien mengatakan terdapat luka luka operasi pada kaki sebelah kiri tepat dibagian ibu jari O : 1. Adanya kerusakan jaringan atau lapisan kulit 2. Terdapat luka post operasi debridement a/i ulkus diabetikum 3. Ukuran luka (Panjang=8cm, Lebar=8cm, Kedalaman=1 cm) 4. Kulit area luka berwarna kemerahan dan kulit sekitar luka terasa hangat A : Gangguan Integritas Kulit & Jaringan belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda gejala infeksi - Lakukan perawatan luka berikan kompres hangat/dingin

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3.7 Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	Selasa 22/04/25 POD 2 Jam: 15.00	S: - Pasien mengeluh nyeri kaki sebelah kiri - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul O: - Klien tampak meringis - Terdapat balutan luka post op dikaki kiri tepat dibagian ibu jari - Skala nyeri 6 (0-10) - TTV : TD: 130/80 mmhg N : 96x/ menit S : 36°C SPO2 : 98% RR: 20x/menit A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Ajarkan terapi non-farmakologis 2. Berikan terapi farmakologis I: - Mengajarkan terapi nonfarmakologis dengan cara melakukan teknik nafas dalam - Memberikan terapi farmakologi (Ketorolac 3x30mg / IV) E: Klien mampu mengikuti teknik nafas dalam R: Intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi respon verbal 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan terapi nonfarmakologis 4. Berikan terapi farmakologis	
	Selasa 22/04/25 POD 2 Jam: 15.15	S: - Pasien mengeluh sulit tidur - Tidur terbangun terus karena nyeri - Pasien mengeluh pusing O: - Pasien tampak lesu - TTV : TD: 133/82 mmhg N : 96x/ menit S : 36,4°C SPO2 : 97% RR: 20x/menit A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan I: - Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau fisiologis) - Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Mengajarkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur E: - Pasien mengatakan paham tentang pentingnya tidur cukup saat sakit - Pasien mampu mengontrol makan-makanan dan minum-minuman yang mengganggu tidur	

		- Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri datang saat menjelang tidur
		R: Intervensi dilanjutkan
		- Mengajukan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri datang diwaktu akan menjelang tidur
Selasa 22/04/25 POD 2 Jam: 15.30	S: - O:	- Terdapat balutan luka dibagian kaki kiri tepat ibu jari kaki - Luka op tampak membaik - Tidak ada tanda tanda infeksi
		TTV: TD : 127/80mmhg N : 96x/ menit S : 36,4°C SPO2 : 97% RR: 20x/menit
		A: Masalah gangguan integritas kulit & jaringan teratasi sebagian
		P: Intervensi dilanjutkan
		- Monitor tanda tanda infeksi - Lakukan perawatan luka setiap hari - Berikan kompres luka - Berikan balutan pada luka
	I: -	Monitor kondisi balutan
		- Monitor kondisi luka - Memberikan terapi antibiotik Ceftriaxone 2x1g/ IV
	E: -	Luka tampak bersih
		- Balutan tidak kotor - Perkembangan luka mulai membaik - Tidak ada tanda-tanda infeksi
		R: Intervensi dilanjutkan
2. Rabu 23/04/25 POD 3 Jam: 09.00	S: O:	- Pasien mengatakan nyeri berkurang
		- Pasien tampak lebih tenang - Tidak gelisah - Skala nyeri 5 (0-10) - TTV : TD : 120/75 mmhg Nadi : 85x/menit RR : 20x/menit S : 36,0°C Spo2 : 96%
		A: Masalah gangguan integritas kulit & jaringan teratasi sebagian
		P: Intervensi dilanjutkan
		- Identifikasi respon verbal - Identifikasi skala nyeri - Berikan terapi farmakologis
	I: Memberikan terapi farmakologis	
		- Mengidentifikasi respons verbal pasien - Mengidentifikasi skala nyeri - Pemberian terapi farmakologis (Ketorolac 3x30mg/IV)

	E: Masalah teratasi sebagian R: Pertahankan intervensi - Identifikasi respons verbal - Identifikasi skala nyeri - Berikan terapi farmakologis
Rabu 23/04/25 POD 3 Jam: 09.15	S: - Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur meskipun tidak lama dan terbangun terus O: - Pasien masih tampak lemas TTV: TD : 120/80 mmhg Nadi : 85x/menit RR : 20x/menit S : 36,0°C Spo2 : 96% A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau fisiologis) - Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur I: - Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri datang diwaktu akan menjelang tidur E: Masalah teratasi sebagian - Pasien mampu mengontrol makan-makanan dan minum-minuman yang mengganggu tidur - Pasien mampu melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri datang saat menjelang tidur R: Intervensi dilanjutkan - Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri datang
Rabu 23/04/25 POD 3 Jam: 09.30	S: - O: - Luka mulai membaik - Balutan luka tidak kotor - Tidak ada darah - Tidak ada pus - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Proses penyembuhan luka bertahap membaik dan cepat A: Masalah gangguan integritas kulit & jaringan teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Melakukan perawatan luka - Mengganti balutan - Monitor kadar glukosa I: - Melakukan perawatan luka - Memberikan balutan pada luka

		- Memberikan penkes perawatan luka kaki pada penderita diabetes melitus - Memberikan terapi antibiotik Ceftriaxon 2x1g/ IV - Cek Gula Darah - Jam 07.00 : 471 mg/dl - Jam 08.00 : 405mg/dl - Jam 09.00 : 109 mg/dl - Jam 10.00 : 147 mg/dl - Memberikan terapi insulin 3x10 unit/ IM E: Masalah teratasi sebagian R: Lanjutkan intervensi
4.	Kamis 24/04/25 POD 4 Jam: 19.00	S: - Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang - Pasien mengatakan ketika ketika kaki digerakan sudah tidak kaku O: - Pasien tampak lebih tenang - Tidak gelisah - Pasien tampak mulai bertenaga dan ceria - Skala nyeri 5 (0-10) - TTV: - TD : 122/83 mmhg - Nadi : 88x/menit - RR : 20x/menit - S : 36,0°C - Spo2 : 97% A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan - Identifikasi respons verbal - Identifikasi skala nyeri - Berikan terapi farmakologis I: Memberikan terapi farmakologis - Mengidentifikasi respons verbal - Mengidentifikasi skala nyeri - Melakukan pemberian obat ketorolac 3x30mg/dl E: - Masalah teratasi sebagian kondisi mulai membaik, apabila besok semakin membaik sudah bisa dipulangkan - Rencana pulang besok R: Pertahankan intervensi - Identifikasi respons verbal - Identifikasi skala nyeri - Melakukan pemberian farmakologi
	Kamis 24/04/25 POD 4 Jam: 19.15	S: - Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur karena nyerinya sudah berkurang - Pasien mengatakan mulai nyaman dan rileks kondisinya mulai membaik O: - Pasien tampak segar - Pasien terlihat ceria - Pasien tampak bertenaga A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan

		- Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur
	I:	- Pasien mengatakan sudah paham tentang pentingnya tidur cukup saat sakit maupun sembuh - Pasien mampu mengontrol makan-makanan dan minum-minuman yang mengganggu tidur
	E:	Masalah teratasi sebagian
	R:	- Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur
Kamis 24/04/25 POD 4 Jam: 19.30	S: - O:	- Balutan bersih tidak ada rembes - Tidak ada kematian jaringan dibuktikan saat disentuh bagian ibu jari klien merasakan adanya sentuhan - Tidak terdapat tanda-tanda infeksi dibuktikan pada saat dilakukan perawatan luka - Perkembangan luka membaik - Proses penyembuhan luka cepat dan membaik
	A:	Masalah gangguan integritas & jaringan teratasi sebagian (jika berangsur semakin membaik sudah bisa pulang/dipulangkan)
	P:	Intervensi dilanjutkan
		- Monitor adanya tanda-tanda infeksi - Lakukan perawatan luka - Berikan balutan pada luka
	I:	- Monitor kondisi balutan - Monitor kondisi luka - Melakukan pemberian obat antibiotik ceftriaxone 2x1g/IV - Monitor kadar glukosa - Melakukan pemberian terapi insulin
	E:	- GDS 195mg/dl - Balutan bersih tidak terdapat rembesan darah atau nanah - Luka membaik tidak ada tanda-tanda infeksi - Memberikan terapi insulin 3x10 unit/IM
	R:	Intervensi dilanjutkan
Jum'at 25/04/25 POD 5 Jam: 10.00	S:	- Pasien mengatakan nyeri berkurang - Kaki sudah tidak kaku ketika digerakan - Kaki sudah tidak terlalu sakit saat digerakan
	O:	- Pasien tampak lebih bersemangat - Pasien tampak tenang - Skala nyeri 4 (0-10) - TTV

	- TD : 120/70mmhg - Nadi : 85x/menit - Respirasi : 20x/menit - Suhu : 36,2°C - Spo2 : 96% A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi - Identifikasi respons verbal - Identifikasi skala nyeri - Berikan terapi farmakologi I: Memberikan terapi farmakologi - Ketorolac 3x30mg/IV E: Masalah teratasi (Pasien sudah bisa pulang) R: Intervensi dihentikan - Pasien dipulangkan
Jum'at 25/04/25 POD 5 Jam: 10.15	S: - Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak O: - Pasien tampak lebih segar - Pasien tampak lebih bertenaga - Pasien tampak lebih ceria A: Masalah gangguan pola tidur teratasi P: Intervensi dilanjutkan - Menjelaskan pentingnya tidur cukup - Menganjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur - Menjelaskan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) I: - Pasien mengatakan sudah paham tentang pentingnya tidur cukup saat sakit maupun sembuh - Pasien mampu mengontrol makan-makanan dan minum-minuman yang mengganggu tidur E: Masalah teratasi (Pasien boleh pulang) R: Intervensi dihentikan (Pasien dipulangkan)
Jum'at 25/04/25 POD 5 Jam: 11.30	S: - O: - Balutan luka tidak terdapat darah atau nanah - Tidak terdapat rembesan - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Luka mulai membaik - Penyembuhan luka cepat A: Masalah gangguan integritas kulit & jaringan teratasi P: Intervensi dilanjutkan - Lakukan perawatan luka - Berikan balutan pada luka - Monitor kadar glukosa darah - Memberikan terapi insulin I: - Melakukan perawatan luka - Memberikan penkes perawatan kaki pada luka diabetes melitus - Mengajarkan cara merawat luka secara mandiri dirumah

-
- Memberikan terapi antibiotik ceftriaxone 2x1g/IV
 - GDS : 241
 - Pemberian insulin 3x10 unit/IM

E: Masalah teratasi (Pasien sudah bisa pulang)

R: Intervensi dihentikan

- Pasien Pulang
-

B. PEMBAHASAN

Dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A Dengan Kasus Post Operasi Debridement Atas Indikasi Ulkus Diabetikum di Ruang Plamboyan 03 Rumah Sakit Umum Tingkat IV Guntur Garut selama 5 hari, yaitu dari tanggal 21 April s/d 25 April 2025. Penulis berusaha menerapkan langkah-langkah mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi sesuai dengan tujuan teoritis serta memperhatikan kebutuhan Tn. A. Berikut adalah hasil yang diperoleh selama 5 hari melakukan Asuhan Keperawatan kepada Tn. A :

1. Pengkajian

Proses penilaian merupakan langkah pertama dan terpenting dalam proses keperawatan. Ini melibatkan dua kegiatan utama: mengumpulkan data yang tepat dan terorganisir untuk mengidentifikasi kebutuhan dan kekuatan pasien melalui studi laboratorium, pemeriksaan fisik, dan investigasi pendukung lainnya; dan menentukan status kesehatan pasien dan pola pertahanan melalui riwayat dan pemeriksaan fisik. (saidi illafin 2020).

Pada tahap ini, penulis berusaha untuk mengkomunikasikan maksud dan tujuan asuhan keperawatan kepada pasien dn keluarganya sebagai langkah awal dalam proses tersebut. Untuk melakukan pengkajian penulis menggunakan metode wawancara langsung dengan pasien dan anggota keluarga atau orang-orang terdekatnya untuk mengumpulkan data subjektif, serta melakukan pemeriksaan fisik guna mendapatkan data objektif dari pasien. Dalam pengkajian ini penulis

mengumpulkan beberapa informasi yang diantaranya mencakup identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan sebelumnya, dan pola aktivitas sehari-hari. Selama proses pengkajian kerjasama yang baik, bimbingan, arahan serta dukungan dari berbagai pihak sangat berperan penting dan tentunya juga melibatkan keluarga serta partisipasi dari pasien itu sendiri.

Berdasarkan hasil pengkajian Tn. A dengan usia 53 tahun mengeluh nyeri setelah dilakukannya prosedur Debridement di kaki kiri tepat dibagian ibu jari kaki (Metatarsophalangeal), pasien juga mengatakan mengeluh nyeri luka operasi dan kaku dalam bergerak pada bagian luka, pasien juga mengatakan rasa nyerinya seperti ditusuk tusuk jarum, dirasakan hanya pada bagian luka operasi, dan nyerinya meningkat pada saat di gerakan, menurun pada saat di diamkan dan meminum obat, pasien juga mengatakan skala nyerinya 7 dari (0-10). kemudian pasien juga mengatakan rasa nyerinya dirasakan hilang timbul, pasien juga mengatakan semalaman sehabis operasi malah semakin tidak bisa tidur, tidur selalu terbangun terus karena nyeri pada bekas luka operasi, pasien juga mengeluh kulitnya menjadi rusak karena luka tersebut. Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit Diabetes Melitus baru 1 tahunan. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital Tekanan Darah 130/78mmhg, nadi 112x/menit (Takikardi), suhu 36,4°C dan respirasi 22x/menit. Pada pemeriksaan fisik didapatkan luka post op debridement pada metatarsopalanageal dengan ukuran panjang 8cm, lebar 8cm, Kedalaman 1cm, terdapat penurunan kekuatan otot pada kaki kiri, kaki nyeri ketika digerakan dan terasa kaku pada bagian luka post operasi. Jika dibandingkan dengan teori, nyeri

akut didefinisikan sebagai nyeri yang muncul tiba-tiba akibat kerusakan jaringan, memiliki durasi pendek, dan menimbulkan respons fisiologis secara emosional.

Menurut Hinkle & Cheever (2021), nyeri akut dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, denyut jantung, serta berpengaruh terhadap kualitas tidur pasien. Hal ini sejalan dengan kondisi Tn. A yang mengalami takikardi (nadi 112x/menit), serta gangguan tidur pasca operasi. Selain itu, nyeri akut dan gangguan pola tidur saling berkaitan.

Menurut Lewis et al.,(2020) nyeri yang tidak tertangani secara optimal akan mengganggu siklus tidur, memperparah stres dan kelelahan, serta berdampak pada proses penyembuhan. Ini sesuai dengan laporan pasien yang mengalami insomnia pasca operasi akibat nyeri luka. Kemudian, pasien juga mengalami kerusakan kulit pada area luka operasi yang menunjukkan adanya gangguan integritas kulit.

Menurut Potter et al. (2021), pasien dengan penyakit kronis seperti diabetes melitus lebih rentan mengalami gangguan integritas kulit karena aliran darah perifer yang tidak optimal, respon imun yang menurun, dan proses penyembuhan luka yang lambat. Jika nyeri menyebabkan imobilisasi dan kurangnya perawatan luka yang adekuat, maka integritas kulit akan semakin terganggu. Dengan demikian, berdasarkan teori dan data lapangan terdapat hubungan erat antara nyeri akut, gangguan pola tidur, dan gangguan integritas kulit/jaringan. Ketiganya saling memperburuk satu sama lain bila tidak ditangani secara tepat dan menyeluruh.

2. Diagnosa Keperawatan

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

Setelah melakukan pengkajian penulis menetapkan diagnosa pada Tn.A diantaranya: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan neurofati perifer. Pada tinjauan pustaka diagnosa yang mungkin muncul diantaranya: nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077), gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (D.0055), gangguan integritas kulit dan jaringan b.d neurofati perifer (D.0129). Berdasarkan pengamatan peneliti antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak terdapat kesenjangan pada diagnosa keperawatan.

a. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik

Nyeri akut (D.0077) Merupakan peristiwa sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dikarenakan serangan yang mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim pokja SDKI DPP PPNI,2017). Sedangkan agen pencedera fisik yaitu abses, amputasi, terbakar,

terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017).

Hasil dilakukan pengkajian pada Tn. A dan didapatkan data subjektif : Pasien mengeluh nyeri setelah dilakukannya prosedur Debridement di kaki kiri tepat dibagian ibu jari kaki (Metatarsopalangeal), pasien juga mengatakan mengeluh nyeri luka oprasi dan kaku dalam bergerak pada bagian luka operasi, pasien juga mengatakan rasa nyerinya seperti ditusuk tusuk jarum, dirasakan hanya pada bagian luka operasi, dan nyerinya meningkat pada saat di gerakan, menurun pada saat di diamkan dan meminum obat, pasien juga mengatakan sekala nyerinya 7 dari (0-10). kemudian pasien juga mengatakan rasa nyerinya dirasakan hilang timbul, Data objektif : didapatkan Pasien tampak meringis, pasien bersikap protektif, terdapat luka post op debridement a.i ulkus diabetikum tekanan darah: 130/78 mmhg, nadi 112x/menit, suhu 36,4°C dan respirasi 22x/menit. Penulis menyimpulkan bahwa Tn. A mengalami nyeri akut.

b. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur

Gangguan pola tidur merupakan gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017). Pada saat dilakukan pengkajian pada Tn. A dan didapatkan data subjektif : Pasien mengeluh sulit tidur, pasien mengeluh tidak puas tidur dan pasien mengeluh pola tidur berubah dikarenakan adanya rasa nyeri yang menyebabkan rasa gelisah dan tidak nyaman. Data objektif : didapatkan pasien tampak lesu

tidak bersemangat dan tampak tidak bertenaga. Penulis menyimpulkan bahwa Tn.A mengalami gangguan pola tidur

c. Gangguan Integritas Kulit & Jaringan Berhubungan Dengan Neurofati Perifer

Gangguan integritas kulit dan jaringan adalah kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul, sendi dan/atau ligament). (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada saat dilakukan pengkajian pada Tn.A dan didapatkan data Subjektif: Pasien mengeluh kulitnya menjadi rusak karena adanya luka, pasien mengatakan terdapat luka operasi pada kaki sebelah kiri tepat dibagian ibu jari, terdapat penurunan kekuatan otot pada kaki kiri, kaki nyeri ketika digerakan dan terasa kaku pada bagian luka post operasi. Data objektif : Adanya kerusakan jaringan atau lapisan kulit, kemerahan, terdapat luka post operasi debridement a.i ulkus diabetikum, ukuran luka (Panjang = 8cm, Lebar = 8cm, Kedalaman 1cm), luka berwarna kuning kekuningan, kulit sekitar area luka berwarna kemerahan dan kulit sekitar luka terasa hangat. Penulis menyimpulkan bahwa Tn, A mengalami gangguan integritas kulit dan jaringan.

3. Intervensi Keperawatan

a. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik

Penulis menegakan diagnosa nyeri akut karena pada data subjektif pasien mengatakan nyeri pada kaki kiri yang berlangsung lebih dari 1 bulan. Keluhan objektif ditemukan luka post operasi debridement di kaki kiri tepat dibagian ibu jari kaki. Batasan karakteristik pada diagnosa nyeri akut yaitu nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun.(Tim Pokja SLKI DPP PPNI ,2018).

Perencanaan asuhan keperawatan pada Tn. A dengan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik berdasarkan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 1x8 jam diharapkan pasien menunjukkan tingkat nyeri menurun, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik. Untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil penulis menegakan intervensi Manajemen nyeri (1.08238) berupa:

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri , identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (TENS, hipnosis, akupresus, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Jelaskan

strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.

b. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur

Rencana keperawatan pada diagnosa ke dua penulis melakukan tindakan sesuai Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) setelah dilakukan tindakan 1x8 jam diharapkan pola tidur membaik (L.05045) dengan kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI,2018).Untuk mencapai tujuan akhir dari kriteria hasil penulis menegakan intervensi

(1. 05174) dukungan Tidur berupa:

Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau fisiologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi,teh,alkohol,makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan,suhu, matras dan tempat tidur), fasilitasi penghilang stres waktu tidur, lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat ,pengaturan posisi, terapi akupresur), sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang

mengganggu tidur, anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur, ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja). (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018).

c. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan Berhubungan Dengan Neuropati Perifer

Rencana keperawatan yang dilakukan penulis berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) tindakan keperawatan 1x8 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: Perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, suhu kulit membaik, tekstur membaik, pertumbuhan rambut membaik. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI,2018). Untuk mencapai tujuan dari kriteria hasil penulis menegakan Intervensi Perawatan Luka (1.14564) berupa:

Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran,dan bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari, berikan suplemen vitamin dan mineral (mis vitamin A, vitamin

C, Zinc, asam amino)sesuai indikasi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), kolaborasi pemberian antibiotik. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018).

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan terjadwal rencana keperawatan adalah implementasi. Kegiatan otonom dan kolaboratif dianggap sebagai tindakan. Selama tahap ini, perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien pada umumnya dan kepada klien yang menderita diabetes melitus pada khususnya. Perawat bekerja secara mandiri, tergantung, dan mandiri saat melakukan kegiatan keperawatan (Nurnasitoh 2022).

Implementasi keperawatan di laksanakan pada tanggal 21 april 2025. Pada tahap ini, penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn. A berdasarkan perencanaan yang telah di susun yang mengacu pada buku pedoman SDKI, SLKI dan SIKI, walaupun demikian ada beberapa intervensi yang tidak dilaksanakan. Hal ini karena intervensi yang disusun di sesuaikan kembali berdasarkan kebutuhan kedaan dan kondisi pasien.

a. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik

Implementasi keperawatan seharusnya dilakukan 1x24 jam akan tetapi penulis hanya melakukan tindakan 1x8 jam. Penulis sudah melakukan tindakan keperawatan pada diagnosa pertama dengan baik pada tanggal 21 april 2025 sampai 25 april 2025, dengan intervensi yang telah ditetapkan,

tindakan yang dilakukan oleh penulis diantaranya: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, monitor efek samping penggunaan analgetik, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik. Hasil setelah dilakukan implementasi adanya rasa nyeri yang menurun dan kondisi mulai semakin membaik disetiap harinya.

b. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur

Diagnosa ke dua telah dilakukan tindakan keperawatan oleh penulis selama 1x8 jam pada tanggal 21 april 2025 sampai 25 april 2025 tindakan yang dilakukan adalah : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau fisiologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi,teh,alkohol,makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan,suhu, matras dan tempat tidur), fasilitasi penghilang stres waktu tidur, sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, anjurkan menghindari makanan atau minuman yang

mengganggu tidur, anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur. Hasil setelah dilakukan implementasi pola tidur Tn. A meningkat jauh lebih membaik setiap harinya.

c. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan Berhubungan Dengan Neuropati perifer

Diagnosa ke tiga telah dilakukan tindakan keperawatan oleh penulis selama 1x8 jam pada tanggal 21 april 2025 sampai 25 april 2025 tindakan yang dilakukan adalah : Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran,dan bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), kolaborasi pemberian antibiotik. Hasil setelah dilakukan implementasi, integritas kulit dan jaringan Tn. A meningkat jauh lebih baik setiap harinya.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahapan akhir dari serangkaian asuhan keperawatan. Evaluasi keperawatan menentukan apakah tujuan telah tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respons pasien

meliputi subjektif, objektif, assesment dan planning (Basri et al.,2020). Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terdapat 3 masalah keperawatan yang muncul pada Tn. A didapatkan hasil:

a. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik dapat teratasi pada hari kelima, karena keluhan nyeri pada Tn. A berkurang dan membaik, skala nyeri berkurang dari 7 menjadi 4, Frekuensi nadi membaik, meringis berkurang, selain itu keluarga dan Tn. A kooperatif selama proses asuhan keperawatan sehingga penulis dapat dengan mudah melakukan intervensi keperawatan sehingga nyeri akut dapat teratasi.

b. Gangguan Pola Tidur Berhubungan Dengan Kurang Kontrol Tidur. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari pola tidur membaik, pasien sudah bisa tidur dengan nyenyak tanpa ada rasa gelisah dan tidak nyaman karena adanya rasa nyeri di kaki. Pasien juga menunjukkan peningkatan kenyamanan saat tidur dan tidak ada keluhan terkait kualitas tidur, sehingga gangguan pola tidur dapat teratasi.

c. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan Berhubungan Dengan Neurofati Perifer. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama lima hari, luka tampak membaik, tidak ada tanda-tanda infeksi, nyeri berkurang, luka tampak bersih. Meskipun belum terlihat pembentukan jaringan baru secara optimal, tetapi proses penyembuhan berjalan dengan baik dan tanda perbaikan luka sudah terlihat, sehingga gangguan integritas kulit dan jaringan dapat teratasi.

BAB IV

SIMPULAN & SARAN

A. Simpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan kepada Tn. A yang mengalami gangguan sistem endokrin yaitu Diabetes Melitus tipe 2 dengan komplikasi ulkus diabetikum post operasi debridement hari pertama (POD 1) di Ruang Plamboyan 03 Rumah Sakit Umum Tk. IV Guntur Garut, maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara menyeluruh, penulis mengkaji kondisi Tn. A secara sistematis meliputi aspek fisik, psikologis, sosial dan spiritual dengan fokus pada luka post op debridement, status gula darah, nyeri, pola tidur dan dukungan keluarga.
2. Penulis mampu menetapkan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang terkumpul yaitu:
 - a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen injuri fisik (Luka post op debridement)
 - b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan akibat luka
 - c. Gangguan Integritas Kulit & Jaringan berhubungan dengan kerusakan jaringan sekunder akibat ulkus diabetikum
3. Penulis mampu menyusun rencana intervensi keperawatan

Rencana dibuat berdasarkan teori, rasional, dan prinsip keperawatan. Fokus utama pada manajemen nyeri, perawatan luka, peningkatan kualitas tidur, edukasi pasien dan keluarga, serta pengaturan diet dan perawatan kaki. Disesuaikan dengan kondisi pasien dan ketersediaan sumber daya.

4. Penulis mampu mengimplementasikan tindakan keperawatan, tindakan dilaksanakan secara humanis dan sesuai protokol SOP, meliputi : Pemberian analgetik sesuai instruksi medis, teknik distraksi untuk nyeri, perawatan luka, edukasi pasien dan keluarga tentang perawatan luka mandiri dan kontrol gula darah, kolaborasi dengan tim medis untuk mendukung kenyamanan dan kesembuhan pasien
5. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap hasil asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan secara berkala dan terstruktur, dengan hasil sebagai berikut : Nyeri akut teratasi skala nyeri menurun pasien tampak lebih nyaman, gangguan pola tidur teratasi pasien tidur lebih nyenyak tanpa gangguan nyeri, luka perlahan mulai membaik bersih dan tidak terdapat adanya tanda-tanda infeksi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dan pembahasan yang telah diuraikan mengenai asuhan keperawatan pada Tn. A dengan gangguan sistem endokrin: post op debridement akibat ulkus diabetikum e.c Diabetes Melitus Tipe II, maka penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Untuk Perawat dan Pihak Rumah Sakit

Diharapkan tenaga kesehatan, khususnya perawat, dapat menerapkan teknik perawatan luka modern yang efektif dan berbasis bukti, sesuai dengan kondisi pasien pasca tindakan debridement. Berdasarkan hasil asuhan keperawatan, penerapan manajemen nyeri, intervensi pola tidur, dan perawatan integritas kulit dan jaringan secara konsisten terbukti dapat mempercepat penyembuhan luka dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Oleh karena itu, perawat perlu meningkatkan kompetensi dalam manajemen ulkus diabetikum melalui pelatihan berkelanjutan dan pendekatan multidisipliner.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan kesehatan dapat mengintegrasikan lebih banyak studi kasus nyata dalam pembelajaran, khususnya terkait penanganan komplikasi ulkus diabetikum. Hal ini penting untuk membekali mahasiswa keperawatan dengan keterampilan klinis yang relevan, termasuk kemampuan melakukan pengkajian menyeluruh, menetapkan diagnosa keperawatan yang tepat, serta merancang intervensi yang efektif dan sesuai dengan kondisi pasien.

3. Untuk Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan lebih aktif dalam memantau dan merawat luka secara mandiri di rumah setelah mendapatkan edukasi dari perawat. Berdasarkan pembahasan, keterlibatan keluarga terbukti mendukung proses

penyembuhan. Disarankan untuk menjaga pola makan sehat, mengontrol kadar gula darah secara rutin, serta memperhatikan kebersihan luka guna mencegah infeksi ulang.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhiarta, I. G. N. (2021). Perawatan Luka. Dalam Rema (Ed.), Buku Ajar Luka. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- American Diabetes Association. (2022). Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care*, 45(Supplement_1), S1–S264.
- Del Core, M., et al. (2023). Diabetic Foot Ulcers: Diagnosis and Treatment Strategies. *Journal of Wound Care*, 32(1), 15–22.
- Deng, W., Zhang, Q., & Chen, X. (2023). Pathophysiology of Diabetic Foot Ulcers. *Journal of Diabetes Research*, 2023, 1–10.
- Graciella, N. T., & Wahjoepramono, D. (2020). Klasifikasi Ulkus Diabetikum: Sistem Wagner. Jakarta: FKUI Press.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). Brussels: IDF.
- Kartikasari, D., et al. (2020). Pengkajian Keperawatan: Panduan Praktis untuk Mahasiswa Keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kemenkes.
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). Pencegahan dan Pengendalian Diabetes Melitus. Jakarta: Direktorat Pencegahan dan Pengendalian PTM.
- Kencana, N. W., et al. (2022). Gaya Hidup Tidak Sehat Sebagai Faktor Risiko DM. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 10(1), 55–61.
- Lailasari, D., et al. (2023). Komplikasi DM: Ulkus Diabetikum. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 26(1), 45–52.
- Lestari, N. D., et al. (2021). Patofisiologi Diabetes Melitus. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 12(2), 89–97.
- Michael Dansinger. (2023). Type 2 Diabetes Symptoms. Healthline. Diakses dari: <https://www.healthline.com>
- PERKENI. (2021). Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia. Jakarta: PB PERKENI.
- Raja, N. S., Ismail, Z., & Ramli, N. (2023). Diabetic Foot Infection: Pathogenesis and Management. *International Journal of Endocrinology*, 2023, 1–9.
- Rajeev Goyal, et al. (2023). Diabetes Complications: Microvascular and Macrovascular. *Journal of Clinical Endocrinology*, 35(2), 123–135.
- Raspovic, A., & Landorf, K. B. (2023). Clinical Manifestations of Diabetic Foot Ulcers. *Foot & Ankle International*, 44(3), 201–209.

- Rema, R. (2021). *Buku Ajar Luka*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Rif'at, M., et al. (2023). Komplikasi Diabetes Melitus: Tinjauan Mikrovaskular dan Makrovaskular. *Jurnal Medik*, 15(1), 77–85.
- Rizki, A. F. (2020). *Diabetes Melitus: Panduan untuk Mahasiswa Keperawatan*. Bandung: Alfabeta.
- Safitri, N. (2021). Luka Kronis pada Penderita Diabetes Melitus. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 9(2), 122–128.
- Siti Rofiatun Rosida, et al. (2023). Neuropati Perifer sebagai Faktor Risiko Ulkus Diabetikum. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 21(1), 63–70.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2020). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (14th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Sriwiyati, N. K., et al. (2024). Diabetes Melitus Tipe II: Tinjauan Klinis dan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Nusantara*, 17(1), 10–19.
- Suryanegara, M., & Sari, M. (2020). Mikroangiopati pada Ulkus Diabetikum. *Jurnal Kesehatan Prima*, 14(3), 210–217.
- Tri Lasini. (2022). Patofisiologi DM Tipe II. *Jurnal Patofisiologi Indonesia*, 6(2), 34–40.
- Wahyuni, A. D., & Lestari, S. (2021). Klasifikasi Ulkus Diabetikum: Pendekatan Klinis dan Praktis. *Jurnal Luka Indonesia*, 7(2), 33–40.
- WHO. (2020). *Global Report on Diabetes*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2021). *Classification and Diagnosis of Diabetes*. Geneva: World Health Organization.
- Widiasari, K. R., & Wijaya, I. M. K. (2021). Diabetes Melitus Tipe II: Epidemiologi dan Pencegahan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 20–30.
- Widyastuti, R. (2023). *Intervensi Keperawatan pada Pasien Diabetes*. Yogyakarta: Pustaka Medika.

LAMPIRAN

Lampiran. 1 Satuan Acara Penyuluhan (SAP)

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Tema	: Diabetes Melitus
Pokok Pembahasan	: Perawatan Kaki Pada Diabetes Melitus
Sasaran	: Tn. A dan Keluarga
Hari/tanggal	: Senin, 25 april 2025
Waktu	: 09.00 WIB- Selesai
Tempat	: Ruang Plamboyan 03 RSUD TK.IV Guntur Garut
Penyuluh	: Rika Puspita

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah diberikan penyuluhan, diharapkan klien mampu melakukan perawatan dan pencegahan komplikasi diabetes melitus.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan klien mampu:

- a) Menjelaskan Pengertian Perawatan Kaki
- b) Menyebutkan Cara Perawatan Kaki Pada Penderita Diabetes Melitus
- c) Menyebutkan Hal Yang Mendukung Keberhasilan Perawatan Kaki Diabetes Melitus

B. Materi (Terlampir)

1. Perawatan Kaki
2. Cara Perawatan Kaki Diabetes Melitus
3. Hal Yang Mendukung Keberhasilan Perawatan Kaki Pada Diabetes Melitus

C. Media Penyuluhan

1. Leaflet
2. Lembar Balik

D. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Materi	Kegiatan	
			Penyuluh	Metode
1.	2 Menit	Pendahuluan	Pembukaan: 1. Perkenalan 2. Menjelaskan tujuan 3. Melakukan kontrak waktu 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan	Ceramah
2.	10 Menit Kedua	Pelaksanaan	Menjelaskan: 1. Menggali pengetahuan audient tentang penyakit Diabetes Melitus 2. Memberikan apresiasi positif 3. Menjelaskan pengertian perawatan kaki 4. Menjelaskan cara perawatan kaki Diabetes Melitus 5. Menjelaskan hal yang mendukung keberhasilan perawatan kaki Diabetes Melitus 6. Memberi kesempatan audient untuk bertanya	1. Ceramah 2. Diskusi 3. Tanya Jawab
3.	3 Menit	Penutup	Evaluasi: 1. Menanyakan kepada sasaran tentang materi yang telah diberikan 2. Beri pujian kepada sasaran bila dapat menjawab 3. Mengucapkan terimakasih kepada sasaran dan mengucapkan salam	Ceramah

E. Evaluasi

1. Bentuk : Esai
2. Prosedur Evaluasi : Lisan
3. Waktu : 5 Menit
4. Jumlah Soal : 3 Soal

F. Materi

PERAWATAN KAKI PADA DIABETES

A. Pengrtian Perawatan Kaki

Perawatan Kaki adalah suatu tindakan yang dilakukan individu baik dalam keadaan kadar gula normal atau naik yang dilakukan secara teratur untuk menjaga kebersihan diri, terutama pada bagian kaki.

B. Cara Perawatan Kaki Pada Diabetes Melitus

Seorang penderita Diabetes Melitus (DM) harus selalu memperhatikan dan menjaga kebersihan kaki, melatihnya secara baik walaupun belum terjadi komplikasi. Jika tidak dirawat, dikhawatirkan suatu saat kaki penderita akan mengalami gangguan peredaran darah dan kerusakan syaraf yang menyebabkan berkurangnya sensitivitas terhadap rasa sakit, sehingga penderita mudah mengalami cedera tanpa dia sadari.

Dengan kadar glukosa darah yang selalu tinggi dan rasa sakit yang hampir tidak dirasakan, maka luka kecil yang tidak mendapat perhatian akan cepat menjadi borok yang besar. Tanpa pengobatan cukup dan istirahat total, borok di kaki bisa menjadi gangren (busuk). Kadangkala kerusakan di kaki yang makin parah akan berakhir pada amputasi. Masalah yang sering timbul pada kaki,

antara lain kapalan, mata ikan, melepuh, cantengan (kuku masuk ke dalam), kulit kaki retak, dan luka akibat kutu air, kutil pada telapak kaki, radang ibu jari kaki (jari seperti martil).

Di bawah ini ada beberapa langkah dalam melakukan perawatan kaki. antara lain sebagai berikut:

1) Area Pemeriksaan Kaki

- a. Kuku jari: periksa adanya kuku tumbuh di bawah kulit (ingrown nail), robekan atau retakan pada kuku.
- b. Kulit: periksa kulit di sela-sela jari (dari ujung hingga pangkal jari), apakah ada kulit retak, melepuh, luka, atau perdarahan
- c. Telapak kaki: Periksa kemungkinan adanya luka pada telapak kaki, apakah terdapat kalus (kapalan), palantar warts, atau kulit telapak kaki yang retak (fisura)
- d. Kelembaban kulit: periksa kelembaban kulit dan cek kemungkinan adanya kulit berkerak dan kekeringan kulit akibat luka
- e. Bau: periksa kemungkinan adanya bau dari beberapa sumber pada daerah kaki

2) Perawatan (mencuci dan membersihkan) kaki

- a. Menyiapkan air hangat: uji air hangat dengan siku untuk mencegah cedera.
- b. Cuci kaki dengan sabun yang lembut (sabun bayi atau sabun cair) untuk menghindari cedera ketika menyabun.

- c. Keringkan kaki dengan handuk bersih, lembut. Keringkan sela-sela jari kaki.
- d. Oleskan lotion pada semua permukaan kulit kaki untuk menghindari kulit kering dan pecah pecah
- e. Jangan gunakan lotion di selasela jari kaki. Karena akan meningkatkan kelembapan dan akan menjadi media yang baik untuk berkembangnya mikroorganisme (fungi).

3) Perawatan kuku kaki

- a. Potong dan rawat kuku secara teratur. Bersihkan kuku setiap hari pada waktu mandi dan berikan cream pelembab kuku.
- b. Gunting kuku kaki lurus mengikuti bentuk normal jari kaki, tidak terlalu pendek atau terlalu dekat dengan kulit, kemudian kikir agar kuku tidak tajam. Jika ragu, Anda bisa meminta bantuan keluarga atau dokter untuk memotong kuku Anda.
- c. Hindarkan terjadinya luka pada jaringan sekitar kuku. Bila kuku keras, sulit dipotong, rendam kaki dengan air hangat selama ± 5 menit.

C. Hal yang Mendukung Keberhasilan Perawatan Kaki Diabetes Beberapa hal yang mendukung keberhasilan perawatan kaki DM adalah sebagai berikut:

- 1. Diet yang baik dan terukur agar berat badan tidak berlebihan. Usahakan untuk dapat mencapai dan mempertahankan berat badan normal atau bahkan berat badan ideal. Jangan makan makanan dalam porsi yang berlebihan dan kurangi makan gula atau makanan yang manis serta berlemak tinggi.

2. Olahraga secara teratur dan terukur, agar kelebihan gula dan lemak di dalam tubuh dapat berkurang (diubah menjadi energi gerak). Olahraga yang mendukung perawatan kaki diabetes misalnya adalah senam kaki diabetes.
3. Monitor kadar gula darah Penderita diabetes perlu melakukan monitor kadar gula darah secara rutin.

D. Soal Evaluasi

1. Jelaskan pengertian perawatan kaki?
2. Sebutkan cara perawatan kaki DM?
3. Sebutkan hal yang mendukung keberhasilan perawatan kaki DM ?

Lampiran. 2 Leaflet Perawatan Kaki Diabetes

Pengertian

Diabetes Melitus adalah penyakit kronis yang ditandai dengan kadar gula darah tinggi. Salah satu komplikasi seriusnya adalah luka pada kaki (ulkus diabetikum), akibat gangguan sirkulasi darah dan kerusakan saraf (neuropati perifer).

MENGAPA PERAWATAN KAKI ITU PENTING?

1. Mencegah luka dan infeksi serius.
2. Menghindari amputasi akibat luka yang tidak sembuh.
3. Menjaga kualitas hidup penderita diabetes.

KAPAN HARUS KE DOKTER?

1. Ada luka atau lecet yang tidak kunjung sembuh.
2. Muncul bengkak, kemerahan, atau nanah.
3. Merasa kaki sangat kaku, nyeri, atau mati rasa.

TIPS TAMBAHAN

1. kontrol gula darah secara rutin.
2. Berhenti merokok, karena memperburuk sirkulasi darah.
3. Konsultasi rutin ke tenaga kesehatan.

LANGKAH PERAWATAN KAKI HARIAN

Membersihkan Kaki

- Cuci kaki setiap hari dengan air hangat & sabun lembut.
- Jangan merendam lebih dari 10 menit.

- Keringkan dengan handuk bersih, terutama sela jari.

Melembabkan Kulit

- Gunakan lotion atau krim kaki (hindari antara jari).
- Hindari kulit pecah dan kering.

Pemeriksaan Harian

- Periksa seluruh kaki, termasuk bawah telapak dan sela jari.
- Gunakan cermin atau bantuan keluarga jika perlu.
- Cari luka, lecet, melepuh, kemerahan, atau bengkak.

Memakai Alas Kaki

- Gunakan kaus kaki katun bersih setiap hari.
- Gunakan sepatu tertutup, nyaman, dan tidak sempit.
- Hindari sandal jepit atau bertelanjang kaki.

Merawat Kuku

- Potong lurus, jangan sampai terlalu pendek.
- Gunakan alat pribadi, bersih, dan steril.

TANDA & GEJALA MASALAH PADA KAKI

1. Mati rasa, kesemutan, atau nyeri.
2. Kulit kering dan pecah-pecah.
3. Luka kecil yang sulit sembuh.
4. Perubahan warna kulit (kemerahan atau kehitaman).
5. Kuku tumbuh ke dalam atau infeksi jamur.

YANG HARUS DIHINDARI

1. Merendam kaki terlalu lama.
2. Menggunakan benda tajam untuk membersihkan kaki.
3. Menggunakan plester langsung di kulit luka.
4. Memakai sepatu tanpa kaus kaki

Contoh Perawatan Luka Diabetes Mandiri di Rumah

Kondisi Luka yang Boleh Dirawat Sendiri:

- Luka kecil (diameter <2 cm)
- Tidak ada nanah berlebihan
- Tidak berbau busuk
- Tidak ada tanda infeksi berat (demam, nyeri hebat, merah luas)
- Telah dikonsultasikan ke tenaga kesehatan



Alat & Bahan yang Diperlukan:

- Air mengalir bersih atau larutan NaCl 0.9%
- Kasa steril (jangan gunakan kapas)
- Sarung tangan bersih (atau cuci tangan dengan sabun)
- Perban atau plester steril
- Gunting bersih
- Kantong plastik untuk membuang perban bekas

PERAWATAN KAKI PADA DIABETES



Disusun oleh :

- Rika Puspita
- 3A/D3 KEPERAWATAN
- KHGA22008
- STIKES KARSA HUSADA GARUT

Langkah-Langkah Perawatan Luka:

1. Cuci tangan
Gunakan sabun dan air mengalir minimal 20 detik sebelum menyentuh luka.
2. Siapkan alat di permukaan bersih
Letakkan semua alat di atas kain bersih atau alas plastik bersih.
3. Gunakan sarung tangan atau tangan bersih
Untuk menghindari kontaminasi.
4. Buka perban lama perlahan
Amati luka: ukurannya, warna, bau, dan cairan (jika ada).
Jika plester melekat kuat, bisa dibasahi sedikit NaCl agar mudah dilepas.
5. Bersihkan luka
Tuangkan NaCl 0.9% dari atas luka, jangan disemprot langsung dengan tekanan tinggi.
Biarkan mengalir sambil membersihkan kotoran.
Gunakan kasa steril untuk menyerap kelebihan cairan di tepi luka (bukan menggosok).
6. Biarkan luka agak kering (1-2 menit)
Jangan pakai kipas atau tiup langsung.
7. Balut kembali luka
Tutup luka dengan kasa steril.
Rekatkan dengan plester steril atau perban.
8. Buang semua limbah medis
Masukkan perban dan kasa bekas ke kantong plastik tertutup, buang ke tempat sampah domestik. Cuci tangan kembali.

Lampiran. 3 Format Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Rika Puspita

NIM : KHG-A 22008

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

No	Tanggal	Materi	Saran	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	2 JUNI 2025 Senin	Bimbingan bab 1	1. Bagaimana data di tempat mengambil kasus? Belum ada data 2. Apa peran perawat? Alasan judulnya 3. Cantumkan referensi setiap teknik ini! 4. Narasikan dalam paragraf. Bab 1 dan 2 dapat disatukan menjadi 1 paragraf. Bab 3 dan 4 juga demikian		
2.	10 JUNI 2025 Selasa	Bimbingan Bab 1	1. Acc bab 1 2. Lanjutkan bab 2		

3.	13 JUNI 2025 Jumat	Bimbingan Bab 2	1. Jelaskan pathway nya! 2. Jangan menuliskan konsep identitas dll, tapi tuliskan yang spesifik pada penderita penyakit diabetes melitus misalnya “ pada umumnya pada dm terjadi pada usia.... jenis kelamin.. dst. 3. Spesifikasi dm 4. Kalau normal cukup menuliskan penyakit dm tidak mengganggu system pernafasan misalnya seperti itu 5. Jangan pakai tanda panah, uraikan dengan penjelasan saja		
4	16 JUNI 2025 Senin	Bimbingan Bab 2	1. Sudah bagus, Acc Bab 2 2. Lanjutkan Bab 3		

5.	18 JUNI 2025 Rabu	Bimbingan Bab 3	1. Masukkan diagnosa di sub bab diagnosa keperawatan saja 2. Harus ada kesimpulan apakah masalah teratasi, sebagian teratasi atau belum		
6.	23 JUNI 2025 Selasa	Bimbingan Bab 3	1. Acc Bab 3 2. Lanjutkan Bab 4		
7.	25 JUNI 2025 Rabu	Bimbingan Bab 4	1. Harus menjawab tujuan : Pengkajian (spesifik post op deb) Diagnosa (apa saja) Intervensi (cantumkan prinsip intervensinya) Implementasi (wakili implementasi yang dilakukan untuk tiap diagnosa) Evaluasi (teratasi apa saja, belum apa saja) 2. Harus didasarkan kesimpulan dan pembahasan yang ada		
8.	27 JUNI 2025 Jum'at	Bimbingan Bab 4	1. Tuliskan data real pada pasien, apa yang ditemukan 2. Yang lainnya sudah ok		
9.	27 JUNI 2025 Jum'at	Bimbingan Bab 4	1. Acc Bab 4		

Lampiran. 4 Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama	: Rika Puspita
Tempat, Tanggal Lahir	: Garut, 13 Agustus 2004
Kelas/Prodi	: 3A/ DIII-Keperawatan
Alamat	: Kp. Marica Rt.02. RW 04 Des.Panyindangan Kec. Cisompet Kab. Garut
Tlp/Wa/Email	: 082117266936 Rikap6307@gmail.com
Agama	: Islam
Status	: Mahasiswa
Riwayat Pendidikan	TK Cahaya Bunda 01 SDN Panyindangan 03 SMPN 02 Cisompet SMAN 05 Garut STIKes Karsa Husada Garut