

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORANSTUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.L DENGAN
KOMPLIKASI ULKUS DIABETIKUM DI RUANG
RAWAT INAP INTERNE WANITA RUMAH
SAKIT ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI
TAHUN 2017**



OLEH :

**WITRA SARI
NIM : 14103084015433**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TAHUN 2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. L DENGAN KOMPLIKASI ULKUS
DIABETIKUM DI RUANG RAWAT INAP INTERNE WANITA RUMAH
SAKIT ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2017**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan Program
Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH

**WITRA SARI
NIM: 14103084015433**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
TAHUN 2017**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2017

WITRA SARI
14103084015433

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.L DENGAN ULKUS DIABETIKUM
DI RUANG RAWAT INAP INTERNE WANITA RUMAH SAKIT ACHMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2017**

V BAB + 89 halaman + 2 Gambar + 6 Tabel + 3 Lampiran

Abstrak

Ulkus Diabetikum sebagai komplikasi kronis *Diabetes Mellitus*, dimana sebanyak 56% kasus ulkus diabetik disertai dengan infeksi. penderita *Diabetes Mellitus* akan mengalami *ulkus kaki diabetik*, *ulkus* tersebut dapat berkembang menjadi kematian jaringan, yang apabila tidak ditangani dengan baik secara *intensive* dapat menyebabkan amputasi, yang pada penderita *diabetes mellitus* disebut dengan *ulkus diabetikum*. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *ulkus diabetikum* diruang rawat inap interne wanita RSAM Bukittinggi Tahun 2017. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Ny.L yaitu klien mengatakan sekitar \pm 1 bulan lukannya tidak sembuh. Luka terdapat dibagian ekstermitas bawah sebelah sinistra. Klien mengatakan lukanya berbau, luka klien tampak memerah, bengkak, basah dan ada pus, luka tertutup verban. Keadaan verban tampak basah dan ada darah. pada luka klien banyak terdapat jaringan nekrotik pada tepi dan permukaan luka, luka di jempol kaki kiri p : \pm 5cm L : \pm 6 cm dan luka di punggung kaki dengan diameter 6 cm. Terasa nyeri pada kaki yang ada lukanya, nyeri terasa seperti di tusuk – tusuk. Skala nyeri 4, timbul saat beraktivitas dan berkurang saat istirahat. Klien tampak tegang saat luka di kakinya dibersihkan, dan klien meringis saat ulkus ditekan. Klien mengatakan susah untuk beraktivitas, semua aktivitas klien tampak di bantu oleh keluarganya. Klien mengatakan selama berada di rumah sakit tidurnya kurang nyaman. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah pada Ny.L yaitu kerusakan integritas jaringan, nyeri, hambatan mobilitas fisik. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Untuk mencegah meningkatnya *Ulkus Diabetikum* disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan perawatan yang *intensive* dan memberikan informasi yang memadai kepada pasien mengenai *Ulkus Diabetikum* itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan di perolehnya informasi yang cukup maka pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Diabetes Mellitus, Ulkus Diabetikum
Daftar Pustaka : 22 (2001-2017)

*High School of Health Science Perintis Padang
Diploma III study of nursing program
scientific papers, July 2017*

**WITRA SARI
14103084015433**

***NURSING CARE IN CLIENTS WITH DIABETIKUM ULCUS IN INTERIOR ROOM
INTERNE WOMEN HOSPITAL ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2017***

V CHAPTER + 89 pages + 2 Images + 6 Table + 3 Attachments

Abstract

Diabetic ulcers as a chronic complication of Diabetes Mellitus, where as many as 56% of diabetic ulcers cases are accompanied by infection. Diabetic Mellitus sufferers will experience diabetic foot ulcers, the ulcer may develop into tissue death, which if not handled properly intensive can lead to amputation, which in people with diabetes mellitus called diabetic ulcers. The purpose of this report is able to perform Nursing Care in patients with diabetic ulcers inner room interne female Bukittinggi RSAM Year 2017. The results of case reports found the data on Ny.L is the client said about \pm 1 month lukannya not healed. The wound is in the lower part of the lower extremity. The client said the wound smelled, the client's wound looked red, swollen, wet and there was a pussy, a verban covered wound. Verban state looks wet and there is blood. In the client's wound there are many necrotic tissue on the edge and surface of the wound, the wound on the left foot p foot \pm 5cm L: \pm 6 cm and the wound on the back of the foot with a diameter of 6 cm. Feeling pain in the legs of the wound, the pain feels like a puncture. The pain scale 4, arises during activity and decreases at rest. The client looked tense when the wound in his leg was cleaned, and the client winced as the ulcer was pressed. Clients say hard to move, all the activities of the client seemed helped by the family. Clients say during the hospital was not comfortable sleeping. The results of the study were found to have problems with Ny.L, ie, damage to tissue integrity, pain, physical mobility impairment. Based on the above nursing problem, the plan and conduct the nursing action and evaluation that refers to the objectives and criteria of the results. To prevent increased Diabetic Ulcers it is advisable to hospitals to perform intensive care and provide sufficient information to the patient regarding Diabetic ulcer itself and its aspects. With the acquisition of enough information then prevention can be done immediately.

Keywords: Nursing Care, Diabetes Mellitus, Diabetic Ulcer

References: 22 (2001-2017)

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : WITRA SARI
NIM : 14103084015433
Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. L Dengan
Ulkus Diabetikum Di Ruang Rawat Inap Interne
Wanita Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2017**

Karya tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 10 Agustus 2017
Pembimbing,



Ns. Dia Resti DND, M.Kep
NIK : 1420108028611071

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



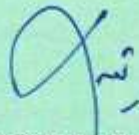
Ns. Endra Amalia, M.Kep
NIK : 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : WITRA SARI
NIM : 14103084015433
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. L Dengan
Ulkus Diabetikum Di Ruang Rawat Inap Interne
Wanita Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2017

Karya tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Dewan Penguji
Penguji I,



Yaslina. M.Kep, Ns. Sp. Kep. Kom
NIK : 1420106037395017

Penguji II,



Ns. Dia Resti DND, M.Kep
NIK : 1420108028611071

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga Laporan Studi Kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.L Dengan Ulkus Diabetikum Di Rawat Inap Interne Wanita RSAM Bukittinggi tahun 2017 “** ini dapat disajikan dalam bentuk tulisan. Dalam penyusunan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Kepada Direktur RSAM Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan
4. Ibu Ns. Rahmi Yulis, S.Kep selaku Kepala Ruangan di Rawat Inap Interne Wanita RSAM Bukittinggi Sumatera Barat.
5. Ibu Ade Suryani, Amd.Kep selaku pembimbing klinik diruang rawat Inap Interne Wanita RSAM Bukittinggi Sumatera Barat yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama praktek.
6. Ibu Ns. Dia Resti DND, M.Kep selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini

7. Ibu Yaslina. M.Kep, Ns. Sp. Kep. Kom selaku Penguji yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini
8. Ibu Dra. Lilisa Murni, M.Pd selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan, bimbingan selama mengikuti pendidikan.
9. Bapak dan Ibu Staf Pengajar Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah banyak memberikan ilmu serta bimbingan yang bermanfaat bagi penulis.
10. Teman-teman mahasiswa mahasiswi STIKes Perintis Prodi DIII Keperawatan angkatan 26 yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dan kritikan yang bersifat membangun agar Karya Tulis Ilmiah ini dapat lebih baik dan menuju kesempurnaan.

Akhir kata penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatu.

Bukittinggi, Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN SAMPUL	
HALAMAN JUDUL	
LEMBARAN PERSETUJUAN	
LEMBARAN PENGESAHAN	
HALAMAN PERSEMBAHAN	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan	
1.2.1 Tujuan Umum	6
1.2.2 Tujuan Khusus	6
1.3 Manfaat Penulisan	
1.3.1 Bagi Penulis	7
1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan	7
1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Diabetes Mellitus	
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi	9
2.1.3 Klasifikasi	18
2.1.4 Etiologi	19
2.1.5 Manifestasi Klinis	21
2.1.6 Patofisiologi/WOC.....	22
2.1.7 Pemeriksaan penunjang.....	25
2.1.8 Penatalaksanaan	
2.1.8.1 Penatalaksanaan medis	27
2.1.8.2 Penatalaksanaan Keperawatan	27

2.1.9	Komplikasi	28
2.2	Ulkus Diabetikum	
2.2.1	Pengkajian	31
2.2.2	Etiologi	32
2.2.3	patofisiologi	33
2.2.4	Manifestasi klinis	34
2.2.5	Pengelolaan Ulkus Diabetikum	35
2.2.6	Derajat Ulkus Diabetikum	36
2.3	Asuhan keperawatan Teoritis	
2.3.1	Pengkajian	38
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	43
2.3.3	Intervensi Keperawatan	44
2.3.4	Implementasi keperawatan	52
2.3.5	Evaluasi	52
BAB III TINJAUAN KASUS		
3.1	Pengkajian	53
3.2	Diagnosa Keperawatan	66
3.3	Intervensi Keperawatan	67
3.4	Implementasi Keperawatan	71
BAB IV PEMBAHASAN		
4.1.	Pengkajian.....	81
4.2.	Diagnosa Keperawatan	83
4.3.	Intervensi Keperawatan	83
4.4.	Implementasi Keperawatan.....	85
4.5.	Evaluasi.....	86
BAB V PENUTUP		
5.1.	Kesimpulan	93
5.2.	Saran	94
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Pankreas	9
Gambar 2.2 Pankreas	13

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Komplikasi Diabetes	30
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Teori	44
Tabel 3.1 Data Biologis	59
Tabel 3.2 Analisa data	64
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan	67
Tabel 3.4 Implementasi keperawatan	71

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsultasi

Lampiran 2 : Lembar Daftar Hadir Ujian Pengamatan Kasus

Lampiran 3 : Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Diabetes Mellitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Insulin merupakan suatu hormon yang diproduksi oleh pankreas, bertugas mengendalikan kadar glukosa dalam darah dengan mengatur produksi dan penyimpanannya. Pada penderita DM, kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun, atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin. Terdapat empat klasifikasi DM menurut ADA (American Diabetes Association) tahun 2014, yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya, serta diabetes mellitus gestasional.

Kurang lebih 90% hingga 95% penderita diabetes mellitus mengalami DM tipe 2 yang terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin yang disebabkan adanya kombinasi faktor genetik dan lingkungan. Mayoritas penderita DM tipe 2 memiliki riwayat keluarga dengan penyakit diabetes mellitus atau masalah kesehatan lain yang berhubungan dengan diabetes misalnya dislipidemia, hipertensi, maupun obesitas. Faktor lingkungan yang mempengaruhi risiko

terjadinya DM tipe 2 adalah konsumsi makanan yang tinggi lemak, tinggi kalori serta minimnya aktivitas fisik (Smeltzer & Bare, 2008).

Diabetes melitus (DM) dan komplikasinya masih menjadi permasalahan serius yang dihadapi negara-negara maju maupun berkembang di seluruh dunia karena menyebabkan sekitar 5% kematian dari seluruh total kematian di dunia (Mu'in, 2011). Pada tahun 2000, diseluruh dunia terdapat 171 juta penyandang diabetes, dan diperkirakan akan meningkat menjadi 300 juta jiwa pada tahun 2025, serta menjadi 366 juta pada tahun 2030 (PERKENI, 2011). Fenomena ini terjadi di hampir semua Negara baik maju maupun berkembang. Hal ini menyebabkan DM disebut sebagai burden baru yang menjadi ancaman epidemi global sehingga memerlukan penanganan segera dari seluruh penduduk dunia untuk mengatasinya (Mu'in, 2011).

Indonesia merupakan ranking keempat dalam prevalensi DM terbanyak di seluruh dunia setelah India, China, dan Amerika Serikat (Mu'in, 2011). Badan Kesehatan Dunia (WHO) memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2030, yang menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang DM sebanyak 2-3 kali lipat pada tahun 2030 (PERKENI, 2011). Prevalensi diabetes melitus tipe 2 penduduk lima belas tahun keatas di daerah urban Indonesia adalah 5,98% dari total penduduk (Riskesdas, 2007 dalam Irawan, 2010).

Kondisi hiperglikemia pada penderita diabetes mellitus dapat mengakibatkan komplikasi metabolik akut seperti ketoasidosis diabetikum dan sindrom

Hiperglikemik Hiperosmolar Non Ketosis (HHNK). Hiperglikemia dalam jangka panjang dapat menyebabkan komplikasi secara mikrovaskuler yang kronis (nefropati dan retinopati), makrovaskuler (infark miokard, stroke dan penyakit vaskuler perifer), serta komplikasi neuropati. Salah satu komplikasi dari hiperglikemia jangka panjang adalah terjadinya ulkus diabetik khususnya di bagian ekstremitas bawah. Tidak seperti luka kronis lainnya, upaya penyembuhan ulkus pada penderita diabetes cenderung lebih sulit dan membutuhkan waktu yang lebih lama.

Berdasarkan hasil penelitian di Eropa, 58% pasien dengan ulkus diabetik mendatangi klinik perawatan luka ataupun rumah sakit untuk mendapatkan perawatan akibat adanya luka yang terinfeksi (Prompers, Schaper, Apelqvist, et al., 2008 dalam *Wounds International*, 2013). Sementara di US terdapat 56% kasus ulkus diabetik disertai dengan infeksi. Dari hasil penelitian tersebut, juga didapatkan data bahwa risiko hospitalisasi dan amputasi ekstremitas bawah adalah 56-155 kali lebih besar pada pasien diabetes dengan ulkus diabetik yang terinfeksi dibandingkan dengan yang tanpa infeksi (Lavery, Armstrong, Wunderlich, et al., 2006 dalam *Wounds International*, 2013). Lipsky (2004) menyatakan bahwa sekitar 10%-30% pasien diabetes dengan ulkus berisiko untuk mengalami amputasi baik dalam skala minor maupun mayor, sedangkan adanya infeksi pada ulkus diabetik diperkirakan menjadi penyebab 60% kasus amputasi.

Identifikasi masalah infeksi pada ulkus diabetik tidaklah selalu mudah. Pada kasus diabetes, terjadi penurunan perfusi jaringan, dan kegagalan sintesis protein akibat kondisi hiperglikemia jangka panjang (Wounds International, 2013). Selain itu, kemampuan respon inflamasi tubuh terhadap adanya luka atau infeksi mungkin mengalami penurunan karena adanya pelemahan fungsi leukosit, penyakit vaskuler, dan neuropati. Demikian juga tanda-tanda inflamasi seperti dolor, rubor, calor, dan tumor sebagai respon terhadap adanya infeksi mungkin saja tidak muncul (Pozzili & Leslie, 1994 dalam Williams, Hilton, & Harding, 2004).

Penderita DM berisiko untuk mengalami infeksi dan sepsis. Jumlah kasusnya diperkirakan mencapai 20.1%– 22.7% dari seluruh kasus sepsis di dunia (Finfer et al, 2009; Stegenga et al, 2010 dalam Koh, Peacock, Poll, & Wandersenga, 2012). Hal yang patut diwaspadai dengan adanya infeksi adalah kemungkinan terjadinya sepsis. Sepsis merupakan respon tubuh secara berlebihan dan bersifat sistemik terhadap infeksi, baik yang bersumber dari bakteri, virus, jamur, maupun parasit. Masalah tersebut jika tidak diatasi dengan baik dapat menimbulkan perburukan kondisi, antara lain terjadinya sepsis berat, syok sepsis, Multiple Organ Dysfunction Syndrome (MODS), dan kematian. Sepsis dan syok sepsis merupakan bagian dari kondisi kegawatdaruratan, namun hingga saat ini masih banyak petugas kesehatan yang tidak mampu mengenali tanda dan gejalanya. Hal tersebut berdampak pada meningkatnya jumlah laporan pasien yang mengalami sepsis serta kematian akibat syok sepsis (Nursing Times, 2014).

Data Sumatera Barat berdasarkan data dinas tahun 2011 bahwa penderita Diabetes Melitus diperkirakan sebanyak 342.089 orang dan diperkirakan sekitar 8,2% dari jumlah penduduk Sumatera Barat (Profil Kemenkes Sumbar, 2014). Di RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi di Rawat Inap Interne Wanita pada 6 bulan terakhir sejak bulan Januari sampai dengan Juni tahun 2017 di dapatkan angka kejadian penyakit DM sebanyak 23 orang dan yang sudah terjadi komplikasi Ulkus Diabetikum sebanyak 8 orang di rawat inap Interne Wanita. (buku laporan ruangan)

Selama perawatan, pasien Ulkus Diabetikum mengalami berbagai masalah keperawatan, sehingga membutuhkan proses keperawatan, proses keperawatan dilakukan untuk mengidentifikasi masalah, mencegah dan mengatasi masalah keperawatan yang dialami pasien baik masalah keperawatan aktual maupun potensial untuk meningkatkan kesehatan. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang diterima oleh pasien. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dengan menerapkan berbagai peran perawat. Selama berpraktek penulis menjalankan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan,advokat (pembela), edukator, Kolaborator dan konsultan. Sehingga dapat membantu pasien yang mengalami masalah fisik maupun psikologis yang membutuhkan perawatan lebih lanjut.

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Ny. L dengan Ulkus Diabetikum Diruang Rawat Inap Interne Wanita RSAM Bukittinggi 2017”**.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu memahami, menerapkan, mendokumentasikan dan mengaplikasikan asuhan keperawatan pada klien dengan Komplikasi Ulkus Diabetikum diruang rawat inap interne wanita RSAM Bukittinggi Tahun 2017.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mampu memahami konsep dasar asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit Ulkus Diabetikum diruang rawat inap interne wanita RSAM Bukittinggi Tahun 2017.

1.2.2.2 Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam penunjang asuhan keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum diruang rawat inap interne wanita RSAM Bukittinggi Tahun 2017.

1.2.2.3 Mampu menentukan diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan yang berhubungan dengan Ulkus Diabetikum diruang rawat inap interne wanita RSAM Bukittinggi Tahun 2017

1.2.2.4 Mampu menentukan perencanaan asuhan keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum diruang rawat inap interne wanita RSAM Bukittinggi Tahun 2017.

1.2.2.5 Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan klien dengan Ulkus Diabetikum diruang rawat inap interne wanita RSAM Bukittinggi Tahun 2017.

1.2.2.6 Mampu melaksanakan evaluasi pada asuhan keperawatan klien dengan Ulkus Diabetikum diruang rawat inap interne wanita RSAM Bukittinggi Tahun 2017.

1.2.2.7 Mampu membuat Dokumentasi keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum diruang rawat inap interne wanita RSAM Bukittinggi Tahun 2017.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi Penulis

Penulisan ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Karya ilmiah ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam upaya pengembangan kurikulum pendidikan terkait identifikasi dan penanganan segera masalah ulkus diabetikum. Hasil penulisan karya ilmiah ini juga diharapkan mampu meningkatkan kualitas pembelajaran dan pengembangan ilmu keperawatan.

1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit

Karya ilmiah ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi institusi pelayanan kesehatan tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum. Selain itu, karya ilmiah ini juga diharapkan dapat menjadi acuan bagi institusi rumah sakit dalam upaya peningkatan kualitas SDM yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Diabetes Mellitus

2.1.1 Pengertian

Diabetes berasal dari bahasa Yunani yang berarti “mengalirkan atau mengalihkan” (*siphon*). Mellitus berasal dari bahasa latin yang bermakna manis atau madu. Penyakit Diabetes Mellitus dapat diartikan individu yang mengalirkan volume urine yang banyak dengan kadar glukosa tinggi. Diabetes Mellitus adalah penyakit hiperglikemia yang ditandai dengan ketidakadaan absolute insulin atau penurunan relative insensitivitas sel terhadap insulin (Corwin, 2009).

DM adalah penyakit Metabolik kronik dimana tubuh tidak dapat memetabolisme karbohidrat, lemak dan protein karena gangguan ketidakefektifan penggunaan insulin (Doenges, 2010).

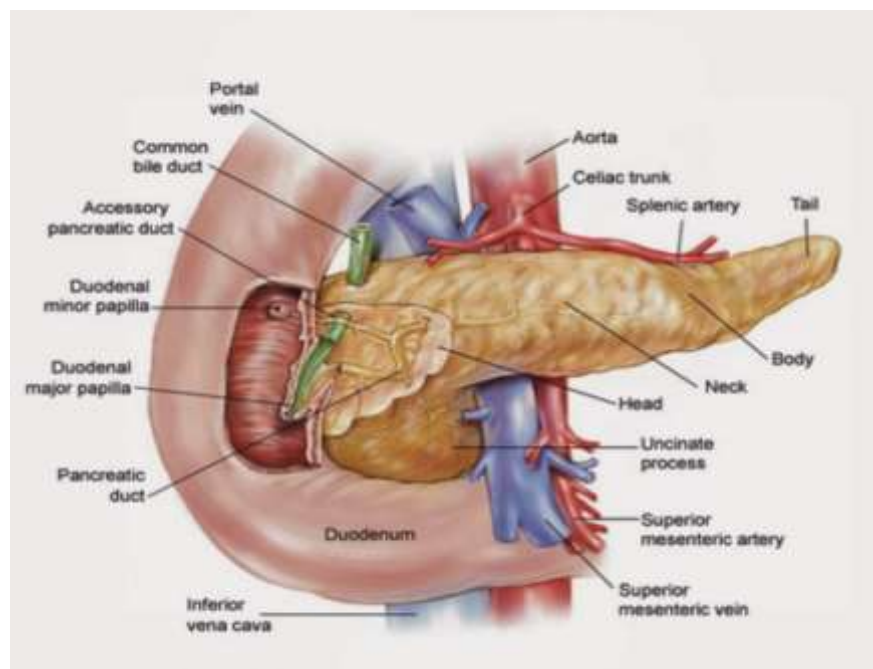
Diabetes Mellitus (DM) adalah keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah, disertai lesi pada membran basalis dalam pemeriksaan dengan mikroskop elektron (Mansjoer dkk, 2010).

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) adalah kadar glukosa darah tinggi karena terjadinya gangguan dalam menghasilkan dan menggunakan insulin (ADA, 2014).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Diabetes Mellitus adalah suatu gangguan metabolisme dan mengancam hidup yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa dalam darah yang diakibatkan oleh kekurangan insulin dan kerja insulin.

2.1.2 Anatomi Fisiologi Pankreas

Gambar 2.1 Gambar Pankreas



Pankreas terletak melintang diatas abdomen dibelakang gaster didalam ruang retroperitonal. Disebelah kiri ekor pankreas mencapai hilus limpa diarah kronio – dorsal dan bagian atas kiri kaput pankreas dihubungkan dengan corpus pankreas oleh leher pankreas yaitu bagian pankreas yang lehernya

biasanya tidak lebih dari 4 cm, arteri dan vena mesentrika superior berada dileher pankreas bagian kiri bawah kaput pankreas ini disebut processus uncinatus pankreas.

Pankreas terdiri dari dua jaringan utama yaitu :

- 1.) Asinus, yang mengekskresikan pencernaan ke dalam duodenum.
- 2.) Pulau Langerhans, yang tidak mempunyai alat untuk mengeluarkan getahnya namun sebaliknya mensekresikan insulin dan glukagon langsung ke dalam darah.

Pankreas manusia mempunyai 1 – 2 juta pulau langerhans, setiap pulau langerhans hanya berdiameter 0,3 mm dan tersusun mengelilingi pembuluh darah kapiler.

Pulau langerhans mengandung tiga jenis sel utama, yaitu sel-alfa, beta dan delta. Sel beta yang mencakup kira-kira 60 % dari semua sel terletak terutama ditengah setiap pulau dan mensekresikan insulin. Granula sel B merupakan bungkusan insulin dalam sitoplasma sel. Tiap bungkusan bervariasi antara spesies satu dengan yang lain. Dalam sel B, molekul insulin membentuk polimer yang juga kompleks dengan seng. Perbedaan dalam bentuk bungkusan ini mungkin karena perbedaan dalam ukuran polimer atau agregat seng dari insulin. Insulin disintesis di dalam retikulum endoplasma sel B, kemungkinan diangkut ke aparatus golgi, tempat ia dibungkus didalam granula yang diikat membran. Granula ini bergerak ke dinding sel oleh suatu proses yang tampaknya sel ini yang mengeluarkan insulin ke daerah luar dengan eksositosis. Kemudian insulin

melintasi membran basalis sel B serta kapiler berdekatan dan endotel fenestrata kapiler untuk mencapai aliran darah. Sel alfa yang mencakup kira-kira 25 % dari seluruh sel mensekresikan glukagon.

Sel delta yang merupakan 10 % dari seluruh sel mensekresikan somatostatin (Tambayong, 2001).

Pankreas dibagi menurut bentuknya :

1. Kepala (kaput) yang paling lebar terletak dikanan rongga abdomen, masuk lekukan sebelah kiri duodenum yang praktis melingkarinya.
2. Badan (korpus) menjadi bagian utama terletak dibelakang lambung dan di depan vertebra lumbalis pertama.
3. Ekor (kauda) adalah bagian runcing di sebelah kiri sampai menyentuh pada limpa (lien).

Fisiologi Pankreas

Pankreas disebut sebagai organ rangkap, mempunyai dua fungsi yaitu sebagai kelenjer eksokrin dan kelenjer endokrin. Kelenjer eksokrin menghasilkan sekret yang mengandung enzim yang dapat menghidrolisis protein, lemak dan karbohidrat. Sedangkan endokrin menghasilkan hormon insulin dan glukagon yang memegang peranan penting pada metabolisme karbohidrat.

Kelenjer pankreas dalam mengatur metabolisme glukosa dalam tubuh berupa hormon-hormon yang disekresikan oleh sel – sel dipulau langerhans. Hormon-hormon ini dapat diklasifikasikan sebagai hormon

yang merendahkan kadar glukosa darah yaitu insulin dan hormon yang dapat meningkatkan glukosa darah yaitu glukogen.

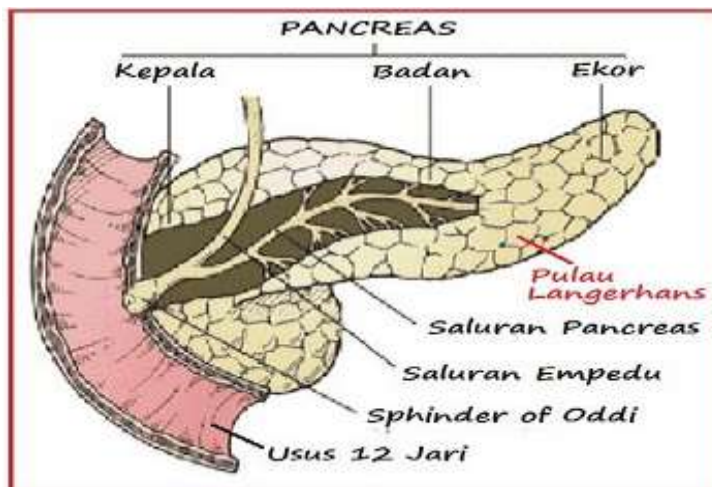
Fisiologi Insulin :

Hubungan yang erat antara berbagai jenis sel dipulau langerhans menyebabkan timbulnya pengaturan secara langsung sekresi beberapa jenis hormone lainnya, contohnya insulin menghambat sekresi glukagon, somatostatin menghambat sekresi glukagon dan insulin.

Pankreas menghasilkan :

- a) Garam NaHCO_3 : membuat suasana basa
- b) Karbohidrase : amilase ubah amilum \longrightarrow maltosa
- c) Dikarbohidrase : a.maltase ubah maltosa \longrightarrow 2 glukosa
- d) Sukrase ubah sukrosa \longrightarrow 1 glukosa + 1fruktosa
- e) Laktase ubah laktosa \longrightarrow 1 glukosa + 1 galaktosa
- f) Lipase mengubah lipid \longrightarrow asam lemak + gliserol
- g) Enzim entrokinase mengubah tripsinogen \rightarrow tripsin dan ubah pepton \longrightarrow asam amino

Gambar 2.2 : Anatomi Pankreas



Kepulauan langerhans membentuk organ endokrin yang menyekresikan insulin, yaitu sebuah hamron antidiabetika, yang diberikan dalam pengobatan diabetes. Insulin ialah sebuah protein yang dapat turut dicernakan oleh enzim-enzim pencernaan protein dan karena itu tidak diberikan melalui mulut melainkan dengan suntikan subkutan.

Insulin mengendalikan kadar glukosa dan bila digunakan sebagai pengobatan dalam hal kekurangan seperti pada diabetes, ia memperbaiki kemampuan sel tubuh untuk mengasorpsi dan menggunakan glukosa dan lemak.

Hormon Insulin

Insulin merupakan protein kecil, terdiri dari dua rantai asam amino yang satu sama lainnya dihubungkan oleh ikatan disulfida. Bila kedua rantai asam amino dipisahkan, maka aktivitas fungsional dari insulin akan hilang.

Translasi RNA insulin oleh ribosom yang melekat pada retikulum endoplasma membentuk preprohormon insulin – melekat erat pada retikulum endoplasma – membentuk proinsulin – terbungkus granula sekretorik dan sekitar seperenam lainnya tetap menjadi proinsulin yang tidak mempunyai aktivitas insulin.

Insulin dalam darah beredar dalam bentuk yang tidak terikat dan memiliki waktu paruh 6 menit. Dalam waktu 10 sampai 15 menit akan dibersihkan dari sirkulasi. Kecuali sebagian insulin yang berkaitan dengan reseptor yang ada pada sel target, sisa insulin didegradasi oleh enzim insulinase dalam hati, ginjal, otot dan dalam jaringan yang lain.

Reseptor insulin merupakan kombinasi dari empat subunit yang saling berkaitan bersama oleh ikatan disulfide, 2 subunit alfa (terletak seluruhnya diluar membran sel) dan 2 subunit beta (menembus membrane, menonjol ke dalam sitoplasma). Insulin berikatan dengan subunit alfa – subunit beta mengalami autofosforilasi – protein kinase – fosforilasi dari banyak enzim intraseluler lainnya.

Insulin bersifat anabolik, meningkatkan simpanan glukosa, asam-asam lemak, dan asam-asam amino. Glikagon bersifat katabolik, memobilisasi dalam aliran darah. Kedua hormon ini bersifat berlawanan dalam efek keseluruhannya dan pada sebagian besar keadaan disekresikan secara timbal balik. Insulin yang berlebihan menyebabkan hipoglikemia, yang menimbulkan kejang dan koma.

Definisi insulin baik absolut maupun relatif, menyebabkan diabetes mellitus, suatu penyakit kompleks yang bila tidak diobati dapat mematikan. Definisi glukagon dapat menimbulkan hipoglikemia, dan kelebihan glukogen menyebabkan diabetes memburuk. Produksi somatostatin yang berlebihan oleh pankreas menyebabkan hiperglikemia dan manifestasi diabetes lainnya.

1. Sintesis insulin

Insulin disintesis oleh sel-sel beta, terutama ditranslasikan ribosom yang melekat pada retikulum endoplasma (mirip sintesis protein) dan menghasilkan praprotein insulin dengan berat molekul sekitar 11.500. kemudian praprotein diarahkan oleh rangkaian “pemandu” yang bersifat hidrofobik dan mengandung 23 asam amino ke dalam sistem retikulum endoplasma.

Struktur kovalen insulin manusia :

- a. Di retikulum endoplasma, praprotein ini dirubah menjadi proinsulin dengan berat molekul kira-kira 9000 dan dikeluarkan dari retikulum endoplasma.
- b. Molekul proinsulin diangkat ke aparatus golgi, di sini proteolisis serta pengemasan kedalam granula sekretorik dimulai.
- c. Di aparatus golgi, proinsulin yang tersusun oleh rantai B---peptida (C) penghubung ----rantai A, akan dipisahkan oleh enzim mirip tripsin dan enzim mirip karboksipeptidase.

- d. Pemisah itu akan menghasilkan insulin heterodimer (AB) dan C peptida. Peptida-C dengan jumlah ekuimolar tetap terdapat dalam granul, tetapi tidak mempunyai aktivitas biologik yang diketahui.

2. Sekresi Insulin

Sekresi insulin merupakan proses yang memerlukan energi dengan melibatkan sistem mikrotubulus-mikrofilamen dalam sel B pada pulau Langerhans. Sejumlah kondisi intermediet turut membantu pelepasan insulin :

- a. Glukosa : apabila kadar glukosa darah melewati ambang batas normal – yaitu 80-100 mg/dL maka insulin akan dikeluarkan dan akan mencapai kerja maksimal pada kadar glukosa 300-500 mg/dL.
- b. Dalam waktu 3 sampai 5 menit sesudah terjadi peningkatan segera kadar glukosa darah, insulin meningkat sampai hampir 10 kali lipat. Keadaan ini disebabkan oleh pengeluaran insulin yang sudah terbentuk lebih dahulu oleh sel beta pulau langerhans pancreas. Akan tetapi kecepatan sekresi awal yang tinggi ini tidak dapat dipertahankan, sebaliknya dalam waktu 5 sampai 10 menit kemudian kecepatan sekresi insulin akan berkurang sampai kira-kira setengah dari kadar normal.
- c. Kira-kira 15 menit kemudian, sekresi insulin meningkat untuk kedua kalinya, sehingga dalam waktu 2 sampai 3 jam akan mencapai gambaran seperti daratan yang baru, biasanya pada saat

ini kecepatan sekresinya bahkan lebih besar dari pada kecepatan sekresi pada tahap awal. Sekresi ini disebabkan oleh adanya tambahan pelepasan insulin yang sudah lebih dahulu terbentuk dan oleh adanya aktivasi system enzim yang mensintesis dan melepaskan insulin baru dari sel.

- d. Naiknya sekresi insulin akibat stimulus glukosa menyebabkan meningkatnya kecepatan dan sekresi secara dramatis. Selanjutnya, penghentian sekresi insulin hampir sama cepatnya, terjadi dalam waktu 3 sampai 5 menit setelah pengurangan konsentrasi glukosa kembali ke kadar puasa.
- e. Peningkatan glukosa darah meningkatkan sekresi insulin dan insulin selanjutnya meningkatkan transport glukosa dalam hati, otot dan sel lain, sehingga mengurangi konsentrasi glukosa darah kembali ke nilai normal. Insulin dilepaskan pada suatu kadar batas oleh sel-sel beta pulau langerhans. Rangsangan utama pelepasan insulin diatas kadar basal adalah peningkatan kadar glukosa darah. Kadar glukosa darah puasa dalam keadaan normal adalah 80-90 mg/dL. Insulin bekerja dengan cara berkaitan dengan reseptor insulin dan setelah berkaitan, insulin bekerja melalui perantara kedua untuk menyebabkan peningkatan transportasi glukosa kedalam sel dan dapat segera digunakan untuk menghasilkan energi atau dapat disimpan didalam hati (Guyton & Hall, 2005).

2.1.3 Klasifikasi

Dokumen konsesus tahun 1997 oleh *American Diabetes Association's Expert Commitee on the Diagnosis and Clasification of Diabetes Mellitus*, menjabarkan 4 kategori utama Diabetes, yaitu : (Corwin, 2009)

1. Tipe I : *Insulin Dependent Diabetes Mellitus (IDDM)*/ Diabetes Mellitus tergantung insulin (DMTTI)

Lima persen sampai sepuluh persen penderita diabetik adalah tipe I. Sel-sel beta dari pankreas yang normalnya menghasilkan insulin dihancurkan oleh proses autoimun. Diperlukan suntikan insulin untuk mengontrol kadar gula darah, awalnya mendadak biasanya terjadi sebelum usia 30 tahun.

2. Tipe II : *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM)*/ Diabetes Mellitus tak tergantung insulin (DMTTI)

Sembilan puluh persen sampai 95 % penderita diabetik adalah tipe II. Kondisi ini diakibatkan oleh penurunan sensitivitas terhadap insulin (resisten insulin) atau akibat penurunan jumlah pembentukan insulin. Pengobatan pertama adalah diet dan olah raga, jika kenaikan kadar glukosa darah menetap, suplemen dengan preparat hipoglikemik (suntikan insulin dibutuhkan, jika preparat oral tidak dapat mengontrol hiperglikemia). Terjadi paling sering pada mereka yang berusia lebih dari 30 tahun dan pada mereka yang obesitas.

3. DM tipe lain

Karena kelainan genetik, penyakit pankreas (trauma pankretik), obat, infeksi, antibodi, sindroma penyakit lain dan penyakit dengan karakteristik gangguan endokrin.

4. Diabetes Kehamilan : Gestasional Diabetes Mellitus (GDM)

Diabetes yang terjadi pada wanita hamil yang sebelumnya tidak mengidap diabetes.

2.1.4 Etiologi

Penyebab Diabetes mellitus berdasarkan klasifikasi menurut WHO tahun 2013 adalah :

1. DM Tipe I (IDDM : DM tergantung insulin)

1) Faktor genetik / herediter

Faktor herediter menyebabkan timbulnya DM melalui kerentanan sel-sel beta terhadap penghancuran oleh virus atau mempermudah perkembangan antibodi autoimun sel-sel beta, jadi mengarah pada penghancuran sel-sel beta.

2) Faktor infeksi virus

Berupa infeksi virus Coxakie dan Gondogen yang merupakan pemicu yang menentukan proses autoimun pada individu yang peka secara genetik.

2. DM Tipe II (DM tidak tergantung insulin = NIDDM)

Terjadi paling sering pada orang dewasa, dimana terjadi obesitas pada individu obesitas dapat menurunkan jumlah reseptor insulin diseluruh tubuh. Jadi membuat insulin yang tersedia kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik yang biasa.

3. DM Malnutrisi

Fibro calculous pancreatic DM (FCPD)

Terjadi karena mengkonsumsi makanan rendah kalori dan rendah protein sehingga klasifikasi pankreas melalui proses mekanik (fibrosis) atau toksik (Cyanide) yang menyebabkan sel-sel beta menjadi rusak.

Protein defisiensi pancreatic Diabetes Mellitus (PDPD) karena kekurangan protein yang kronik menyebabkan hipofungsi sel Beta pancreas.

4. DM Tipe lain

Penyakit pankreas seperti : pancreatitis, Ca pancreas dll

a. Penyakit hormonal

Seperti : acromegali yang meningkat GH (growth hormon) yang merangsang sel-sel beta pankreas yang menyebabkan sel-sel ini hiperaktif dan rusak.

Faktor resiko untuk penyakit Diabetes Mellitus terutama pada Diabetes Mellitus tipe II yaitu antara lain

1. Ras dan etnik.
2. Riwayat keluarga dengan diabetes (anak penyandang diabetes).
3. Umur : resiko untuk menderita intoleransi glukosa meningkat seiring dengan meningkatnya usia. Usia > 45 tahun harus dilakukan pemeriksaan DM.
4. Riwayat melahirkan bayi dengan BB lahir bayi > 4000 gram atau riwayat pernah menderita DM gestasional (DMG).

5. Riwayat lahir dengan berat badan rendah, kurang dari 2,5 kg. Bayi yang lahir dengan BB rendah mempunyai risiko yang lebih tinggi dibandingkan dengan bayi lahir dengan BB normal.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada penderita DM, yaitu :

1. Gejala awal penderita DM adalah
 - a) Poliuria (peningkatan volume urine)
 - b) Polidipsia (peningkatan rasa haus) akibat volume urine yang sangat besar dan keluarnya air yang menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti dehidrasi ekstrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH (*antidiuretic hormone*) dan menimbulkan rasa haus.
 - c) Polifagia (peningkatan rasa lapar). Sejumlah kalori hilang kedalam air kemih, penderita mengalami penurunan berat badan. Untuk mengkompensasi hal ini penderita seringkali merasa lapar yang luar biasa.
 - d) Rasa lelah dan kelemahan otot akibat gangguan aliran darah pada pasien diabetes lama, katabolisme protein diotot dan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi.

2.1.6 Patofisiologi

Pankreas adalah sebuah kelenjar yang memiliki kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau yang disebut dengan Pulau-Pulau Langerhans. Di dalam pulau-pulau tersebut berisi *sel alfa* (sel yang memproduksi glukagon yang kerja zat tersebut berlawanan dengan insulin), *sel beta* (sel yang memproduksi insulin yang bertugas memasukkan glukosa ke dalam sel), dan *sel delta* (sel yang memproduksi somastostatin). Pada Diabetes Melitus *type I* ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pankreas yang diakibatkan oleh faktor genetik, imunologi, dan mungkin pula lingkungan (infeksi virus).

Insulin yang dikeluarkan oleh sel beta diibaratkan sebagai anak kunci yang dapat membuka pintu masuk agar glukosa dapat masuk ke dalam sel dan dimetabolisme menjadi tenaga. Bila insulin tidak ada, maka glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel dan tetap berada di pembuluh darah. Pada Diabetes Melitus *type II*, mekanisme yang tepat yang menyebabkan gangguan sekresi insulin, tetapi terdapat faktor-faktor risiko yang mempengaruhi hal tersebut yaitu faktor usia (> 60 th), obesitas, riwayat keluarga dan kelompok etnik tertentu. Proses terjadinya Diabetes Melitus *type II* yaitu bila jumlah insulin normal tetapi reseptor insulin yang diibaratkan sebagai lubang kunci pada permukaan sel berkurang, maka glukosa yang masuk ke dalam sel sedikit sehingga glukosa tetap berada di pembuluh darah.

Pasien-pasien dengan defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa yang normal atau toleransi glukosa setelah makan karbohidrat akan menimbulkan *hiperglikemia* (peningkatan glukosa dalam darah). Jika

hiperglikemia-nya berat dan ginjal tidak mampu menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, maka akan timbul glikosuria. Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan ke dalam *urine*, maka ekskresi ini akan disertai oleh pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan yang dinamakan Diuresis Osmotik.

Dari hal tersebut akan meningkatkan pengeluaran *urine* (*poliuria*), dan sebagai kompensasi tubuh akan timbul rasa haus (*polidipsia*). Karena glukosa hilang bersama *urine*, maka sel dalam tubuh kekurangan zat nutrisi sehingga berat badan berkurang dan menimbulkan rasa lapar (*polifagia*). Akibat kehilangan zat nutrisi yang akan diubah menjadi energi akan mengakibatkan rasa lelah, lemah dan mengantuk. Dari kekurangan zat nutrisi dalam sel dan *hiperglikemia* juga dapat mengakibatkan proses penyembuhan luka berjalan lambat sehingga dapat terjadi gangren dan penglihatan kabur.

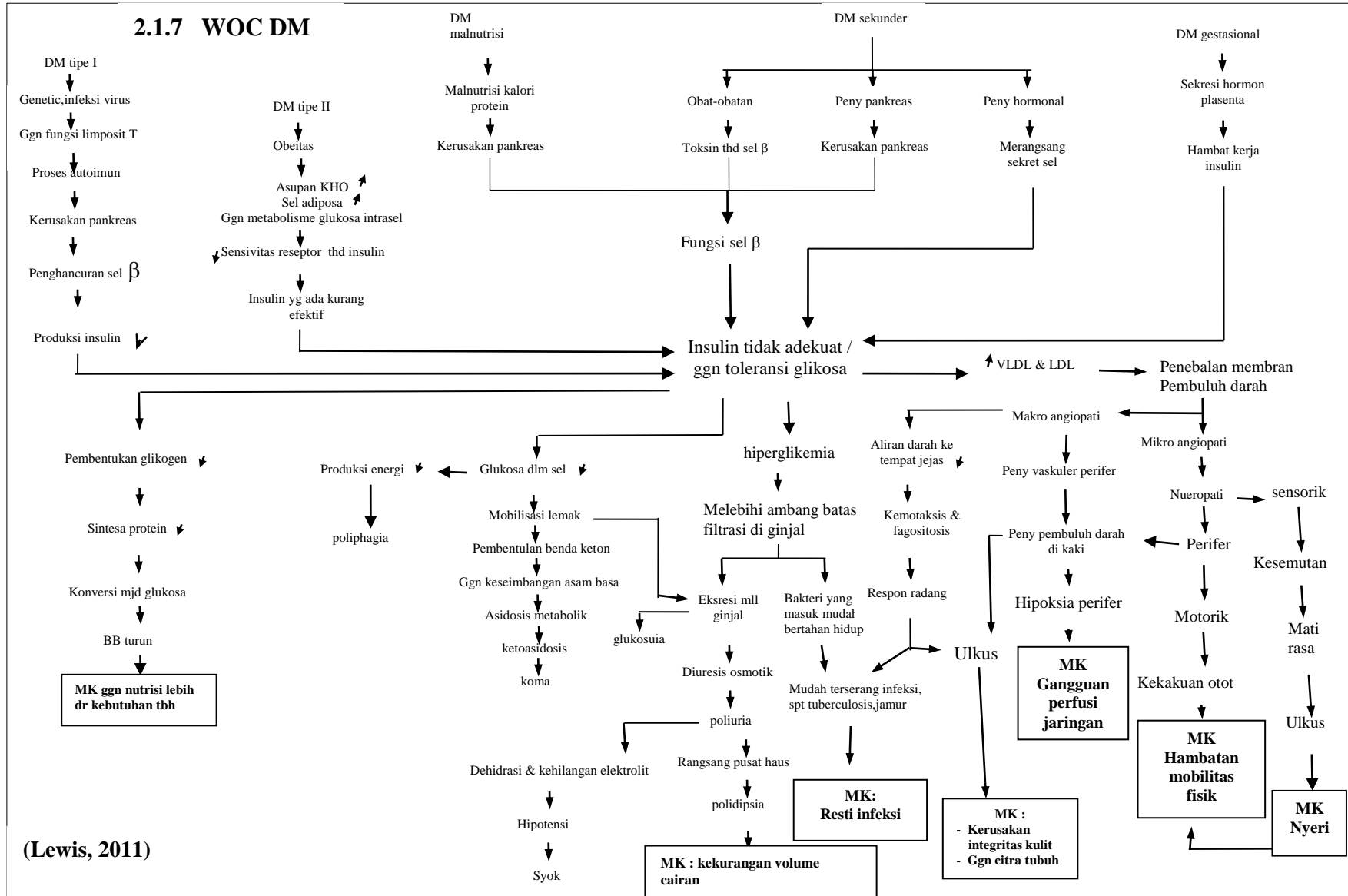
Selain itu, di dalam tubuh terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi sampingannya yaitu badan keton. Badan keton ini merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam-basa dalam tubuh jika jumlahnya berlebihan. Hal inilah dinamakan Ketoasidosis Diabetik yang menimbulkan tanda dan gejala seperti nyeri abdomen, mual mntah, nafas berbau aseton, pernapasan kussmaul, perubahan kesadaran, koma bahkan kematian.

Penyakit Diabetes membuat gangguan/ komplikasi melalui kerusakan pada pembuluh darah di seluruh tubuh, disebut angiopati diabetik. Penyakit ini

berjalan kronis dan terbagi dua yaitu gangguan pada pembuluh darah besar (makrovaskular) disebut makroangiopati, dan pada pembuluh darah halus (mikrovaskular) disebut mikroangiopati. Ulkus Diabetikum terdiri dari kavitas sentral biasanya lebih besar dibanding pintu masuknya, dikelilingi kalus keras dan tebal. Awalnya proses pembentukan ulkus berhubungan dengan hiperglikemia yang berefek terhadap saraf perifer, kolagen, keratin dan suplai vaskuler.

Dengan adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras pada daerah kaki yang mengalami beban terbesar. Neuropati sensoris perifer memungkinkan terjadinya trauma berulang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dibawah area kalus. Selanjutnya terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya ruptur sampai permukaan kulit menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka abnormal menghalangi resolusi. Mikroorganisme yang masuk mengadakan kolonisasi didaerah ini. Drainase yang inadkuat menimbulkan closed space infection. Akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya.

2.1.7 WOC DM



2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis DM dapat ditegakan melalui tiga cara

- a. Keluhan klasik dan kadar glukosa plasma sewaktu 200 mg/dL
- b. Keluhan klasik dan kadar glukosa plasma 126 mg/dL (saat 8 jam terakhir tidak ada kalori yang masuk)
- c. Kadar glukosa plasma 200 mg/dL (saat 2 jam setelah pemberian glukosa pada OGTT / Oral Glucose Tolerance Test).ADA pada tahun 2011 menambahkan HbA1c sebagai pemeriksaan diagnostik untuk DM dimana $HbA1c \geq 6,5\%$ (ADA, 2014).

Pemeriksaan diagnostik pada ulkus diabetikum adalah :

- a. Pemeriksaan fisik
 - 1) Inspeksi
 - 2) Denervasi kulit menyebabkan produktivitas keringat menurun,sehingga kulit kaki kering, pecah, rabut kaki / jari (-), kalus , claw toe Ulkus tergantung saat ditemukan (0 – 5)
 - 3) Palpasi
 - a) Kulit kering, pecah-pecah, tidak normal
 - b) Klusi arteri dingin,pulsasi (-)
 - c) Ulkus :kalus tebal dank eras.
- a. Pemeriksaan fisik
 - 1) Penting pada neuropati untuk cegah ulkus
 - 2) Nilon monofilament 10 G
 - 3) Nilai positif : nilon bengkok, tetapi tidak terasa

4) Positif 4 kali pada 10 tempat berbeda : spesifisitas (97%), sensitifitas (83%)

b. Pemeriksaan vaskuler

Tes vaskuler noninvasive : pengukuran oksigen transkutaneus, ankle brachial index (ABI), absolute toe systolic pressure. ABI : tekanan sistolik betis dengan tekanan sistolik lengan.

c. Pemeriksaan Radiologis :

Gas subkutan, benda asing, osteomielitis

d. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah :

1. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah meliputi : GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa >120 mg/dl dan dua jam post prandial > 200 mg/dl.

2. Urine

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

3. Kultur pus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman (Doenges, 2010).

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan DM dilakukan untuk meningkatkan kualitas pasien DM. Target yang dilakukan dalam penatalaksanaan DM meliputi pengendalian gula darah, pengendalian penyakit penyerta, dan pengelolaan komplikasi.

2.1.9.1 Penatalaksanaan Medis

a. Farmakologik

- 1) Obat hipoglikemik oral dari golongan sulfonilurea, glitazone.
- 2) Obat golongan glukosidase (alfa glukosidase inhibitor)
- 3) Obat golongan insulin sensitizing (thiazolidione, biguanid)
- 4) Insulin, jenisnya :
 - a. Short acting $1/2$ -1 jam, puncak 2-3 jam, duarsi kerja 4-6 jam, biasanya diberi 20-30 menit sebelum makan.
 - b. Intermediate acting 3-4 jam, puncak 4-12 jam, durasi kerja 16-20 jam, sesudah makan.
 - c. Long acting 6-8 jam, puncak 12-16 jam, durasi kerjanya 20-30 jam, untuk mengendalikan kadar gula darah puasa.

2.1.9.2 Penatalaksanaan Keperawatan

- a) Pemantauan glukosa darah sendiri
- b) Perawatan kaki pada klien dengan DM (mencuci kaki setiap hari dan mengeringkannya, menggunting kuku secara merata dan melintang serta jangan terlalu dalam, mengoleskan lotion dan menggunakan alas kaki baik di dalam maupun di luar rumah.
- c) Perawatan dengan mengganti vernam 1x sehari.

2.1.10 Komplikasi

Komplikasi DM dibagi dalam 2 kategori mayor, yaitu komplikasi metabolik akut dan komplikasi vaskuler jangka panjang.

a) Komplikasi Metabolik Akut

1. Hiperglikemia

Menurut Sujono & Sukarmin (2008) hiperglikemi didefinisikan sebagai kadar glukosa darah yang tinggi pada rentang non puasa sekitar 140-160 mg/100 ml darah.

Hiperglikemia mengakibatkan pertumbuhan berbagai mikroorganisme dengan cepat seperti jamur dan bakteri. Karena mikroorganisme tersebut sangat cocok dengan daerah yang kaya glukosa. Setiap kali timbul peradangan maka akan terjadi mekanisme peningkatan darah pada jaringan yang cidera. Kondisi itulah yang membuat mikroorganisme mendapat peningkatan pasokan nutrisi. Kondisi ini akan mengakibatkan penderita DM mudah mengalami infeksi oleh bakteri dan jamur.

Secara rinci proses terjadinya hiperglikemia karena defisit insulin tergambar pada perubahan metabolik sebagai berikut :

- a) Transport glukosa yang melintasi membran sel berkurang.
- b) Glukogenesis (pembentukan glikogen dari glukosa).

Berkurang dan tetap terdapat kelebihan glukosa dalam darah.

- c) Glikolisis (pemecahan glukosa) meningkat, sehingga cadangan glikogen berkurang dan glukosa hati dicurahkan ke darah secara terus menerus melebihi kebutuhan.

- d) Glukoneogenesis pembentukan glukosa dari unsur karbohidrat meningkat dan lebih banyak lagi glukosa hati yang tercurah kedalam darah hasil pemecahan asam amino dan lemak.

Yang tergolong komplikasi metabolisme akut hiperglikemia yaitu :

1. Ketoasidosis Diabetik (DKA)

Apabila kadar insulin sangat menurun, pasien mengalami hiperglikemi dan glukosuria berat, penurunan lipogenesis, peningkatan lipolisis dan peningkatan oksidasi asam lemak bebas disertai pembentukan benda keton. Peningkatan keton dalam plasma mengakibatkan ketosis. Peningkatan produksi keton dalam plasma mengakibatkan ketosis. Peningkatan produksi keton meningkatkan beban ion hidrogen dan asidosis metabolik. Glukosuria dan ketonuria yang jelas juga dapat mengakibatkan diuresis osmotik dengan hasil akhir dehidrasi dan kekurangan elektrolit. Pasien dapat menjadi hipotensi dan mengalami syok. Akibat penurunan oksigen otak, pasien akan mengalami koma dan kematian.

2. Hiperglikemia, hiperosmolar, koma nonketotik (HHNK)

Sering terjadi pada penderita yang lebih tua. Bukan karena defisiensi insulin absolut, namun relatif, hiperglikemia muncul tanpa ketosis. Hiperglikemia berat dengan kadar glukosa serum > 600 mg/dl. Hiperglikemia menyebabkan hiperosmolaris, diuresis osmotik dan dehidrasi berat.

3. Hipoglikemia (reaksi insulin, syok insulin) terutama komplikasi terapi insulin.

Penderita DM mungkin suatu saat menerima insulin yang jumlahnya lebih banyak dari pada yang dibutuhkan untuk mempertahankan kadar glukosa normal yang mengakibatkan terjadinya hipoglikemia.

a) Komplikasi Kronik Jangka Panjang

Tabel 2.1 : Komplikasi panjang dari diabetes

Organ/jaringan yang terkena	Yang terjadi	Komplikasi
Pembuluh darah	Plak aterosklerotik terbentuk & menyumbat arteri berukuran besar atau sedang di jantung, otak, tungkai & penis. Dinding pembuluh darah kecil mengalami kerusakan sehingga pembuluh tidak dapat mentransfer oksigen secara normal & mengalami kebocoran.	Sirkulasi yang jelek menyebabkan penyumbatan luka yang jelek dan bisa menyebabkan penyakit jantung, stroke, gangren kaki & tangan, impoten & infeksi.
Mata	Terjadi kerusakan pada pembuluh darah kecil retina.	Gangguan penglihatan & pada akhirnya bisa terjadi kebutaan
Ginjal	Penebalan pembuluh darah ginjal	Fungsi ginjal yang buruk

	Protein bocor ke dalam air	Gagal ginjal.
	Kemih	
	Darah tidak disaring secara normal	
Saraf	Kerusakan saraf karena glukosa tidak dimetabolisir secara normal & karena aliran darah berkurang	Kelemahan tungkai yang terjadi secara tiba-tiba atau secara perlahan Berkurangnya rasa, kesemutan & nyeri di tangan & kaki Kerusakan saraf menahun
Kulit	Berkurangnya aliran darah kekulit & hilangnya rasa yang menyebabkan cedera berulang	Luka, infeksi dalam (<i>ulkus diabetikum</i>) Penyembuhan luka yang jelek
Darah	Gangguan fungsi sel darah putih	Mudah terkena infeksi, terutama infeksi saluran kemih & kulit.

2.2 Ulkus Diabetikum

2.2.1 Pengertian

Ulkus adalah luka yang terbuka pada permukaan kulit atau selaput lender dan ulkus adalah kematian jaringan yang luas dan disertai infeksi kuman suprofit. Adanya kuman suprofit tersebut menyebabkan ulkus berbau, ulkus

diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit DM dengan neuropati perifer, (Andyagreeni, 2010).

Ulkus diabetikum adalah luka yang disebabkan akibat kurang kuatnya elastisitas kulit yang disebabkan oleh gangren pada kulit dari reaksi kadar gula sehingga menimbulkan rusaknya jaringan kulit dan terjadinya ulkus pada penderita Diabetes Mellitus (suyono S, 2006).

2.2.2 Etiologi

Faktor-faktor yang berpengaruh atas terjadinya Ulkus Diabetikum menjadi faktor endogen dan ekstrogen

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

Faktor utama yang berperan pada timbulnya Ulkus Diabetikum adalah angipati, neuropati dan infeksi. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya

atrofi pada otot kaki sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan ulserasi pada kaki klien. Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit pada tungkainya sesudah berjalan pada jarak tertentu. Adanya angiopati akan menyebabkan terjadinya penurunan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotik sehingga menyebabkan terjadinya luka yang sukar sembuh (Levin, 1993) infeksi sering merupakan komplikasi yang menyertai ulkus diabetikum akibat berkurangnya aliran darah atau neuropati, sehingga faktor angiopati dan infeksi berpengaruh terhadap penyembuhan ulkus diabetikum (Askandar, 2001).

2.2.3 Patofisiologi

Penyakit diabetes membuat gangguan melalui gangguan pada pembuluh darah diseluruh tubuh, disebut anggio diabetiku. Penyakit ini berjalan kronis dan terbagi dua yaitu gangguan pada pembuluh darah besar (makrovaskuler) disebut makroangiopati dan pada pembuluh darah halus (mikrovaskuler) disebut mikroangiopati. Ulkus Diabetikum terdiri dari kavitas sentral biasanya lebih besar dibanding pintu masuknya, dikelilingi kaki keras dan tebal. Awalnya proses pembentukan ulkus berhubungan dengan hiperglikemi yang berefek terhadap saraf perifer, kolagen, keratin dan suplai vaskuler. Dengan tekanan mekanik terbentuk keratin keras pada daera kaki yang mengalami beban terberat neuropati sensoris perifer memungkinkan terjadinya trauma berulang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dibawah area kalus.

Selanjutnya terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya ruptur sampai permukaan kulit menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka abnormal menghalangi resolusi. Mikroorganisme masuk mengadakan kolonisasi di daerah ini. Drainase yang inadkuat menimbulkan space infeksi. Akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun abnormal, bakterial dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya.

2.2.4 Manifestasi Klinis

Ulkus Diabetikum akibat mikro angiopati disebut juga ulkus panas walaupun nekrosis, daerah akral itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan dan biasanya teraba pulsasi arteri pada bagian distal. Proses mikro angiopati menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli memberi gejala klinis 5 P yaitu :

- a. Pain (nyeri)
- b. Palaness (kepuatan)
- c. Paresthesia (kesemutan)
- d. Pulselessness (denyut nadi hilang)
- e. Paralysis (lumpuh)

Bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis menurut pola dari Fontaine :

- a. Stadium I : asimtomatis atau gejala tidak khas (kesemutan)
- b. Stadium II : terjadi klaudikasio intermiten
- c. Stadium III : timbulnya nyeri saat istirahat

- d. Stadium IV : terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus)
(International Working Group on the Diabetic Foot,2011)

2.2.5 Pengelolaan Ulkus Diabetikum

1. Kontrol Nutrisi dan Metabolik

Faktor nutrisi merupakan salah satu faktor yang berperan dalam penyembuhan luka adanya anemia dan hipoalbuminemia akan berpengaruh dalam proses penyembuhan. Perlu memonitor Hb diatas 12 gr/dl dan pertahanan albumin diatas 3,5 gr/dl. Diet pada penderita Diabetes Mellitus dengan selulitis atau gangren diperlukan protein tinggi yaitu dengan komposisi protein 20%, lemak 20% dan karbohidrat 60%. Infeksi atau inflamasi dapat mengakibatkan fluktuasi kadar gula darah yang besar. Pembedahan dan pemberian antibiotik pada abses atau infeksi dapat membantu kemampuan melawan infeksi turun sehingga kontrol gula darah yang baik harus diupayakan sebagai perawatan pasien secara total.

2. Stres Mekanik

Perlu meminimalkan beban berat (weight bearing) pada ulkus. Modifikasi weight bearing meliputi bed rest, memakai crutch, kursi roda, sepatu yang tertutup dan sepatu khusus. Semua pasien yang istirahat ditempat tidur, tumit dan mata kaki harus dilindungi serta kedua tungkai harus diinspeksi setiap hari. Hal ini diperlukan karena kaki pasien sudah tidak peka lagi terhadap rasa nyeri, sehingga akan terjadi trauma berulang ditempat yang sama menyebabkan bakteri masuk pada tempat luka.

3. Obat-obatan

Pencegahan infeksi sistemik karena luka lama yang sukar sembuh dan penanganan pengobatan Diabetes Mellitus merupakan faktor utama keberhasilan pengobatan serta keseluruhan. Pemberian obat untuk sirkulasi daerah perifer dengan pendekatan multi disiplin (reologi-vasoaktif-neurotropik-antiagregasi-antioksidan-antibiotika) / “3 ANTI REVANE” merupakan pokok pengobatan dan menjadi berhasil bila juga harus dilakukan terapi bedah dengan amputasi (3 ANTI REVANE-PUT).

4. Tindakan Bedah

Berdasarkan berat ringannya penyakit menurut warger maka tindakan pengobatan atau pembedahan dapat ditentukan sebagai berikut :

- a. Derajat 0 : perawatan lokal secara khusus tidak ada
- b. Derajat I-IV : pengelolaan medik dan bedah minor

2.2.6 Derajat Ulkus Diabetikum

1. Derajat I (Pertama)

Terjadinya Ulkus Diabetikum dilantai dengan adanya tanda dan gejala pada tubuh dan kulit seperti : lesi sudah tampak tapi terlihat hanya lesi dalam dan tidak ada lesi terbuka adanya ulkus superfisial pada kulit.

2. Derajat II (Kedua)

Terjadinya ulkus Diabetikum ditandai dengan adanya tanda dan gejala pada tubuh dan kulit seperti : lesi sudah tampak tapi terlihat hanya lesi dalam dan tidak ada lesi terbuka adanya ulkus superfisial pada kulit, luka sudah tampak pada kulit terlihat ulkus sudah dan tampak tembusan

sejauh sampai ke tendon. Terlihat adanya pus pada sekitar pinggiran luka.

3. Derajat III (Ketiga)

Terjadinya Ulkus Diabetikum ditandai dengan adanya tanda dan gejala pada tubuh dan kulit seperti : lesi sudah tampak tapi terlihat lesi lebih dalam dari derajat 2 sedikit ada lesi terbuka, adanya ulkus superfisial pada kulit, luka sudah tampak pada kulit terlihat ulkus sudah dalam dan tampak tembus sehingga sampai ke tendon. Pada derajat 3 ini pus sudah lebih tampak pada pinggiran luka, dan terlihat sudah seperti ganggren mengenai sebagian tungkai.

4. Kemajuan Derajat Ulkus

Kemajuan derajat ulkus dapat dilihat dari pertumbuhan jaringan yang ada disekitar ulkus, dimana pertumbuhan jaringan yang terlihat dapat diamati mulai dari lapisan kulit utama (dermis) sampai pada lapisan otot dimana ulkus terlihat.

2.3 Asuhan Keperawatan Teoritis

Menurut American Nurses Association. (2011), proses keperawatan adalah suatu metode sistematis untuk mengkaji respon manusia terhadap masalah-masalah dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah – masalah tersebut. Masalah-masalah kesehatan dapat berhubungan dengan klien keluarga juga orang terdekat atau masyarakat. Proses keperawatan mendokumentasikan kontribusi perawat dalam mengurangi / mengatasi masalah-masalah kesehatan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan, yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.3.1 Pengkajian

a. Identitas penderita

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Menggambarkan alasan seseorang masuk rumah sakit. Pada umumnya keluhan utamanya yakni adanya rasa kesemutan pada kaki / tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh – sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka.

Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

- a) Provoking Incident: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b) Quality of Pain: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) Region : radiation, relief: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d) Severity (Scale) of Pain: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e) Time: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

c. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien masuk ke RS dengan keluhan utama gatal-gatal pada kulit yang disertai bisul/lalu tidak sembuh-sembuh,kesemutan/rasa berat, mata kabur, kelemahan tubuh. Disamping itu klien juga mengeluh poli urea, polidipsi, anorexia, mual dan muntah, BB menurun, diare kadang-kadang disertai nyeri perut, kramotot, gangguan tidur/istirahat, haus-haus, pusing-pusing/sakit kepala, kesulitan orgasme pada wanita dan masalah impoten pada pria.

b) Riwayat Kesehatan Dahulu

- 1) Riwayat hipertensi/infark miocard akut dan diabetes gestasional
- 2) Riwayat ISK berulang
- 3) Penggunaan obat-obat seperti steroid, dimetik (tiazid), dilantin dan penoborbital.
- 4) Riwayat mengkonsumsi glukosa/karbohidrat berlebihan

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya riwayat anggota keluarga yang menderita DM.

d. Pemeriksaan Fisik

a). Aktifitas/istirahat

Gejala :Lemah, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan istirahat dan tidur.

Tanda :Takikardi, takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktifitas

b). Sirkulasi

Gejala :Adanya riwayat hipertensi, kebas, dan kesemutan pada ekstremitas

Tanda :Takikardi, nadi yang menurun, perubahan tekanan darah postural, distritmia, kulit panas, kering, dan kemerahan bola mata cekung

c). Integritas ego

Gejala :Sress, tergantung pada orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi

Tanda :Ansietas, peka rangsang

d). Eliminasi

Gejala :Perubahan pola berkemih (poliuri), nokturi Rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih (infeksi), ISK baru/berulang, nyeri tekan abdomen

Tanda :Urin encer, pucat kuning, poliuri, urin berkabut, bau busuk (infeksi), abdomen keras adanya ansites, bising usus lemah dan menurun.

e). Makan/cairan

Gejala : Hilang nafsu makan, mual muntah, tidak mengikuti diet, peningkatan masukan glukosa/karbohidrat, penuruna berat badan lebih dari periode, beberapa hari/minggu, haus

Tanda : Kulit kering, turgao kulit jelek, kekakuan/distensi abdomen, muntah, pembesaran tyroid, bau holorosis

f). Neurosensoris

Gejala :Pusing, sakit kepala, kesemutan, kebas kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan

Tanda :Disorientasi, mengantuk, letargi, stupor/koma (tahap lanjut), gangguan memori, reflek tendon dalam (RTD) menurun (koma)

g). Nyeri/kenyamanan

Gejala :Abdomen yang tegang/nyeri (sedang dan berat)

Tanda :Wajah meringis dengan palpitasi, tampak sangat berhati-hati

h). Pernapasan

Gejala :Merasa kekurangan oksigen, batuk dengan dan tanpa sputum purulen (tergantung adanya infeksi atau tidak)

Tanda :Batuk, dengan dan tanpa sputum purulen (infeksi), frekuensi pernapasan

i). Keamanan

Gejala : Kulit kering, gatal, ulkus kulit

Tanda :Demam, diaforesis, kulit rusak, lesi/ulserasi, menurunnya kekuatan umum/rentang gerak, parestesia/paralisis otot termasuk otot-otot pernapasan (jika kadar kalium menurun dengan cukup tajam)

j). Seksualitas

Gejala :Rabas vagina (cendrung infeksi), masalah impoten pada pria, kesulitan organme pada wanita

- e. Pemeriksaan diagnostic
- a) Gula darah meningkat > 200 mg/dl
 - b) Aseton plasma (aseton) : positif secara mencolok
 - c) Osmolaritas serum : meningkat tapi < 330 m osm/lt
 - d) Gas darah arteri pH rendah dan penurunan HCO_3 (asidosis metabolik)
 - e) Alkalosis respiratorik
 - f) Trombosit darah : mungkin meningkat
 - g) (dehidrasi), leukositosis, hemokonsentrasi, menunjukkan respon terhadap stress/infeksi.
 - h) Ureum/kreatinin mungkin meningkat/normal
lohidrasi/penurunan fungsi ginjal.
 - i) Insulin darah : mungkin menurun sampai tidak ada (pada tipe I), normal sampai meningkat pada tipe II yang mengindikasikan insufisiensi insulin.
 - j) Urine : gula dan aseton positif, BJ dan osmolaritas mungkin meningkat.
 - k) Kultur dan sensitivitas : kemungkinan adanya infeksi pada saluran kemih, infeksi pada luka.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

- a. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan Diabetes Mellitus.
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Nekrosis kerusakan jaringan
- c. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan iskemik jaringan.
- d. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan rasa nyeri pada luka.
- e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake makanan yang kurang.
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan tingginya kadar gula darah.
- g. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan diuresis osmotik, kehilangan gastrik berlebihan, masukan yang terbatas.
- h. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penyakit

(Nanda NIC NOC, 2017)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Gangguan Perfusi Jaringan	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none">- Circulation status <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Denyut nadi perifer teraba kuat dan reguler2. Warna kulit sekitar luka tidak pucat/sianosis3. Kulit sekitar luka teraba hangat.4. Oedema tidak terjadi dan luka tidak bertambah parah.5. Sensorik dan motorik membaik	<p>NIC :</p> <p>Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul2. Monitor adanya paretese3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lisi atau laserasi4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung6. Kolaborasi pemberian analgetik7. Monitor adanya tromboplebitis8. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

2. Kerusakan Integritas Kulit	NOC	NIC
	<ul style="list-style-type: none"> - Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes 	<p>Pressure Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Hindari kerutan pada tempat tidur 3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali 5. Monitor kulit akan adanya kemerahan 6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan 7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien 8. Monitor status nutrisi pasien 9. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat
	Kriteria Hasil :	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) 2. Tidak ada luka/lesi pada kulit 3. Perfusi jaringan baik 4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang 5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami 	

3. Nyeri

NOC :

- Pain Level,
- Pain control,
- Comfort level

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
5. Tanda vital dalam rentang normal.

NIC

Pain Management

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
 2. Ajarkan teknik relaksasi non farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien.
 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
 4. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
-

4. Hambatan Mobilitas Fisik

NOC :

- Joint Movement : Active
- Mobility Level
- Self care : ADLs
- Transfer performance

Kriteria Hasil :

1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik
2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah
4. Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker)

NIC :

Exercise therapy : ambulation

1. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
2. Manajemen nyeri pada klien
3. Melakukan pengaturan posisi klien
4. Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

<p>5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nutritional Status : food and Fluid Intake - Weight control <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Beratbadan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampumengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak ada tanda tanda malnutrisi 5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapn dari menelan 6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>NIC :</p> <p>Nutrition Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C 5. Berikan substansi gula 6. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi) 8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori 10. Berikan informasi tentang kebutuhan
--	--	---

nutrisi

11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

6. Resiko Infeksi

NOC :

- Keparahan infeksi

Kriteria Hasil :

- 1 Klien bebas dari tanda-tanda infeksi.
- 2 Cairan (luka yang berbau busuk, dipertahankan pada skala 2 dan di tingkatkan diskala 5)
- 3 Nyeri di pertahankan diskala 3 di tingkatkan diskala 5

NIC :

Infection Control (Kontrol infeksi)

1. Kaji adanya tanda-tanda penyebaran infeksi pada luka(Nyeri, Kemerahan, Pembengkan, ada pus, Fungsi laesa).
2. Anjurkan kepada pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan diri selama perawatan.
3. Lakukan perawatan luka secara Aseptik (membilas dengan NaCl 0,9%).
4. Anjurkan pada pasien agar menaati diet, latihan fisik, pengobatan yang ditetapkan.
5. Kolaborasi dengan dokter untuk terapy obat.

7. Kekurangan Volume Cairan	NOC :	NIC
	<ul style="list-style-type: none"> - Fluid balance - Hydration - Nutritional Status : Food and fluid intake 	<p>Fluid Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang popok atau pembalut jika diperlukan 2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 3. Monitor status dehidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan 4. Monitor vital sign 5. Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake klorida 6. Berikan pengganti nesogatrik sesuai output 7. Dorong keluarga untuk mendorong pasien makan
	Kriteria Hasil :	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia BB, BJ urine normal, HT normal 2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus berlebihan. 	

8. Gangguan Citra Tubuh	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Body image - Self esteem <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Body image positif 2. Mampu mengidentifikasi kekuatan personal 3. Perubahan fungsi tubuh 4. Mempertahankan interaksi sosial 	<p>NIC :</p> <p>Body image enhancement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji secara verbal dan non verbal respon terhadap tubuhnya 2. Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemauan dan prognosis penyakit 3. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya 4. Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu
--------------------------------	--	---

2.3.4 Implementasi

Setelah rencana tindakan disusun maka untuk selanjutnya adalah pengolahan data dan kemudian pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan implementasi maka perawat dapat melakukan observasi atau dapat mendiskusikan dengan klien atau keluarga tentang tindakan yang akan kita lakukan.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP (data subjektif, data objektif, analisa dan planning). Dalam evaluasi ini dapat ditentukan sejauh mana keberhasilan rencana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi.

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama	: Ny. L	No.MR	: 473321
Umur	: 33 th	Ruang Rawat	: Interne Wanita
Jenis Kelamin	: Perempuan	Tgl Masuk	: 28-05-2017
Status	: Kawin	Tgl Pengkajian	: 19-06-2017
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: Pedagang		
Pendidikan	: SMA		
Alamat	: Kampung Baru, Pakan Senayan		

Penanggung Jawab

Nama	: Tn. N
Umur	: 38 th
Hub Keluarga	: Suami
Pekerjaan	: Petani

I. Alasan Masuk

Klien masuk melalui IGD RSUD Dr.Ahmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 28 Mei 2017 diantar oleh keluarga dengan keluhan klien demam 1 minggu sebelum masuk rumah sakit, ada luka pada jempol kaki sebelah kiri luka tidak sembuh-sembuh sejak 10 hari sebelum masuk rumah sakit, ibu jari kaki kiri membusuk dan bernanah. Nafsu makan (+), mual (-), muntah (-), BAB (+) dan BAK (+).

II. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 Juni 2017 jam 09.00 WIB klien mengatakan sekitar \pm 1 bulan lukannya tidak sembuh. Klien mengatakan lukanya berbau, klien mengatakan nyeri pada lukanya, rasa nyeri yang dirasakan klien seperti ditusuk-tusuk dan klien juga mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas. Klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit aktivitas dibantu oleh keluarganya. Luka terdapat dibagian ekstermitas bawah bagian sinistra tepat didaerah jempol kaki menyebar ke punggung kaki. Luka ditutupi verban dengan kondisi verban tampak basah, kotor. Kondisi luka klien tampak memerah, bengkak, berbau, ada pus dan nekrotik. Panjang luka klien di jempol \pm 5cm L : \pm 6 cm dan punggung kaki dengan diameter \pm 6 cm. Pada saat dilakukan penekanan pada daerah luka, wajah klien meringis skala nyeri 4 (nyeri sedang), aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarganya. klien terpasang infus RL 20tts/i.

Tanda – tanda vital : TD = 110/60 mmHg, P = 20x/i, N = 80 x/i,
S= 36°C.

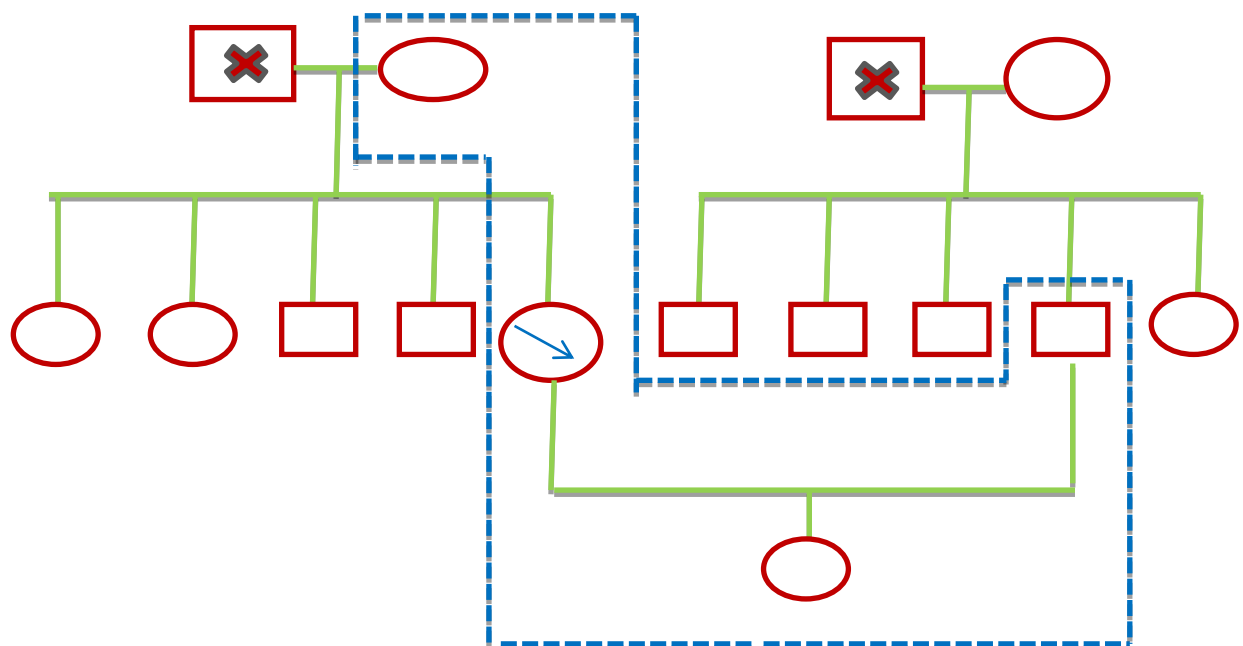
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan belum pernah menderita penyakit Diabetes mellitus sebelumnya.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan ada keluarganya yang menderita penyakit yang sama Diabetes Melitus yaitu adik dari ayahnya.

Genogram :



Keterangan :

□ : laki-laki

✕ : meninggal

○ : perempuan

→ : klien

--- : tinggal serumah

III. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran: Compos mentis

GCS : 15 (E4 V5 M6)

Tanda Vital

TD : 110/60 mmHg

Pernapasan : 20x/i

Nadi : 80x/i

Suhu : 36⁰ C

Head to Toe

1. Kepala

- Rambut

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

- Mata

Mata simetris kiri dan kanan, sclera tidak icterik, konjungtiva tidak anemis, pupil bereaksi terhadap cahaya, diameter pupil isokor 2 mm, mata berfungsi dengan baik.

- Telinga

Telinga kiri dan kanan tampak simetris, telinga tampak bersih, tidak terdapat serumen pada telinga, telinga berfungsi dengan baik.

- Hidung

Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip, tidak ada seckret, tidak ada peradangan pada hidung, tidak ada cuping hidung.

- **Mulut dan Gigi**

Bibir tampak simetris atas dan bawah, mukosa bibir lembab, tidak terdapat stomatis, gigi tampak rapi, tidak ada caries, tidak memakai gigi palsu, tidak ada peradangan pada tonsil.

2. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjer getah bening, tidak tampak pembesaran dan kelenjar tyroid, tidak ada lesi.

3. Thorak

- **Paru-paru**

I : Pergerakan dinding dada normal, dada tampak simetris kiri dan kanan, tidak menggunakan otot bantu pernapasan.

P : Tidak ada nyeri tekan, fremitus traktil dalam intensitas getaran yang sama antara paru kanan dan paru kiri

P : Sonor

A : Suara nafas vesikuler

- **Jantung**

I : Simetris kiri dan kanan, Ictus cordis terlihat

P : Ictus cordi teraba ,ictus cordis ada pada spatium (SIC) V disebelah midklavikularis sinistra, irama jantung teratur.

P : Redup

A : BJ1 BJ2 Normal, tidak ada bunyi tambahan (mur-mur).

4. Abdomen

Inspeksi : Warna kulit disekitar abdomen normal, tidak ada terlihat bekas luka operasi, tidak ada lesi, perut tidak membuncit.

Auskultasi : Suara bising usus 10x/menit

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan abdomen, tidak ada pembesaran hepar dan limfa

Perkusi : Tympani

5. Punggung

Simetris, tidak ada pembengkakan pada punggung dan tidak ada bekas luka pada punggung.

6. Ekstremitas

Atas

Tangan kanan klien terpasang infus RL 20 tts/i

Bawah

Terdapat 2 luka di kaki kiri klien, luka di jempol kaki kiri P : ± 5 cm L : ± 6 cm dan luka di punggung kaki dengan diameter ± 6 cm. Luka ditutupi verban dengan kondisi verban tampak basah, kotor. Skala nyeri 4 (nyeri sedang).

Kekuatan Otot

5555		5555
5555		5555

7. Genitalia

Klien tidak terpasang kateter, dan tidak ada kelainan pada genitalia

8. Integumen

Warna kulit sawo matang, turgor kulit baik, kapilary refil 3 detik, tidak terdapat adanya lesi.

IV. DATA BIOLOGIS

No	Aktivitas	Sehat	Sakit
1.	Makanan dan minuman/Nutrisi		
	Makanan		
	Menu	Nasi	MLDD 1700 Kal
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Makanan kesukaan	Nasi	Nasi
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minum		
	Jumlah	4-6 L/hari	6-7 L/hari
	Minuman kesukaan	Air putih	Air putih
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Eliminasi		
	BAB		
	Frekuensi	1x/hari	1x/hari
	Warna	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan
	Bau	Khas	Khas
	Konsistensi	Padat	Lunak

Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
BAK		
Frekuensi	3-5x/hari	4-5x/hari
Warna	Kuning	Kuning
Bau	Pesing	Pesing
Konsistensi	Cair	Cair
Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
Istirahat dan Tidur		
Waktu tidur	Jam 21.00 WIB	Tidak menentu
Lama tidur	6-7 jam /hari	5-6 jam/hari
Hal yang mempermudah tidur	Tidak ada	Tidak ada
Kesulitan tidur	Tidak ada	Tidak ada
Personal Hygiene		
Mandi	2x/hari	1x/2 hari
Cuci rambut	1x/ hari	1x/3 hari
Gosok gigi	2x/ hari	2x/ hari
Potong kuku	1x/ minggu	1x/ minggu

V. Riwayat Alergi

Klien mengatakan klien tidak ada memiliki alergi terhadap obat-obatan maupun makanan.

VI. Data Psikologis

Klien mengatakan selama klien sakit klien sama sekali tidak mengeluh tentang penyakitnya, tetapi klien tidak mau kalau kakinya

diamputasi. Keluarga klien yakin ALLAH SWT akan menyembuhkan penyakitnya.

VII. Data Sosial Ekonomi

Klien mengatakan klien tinggal bersama anaknya, keluarga berpenghasilan menengah dan biaya pengobatan klien selama di rumah sakit menggunakan BPJS.

VIII. Data Spiritual

Selama sakit klien tidak pernah shalat dikarenakan fisik lemah tetapi klien yakin penyakit yang dideritanya akan sembuh.

IX. Data Penunjang

Hasil Laboratorium

16/06-2017

Nilai Normal

Kalium	: 3,0 g {Meq/dl}	3,5 - 5,5 g {Meq/dl}
Hgb	: 10,7 {g/dl}	pria : 13,0 - 16,0 wanita : 12,0 - 14,0
Rbc	: 3,97 {10 ⁶ /uL}	pria : 4,5 - 5,5 wanita : 4,0 - 5,0
Hct	: 32,7 {%}	pria : 40,0 - 48,0 wanita : 37,0 - 43,0
Wbc	: 9,73 {10 ³ /uL}	5,0 – 10,0 {10 ³ /uL}
EO%	: 1,0 %	1 – 3 %
MUT%	: 73,6%	50 – 70 %
LYMPH%	: 17,5%	20 – 40 %

Tanggal	Pemeriksaan	Jumlah	Satuan	Normal
17 Juni 2017	Gula Darah Sewaktu	241	Mg/dl	70-100
18 Juni 2017	Gula Darah Sewaktu	163	Mg/dl	70-100
19 Juni 2017	Gula Darah sewaktu	156	Mg/dl	70-100

20 Juni 2017	Gula Darah Sewaktu	134	Mg/dl	70-100
21 Juni 2017	Gula Darah Sewaktu	90	Mg/dl	70-100

X. Data Pengobatan

Oral

- Ranitidin 2x150 mg tab
- Domperidon 3x10 mg kapsul
- Kaltropen supposs bila perlu

Injeksi

- Novorapid 3x12 unit

Infus

- RL 20 tts/menit

XI. Data Fokus

a. Data Subjektif

- Klien mengatakan \pm 1 bulan lukannya tidak sembuh
- Klien mengatakan lukanya berbau
- Klien mengatakan nyeri pada luka dan rasa yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk.
- Klien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas
- Klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit aktivitasnya dibantu oleh keluarganya.

b. Data Objektif

- Luka tampak basah dan terdapat pus
- Luka tercium bau
- Luka tampak merah dan bengkak

- Klien terpasang infus RL 20x/i
- Pada ulkus tampak terdapat jaringan nekrotik pada tepi dan permukaan ulkus
- Verban tampak basah dan kotor
- Terdapat 2 luka di kaki kiri klien, luka di jempol kaki kiri p : ± 5 cm L : ± 6 cm dan luka di punggung kaki dengan diameter 6 cm. Nyeri dirasakan saat luka dibersihkan dan beraktivitas.
- Wajah klien tampak meringis saat luka di kakinya di bersihkan
- Pada saat dilakukan penekanan wajah klien meringis
- Skala nyeri 4 (nyeri sedang)
- Klien tampak sulit melakukan aktivitas
- Aktivitas klien dibantu oleh keluarganya
- TTV
 - TD : 110/60 mmHg
 - Pernapasan : 20x/i
 - Nadi : 80x/i
 - Suhu : 36^0 C
- Obat
 - Ranitidin 2x150 mg tab
 - Domperidon 3x10 mg kapsul
 - Kaltropen supposs bila perlu
 - Levemir 1x8 unit
 - RL 20 tts/i

ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif :	Kerusakan	Tekanan
	1. Klien mengatakan ± 1 bulan lukannya tidak sembuh.	integritas jaringan	perubahan status metabolik, kerusakan sirkulasi
	1. Klien mengatakan lukanya berbau		dan perubahan sensasi.
	Data Objektif :		
	1. Pada ulkus tampak terdapat jaringan nekrotik pada tepi dan permukaan ulkus		
	2. Terdapat 2 luka di kaki kiri klien, luka di jempol kaki kiri p : ±5cm L : ± 6 cm dan luka di punggung kaki dengan diameter 6 cm.		
	3. Nyeri dirasakan saat luka dibersihkan dan beraktivitas.		
	4. Verban tampak basah dan kotor		
	5. Klien terpasang infus RL 20 tts/i		

-
6. Luka tampak basah dan ada terdapat pus
 7. Luka tampak memerah, bengkak
 8. Pada ulkus tampak terdapat jaringan nekrotik pada tepi dan permukaan ulkus
 9. Luka tercium bau
 10. GDR : 156 mg/dl (19 Juni 2017)

2. Data Subjektif :

1. Klien mengatakan nyeri pada luka
2. Klien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk – tusuk
3. Klien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas

Nyeri

Agen Injury :

Ulkus DM dikaki

Data Objektif :

1. Wajah Klien tampak meringis saat luka di kakinya di bersihkan
-

-
2. Klien meringis saat ulkus di tekan
 3. Skala nyeri 4 (nyeri sedang)
3. Data Subjektif :
- | | Hambatan | Rasa nyeri pada |
|--|-----------------|-----------------|
| 1. Klien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas | Mobilitas Fisik | luka |
| 2. Klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit aktivitas dibantu oleh keluarganya | | |
- Data Objektif :
1. Klien tampak sulit melakukan aktivitas
 2. Aktivitas klien dibantu oleh keluarganya.
-

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Kerusakan Integritas Jaringan b/d Tekanan perubahan ptatus metabolik, kerusakan sirkulasi dan perubahan sensasi.
2. Nyeri b/d Agen Injury : Ulkus DM di kaki
3. Hambatan Mobilitas Fisik b/d Rasa Nyeri Pada Luka.

3.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	<p>Kerusakan integritas jaringan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan ± 1 bulan lukannya belum sembuh. Klien mengatakan lukanya berbau. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pada ulkus tampak terdapat jaringan nekrotik pada tepi dan permukaan ulkus. Terdapat 2 luka di kaki kiri klien, luka di jempol kaki kiri p : ±5cm L : ± 6 cm dan luka di punggung kaki 	<p>NOC :</p> <p>- Tissue integrity : skin and mucous</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi) Tidak ada luka/lesi pada kulit Perfusi jaringan baik Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami 	<p>NIC :</p> <p>Pressure ulcer prevention wound care</p> <ol style="list-style-type: none"> Kaji karakteristik luka serta adanya eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau. (lokasi, luas dan kedalaman luka) Lakukan perawatan luka/kulit secara rutin. Bersihkan dan balut luka menggunakan prinsip sterilitas atau tindakan aseptik. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat.

dengan diameter ± 6 cm.
cm. Nyeri dirasakan
saat luka dibersihkan
dan beraktivitas.

3. Verban tampak basah dan kotor
4. Luka Tampak Basah dan terdapat Pus.
5. Luka tampak merah dan bengkak.
6. Pada ulkus tampak terdapat jaringan nekrotik pada tepi dan permukaan ulkus
7. Luka tercium bau
8. GDR = 156 mg/dL.(19 juni 2017)

2. Nyeri	NOC :	NIC
<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri pada luka 2. Klien mengatakan nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk 3. Klien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Pain Level, 6. Pain control, 7. Comfort level 	<p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Ajarkan teknik relaksasi non farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien. 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
<p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah klien tampak meringis saat ulkus ditekan 2. Skala nyeri 4 (nyeri sedang) 	<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri). 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 5. Tanda vital dalam rentang normal. 	

3. Hambatan Mobilitas Fisik	NOC :	NIC :
Ds :	<ul style="list-style-type: none"> - Joint Movement : Active - Mobility Level - Self care : ADLs - Transfer performance 	Exercise therapy : ambulation
<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas 2. Klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit aktivitas dibantu oleh keluarganya. 	Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah 4. Memperagakan penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 2. Manajemen nyeri pada klien 3. Melakukan pengaturan posisi klien 4. Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
Do :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak sulit melakukan aktivitas 2. Aktivitas dibantu oleh keluarganya. 		

3.4 Implementasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Senin / 19/06/2017	1	08.00 08.30 11.30	1. Mengobservasi luka klien 2. Melakukan perawatan luka 3. Membersihkan dan membalut luka klien 4. Melanjutkan terapi dokter untuk pemberian Domperidon 3x1 kapsul dan jell cutimed	S : - Klien mengatakan setelah lukanya dibersihkan klien merasa nyaman O : - Pada ulkus klien masih ada pus banak pus \pm 15 cc, banyak terdapat jaringan nekrotik pada tepi dan permukaan ulkus. Panjang ulkus klien \pm 5 cm, lebar \pm 6 cm. - Wajah klien tampak meringis saat ulkus dibersihkan. - Jell sudah dioleskan - Ulkus klien sudah dibalut dengan verban, keadaan verban bersih. - Domperidon sudah diminum - Insulin sudah diinjeksikan A : Masalah belum teratasi	

P : Intervensi 1, 2, 3, 4 dilanjutkan

2	10.00	1. Mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan klien	S : - Klien mengatakan nyeri timbul saat beraktivitas dan hilang setelah istirahat
	10.05	2. Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien	- Klien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk – tusuk
	10.10	3. Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri	- Klien mengatakan klien tampak rileks setelah diajarkan teknik nafas dalam
	12.00	4. Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat Ranitidin	O : - Klien dapat mengulangi apa saja penyebab timbulnya nyeri - Klien tampak bisa melakukan teknik nafas dalam - Wajah klien tampak meringis - Skala Nyeri 4 - Ranitidin sudah diminum - TTV = - Tekanan Darah = 110/60 mmHg

-
- Pernafasan = 20x/i
 - Nadi = 80 x/i
 - Suhu = 36° C

A = Masalah teratasi sebagian

P = Intervensi 1, 2, 3, 4 di lanjutkan

3	09.30	1. Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi	S : <ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan masih susah untuk beraktivitas
	10.00	2. Mengobservasi nyeri klien	
		3. Melakukan pengaturan posisi klien	<ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan nyaman dengan posisi telentang
	10.40	4. Mengajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan	<ul style="list-style-type: none">- Klien mengatakan tadi pagi sudah mandi dibantu oleh keluarganya.
			O : <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak mengerti dan bisa menyebutkan kembali penjelasan yang di jelaskan oleh

-
- perawat
- Klien tampak di bantu oleh keluarganya dalam beraktivitas
 - Wajah klien tampak tegang menahan nyeri
 - Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi 1, 2, 3 di lanjutkan

No	Hari/tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
2.	Selasa / 20/06/2017	1	08.00 08.30 12.00	1. Mengobservasi luka klien 2. Melakukan perawatan luka 3. Membersihkan dan membalut luka klien 4. Melanjutkan terapi dokter untuk pemberian Domperidon 3x1 kapsul dan jell cutimed	S : - klien mengatakan setelah dibersihkan lukanya klien merasa nyaman. O : - pada ulkus masih ada pus ± 13 cc, banyak terdapat jaringan nekrotik pada tepi dan permukaan ulkus.	

-
- Belum ada tanda-tanda penyembuhan pada ulkus klien
 - Jelly sudah dioleskan
 - Ulkus klien tertutup dengan verban, keadaan verban bersih
 - Domperidon sudah diminum

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi 1, 2, 3, 4, lanjutkan

2	10.00	1. Mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan klien	S :	- Klien mengatakan masih nyeri saat beraktivitas
	10.10	2. Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien		- Klien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk – tusuk
	10.15	3. Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri		- Klien mengatakan klien berusaha melakukan rileksasi seperti yang diajarkan.
	12.00	4. Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat Ranitidin		
			O :	- Klien tampak bisa

melakukan teknik nafas dalam

- Wajah klien tampak meringis
- Skala Nyeri 4 (nyeri sedang)
- Ranitidin sudah diminum
- Infus sudah di aff
- TTV =

TD = 120/80 mmHg

Pernafasan = 21x/s

Nadi = 81 x/s

Suhu = 36,5° C

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi 1, 2, 3, 4 di lanjutkan

3	09.30	1. Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi	S :	
	10.00	2. Mengobservasi nyeri klien		- Klien mengatakan masih susah untuk beraktivitas
		3. Melakukan pengaturan posisi klien		- Klien mengatakan klien masih belum kuat.
	10.00	4. Mengajarkan klien bagaimana merubah posisi	O :	- Klien tampak di bantu oleh

dan berikan bantuan jika diperlukan

keluarganya dalam beraktivitas

- Wajah klien tampak meringis menahan nyeri
- Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi 1, 2, 3, 4 di lanjutkan

No	Hari/tanggal	Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3.	Rabu / 21/06/2017	1	08.00 08.30 12.00	1. Mengobservasi luka klien 2. Melakukan perawatan luka 3. Membersihkan dan membalut luka klien 4. Melanjutkan terapi dokter untuk pemberian Domperidon 3x1 kapsul dan jell cutimed	S : - Klien mengatakan setelah lukanya dibersihkan klien merasa nyaman O : - Pada ulkus klien masih ada pus banak pus \pm 10 cc, banyak terdapat jaringan nekrotik pada tepi dan permukaan ulkus.	

			Panjang ulkus klien \pm 5 cm, lebar \pm 6 cm. - Wajah klien tampak meringis saat ulkus dibersihkan. - Jell sudah dioleskan - Ulkus klien sudah dibalut dengan verban, keadaan verban bersih. - Domperidon sudah diminum - Insulin sudah diinjeksikan A : masalah belum teratasi P :intervensi dihentikan, dilanjutkan oleh perawat ruangan
2	10.00	1. Mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan klien	S : - Klien mengatakan rasa nyerinya sudah berkurang dari pada sebelumnya
	10.10	2. Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologis / teknik nafas dalam kepada klien	- Klien mengatakan klien berusaha melakukan rileksasi seperti yang diajarkan
	10.15	3. Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri	
	12.20	4. Berkolaborasi dengan dokter	

		pemberian obat Ranitidin	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mulai rileks - Wajah klien tampak tenang - TTV = <p>Tekanan Darah = 110/70 mmHg Pernafasan = 20x/i Nadi = 80 x/i Suhu = 36° C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3 - Ranitidin sudah diminum <p>A : Masalah teratasi sebagian P :Intervensi di hentikan ,di lanjutkan oleh perawat di ruangan</p>
3	09.30	1. Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat Beraktivitas klien mengatakan nyeri pada kakinya sudah mulai berkurang - Klien mengatakan masih susah untuk beraktivitas
		2. Mengobservasi nyeri klien	
	10.00	3. Melakukan pengaturan posisi klien	
	10.00	4. Mengajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan	

bantuan jika diperlukan

O :

- Klien tampak di bantu oleh keluarganya dalam beraktivitas
- Klien tampak paham tentang penjelasan yang di berikan oleh perawat dan sudah mulai melakukan latihan padaektremitas bawah sesuai kemampuannya.
- Skala nyeri 3

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi di hentikan ,
di lanjutkan oleh perawat di
ruangan.

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Ny. L dengan Ulkus Diabetikum diruang Rawat inap Interne Wanita RSAM Bukittinggi pada tanggal 19-21 juni 2017. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan Ulkus Diabetikum sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.1. Pengkajian

4.1.1. Identitas klien

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis mengalami kesulitan untuk mendapatkan data dari klien sendiri, karena klien sangat susah di ajak untuk bercerita dikarenakan nyeri pada kakinya namun penulis mendapatkan data dari keluarga klien, catatan medis, perawat ruangan dan tenaga kesehatan lainnya.

4.1.2. Keluhan Utama

Pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian.

Menurut teori adanya rasa kesemutan pada kaki / tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka ang tidak sembuh-sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka. Pada tinjauan kasus didapatkan data klien masuk IGD

RSAM Bukittinggi pada tanggal 28 Mei 2017 dengan keluhan klien demam 1 minggu sebelum masuk rumah sakit, ada luka pada jempol kaki sebelah kiri, luka tidak sembuh-sembuh sejak 10 hari sebelum masuk rumah sakit.

4.1.3. Riwayat kesehatan dahulu

Pada tinjauan teori didapatkan data riwayat kesehatan dahulu seperti hipertensi, penggunaan obat-obatan dan mengkonsumsi glukosa. Dan pada tinjauan kasus saat dilakukan pengkajian klien mengatakan sebelumnya tidak mengetahui bahwa klien mempunyai riwayat Diabetes Mellitus.

4.1.4. Riwayat kesehatan keluarga

Tidak terdapat kesenjangan karena ada keluarga klien yang menderita Diabetes Mellitus yaitu adik dari ayah klien. Berdasarkan teoritis faktor keturunan mendukung.

4.1.5. Pemeriksaan Fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik pada Ny. L penulis banyak mengalami hambatan, tidak semua pemeriksaan fisik pada klien yang dapat dilakukan, namun dalam pemeriksaan teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan karena pemeriksaan sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi klien. Menurut teoritis pemeriksaan head to toe harus dilakukan pada setiap pasien yaitu berupa pemeriksaan secara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pada kasus Ny. L didapatkan kelainan pada beberapa pemeriksaan yaitu : pada daerah ekstermitas bawah bagian sinistra klien dimana terdapat ulkus di jempol dan punggung kaki klien.

4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan Diabetes Mellitus secara teori menurut NANDA nic noc edisi kelima :

1. Gangguan perfusi jaringan
2. Kerusakan integritas kulit
3. Nyeri
4. Hambatan mobilitas fisik
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
6. Resiko infeksi
7. Kekurangan volume cairan
8. Gangguan citra tubuh

Sedangkan pada tinjauan kasus hanya ditemukan 3 diagnosa keperawatan, diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus adalah :

1. Kerusakan integritas jaringan
2. Nyeri
3. Hambatan mobilitas fisik

Dari 8 diagnosa diatas, ada 6 diagnosa yang tidak terdapat dalam tinjauan kasus yaitu gangguan perfusi jaringan, kerusakan integritas kulit, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, resiko infeksi, kekurangan volume cairan dan gangguan citra tubuh. Namun diagnosa ini tidak ditegakkan karena penulis tidak menemukan data penunjang yang mendukung tegaknya diagnosa tersebut.

4.3. Intervensi Keperawatan

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori

dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan klien saat pengkajian dilakukan.

a. Untuk diagnosa pertama

Yaitu kerusakan integritas jaringan, rencana tindakan yang dilakukan adalah kaji karakteristik luka serta adanya eksudat, termasuk kekentalan, warna dan bau (lokasi, luas dan kedalaman luka). Lakukan perawatan luka/kulit secara rutin. Bersihkan dan balut luka menggunakan prinsip sterilitas atau tindakan aseptik. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat.

b. Untuk diagnosa kedua

Yaitu nyeri, rencana tindakan yang dilakukan adalah lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. Ajarkan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

c. Untuk diagnosa ketiga

Yaitu hambatan mobilitas fisik, rencana tindakan yang dilakukan adalah kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. Manajemen nyeri pada klien. Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

3.4 Implementasi Keperawatan

Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a. Untuk diagnosa pertama

Yaitu kerusakan integritas jaringan, tindakan yang penulis lakukan adalah mengobservasi luka klien. Melakukan perawatan luka. Membersihkan dan membalut luka klien. Menlanjutkan terapi dokter untuk pemberian domperidon 3x1 kapsul dan jelly cumited.

b. Untuk diagnosa kedua

Yaitu nyeri, tindakan yang penulis lakukan adalah mengobservasi tingkat nyeri yang dirasakan klien. Mengajarkan teknik relaksasi non farmakologis/teknik nafas dalam kepada klien. Mengevaluasi tindakan pengalihan nyeri. Mengkolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

c. Untuk diagnosa ketiga

Yaitu hambatan mobilitas fisik, tindakan yang penulis lakukan adalah mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. Mengobservasi pengaturan posisi klien. Mengajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Dalam melakukan rencana tindakan keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti hal ini disebabkan karena :

- a) Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan keperawatan.
- b) Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien.
- c) Adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan.

3.5 Evaluasi

Dari 3 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan belum mencapai perkembangan yang diharapkan, dikarenakan waktu yang singkat oleh karena itu diharapkan kepada perawat dan tenaga medis lainnya untuk melanjutkan intervensi yang telah penulis rencanakan. Dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

- a. Untuk diagnosa pertama kerusakan integritas jaringan, perubahan sirkulasi dianggap belum teratasi karena luka ulkus yang masih berbau, terdapat jaringan nekrotik, pus dan belum ada tanda-tanda penyembuhan pada luka.

- b. Untuk diagnosa kedua nyeri dianggap teratasi sebagian karena klien sudah merasa nyaman tetapi tetapi menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi saat nyeri timbul.
- c. Untuk diagnosa ketiga hambatan mobilitas fisik dianggap teratasi sebagian karena klien merasa nyaman dan sudah memulai melatih pergerakan pada kakinya yang terkena ulkus sesuai kemampuan tetapi tetap menganjurkan kepada keluarga klien untuk membantu klien dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Ny.L Dengan Ulkus Diabetikum Di Ruang Interne Wanita RSAM Bukittinggi 2017 dapat disimpulkan :

a. Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian ditemukan data-data yang sesuai dengan penyakit pasien yaitu Ulkus Diabetikum, dan nantinya data tersebut akan menjadi dasar bagi penulis untuk menegakkan diagnosa dalam melakukan tindakan keperawatan.

b. Diagnosa

Berdasarkan data yang di dapat, ditemukan 3 diagnosa pada kasus Ny.L yaitu :

1. Kerusakan integritas jaringan
2. Nyeri
3. Hambatan mobilitas fisik

c. Intervensi

Intervensi yang dilakukan mengacu kepada diagnosa yang ditegakkan dan dibuat sesuai teoritis pada Buku Rencana Asuhan Keperawatan, Intervensi dapat berupa tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi. Untuk intervensi pada kasus beberapa intervensi teori tidak penulis masukkan karena penulis menyesuaikan dengan kondisi klien

d. Implementasi

Implementasi yang dilakukan di ruangan lebih di fokuskan pada pendidikan kesehatan dan kolaborasi dengan keluarga untuk merawat pasien, sedangkan untuk implementasi yang lain secara continue dilakukan oleh perawat ruangan karena keterbatasan waktu bagi penulis memantau dan melakukan implementasi pada klien.

e. Evaluasi

Evaluasi dapat berupa respon verbal, respon non verbal, dan hasil pemeriksaan. Dari 3 diagnosa yang penulis tegakkan, ada 2 masalah yang teratasi sebagian, dan 1 masalah belum teratasi dikarenakan keterbatasan waktu dan kemampuan penulis untuk melakukan asuhan keperawatan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai Ulkus Diabetikum karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Komplikasi Ulkus Diabetikum, dan faktor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

5.2.2 Bagi Rumah Sakit

Untuk mencegah meningkatnya Ulkus Diabetikum sebaiknya pasien di beri informasi yang memadai mengenai komplikasi Ulkus Diabetikum itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan di perolehnya informasi yang cukup maka

pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera. Adapun untuk pasien yang telah mengalami atau menderita Ulkus Diabetikum, maka harus segera dilakukan perawatan yang intensif.

5.2.3 Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan mampu mengenali tanda dan gejala penyakit Ulkus Diabetikum, sehingga komplikasi dari penyakit tersebut dapat segera di atasi, dan bagi masyarakat diharapkan mampu mengendalikan pola hidup yang tidak baik sehingga bisa terhindar dari penyakit Ulkus Diabetikum. Diharapkan juga bagi keluarga bersikap lebih terbuka dalam memberikan informasi yang akan sangat berguna untuk melakukan rencana tindakan yang tepat nantinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Andyagreeni. 2010. *Tanda Klinis Penyakit Diabetes Mellitus*. Jakarta : CV. Trans Info Media
- American Diabetes Association. 2014. *Standar Of Medical In Diabetes – 2014*. Diabetes Care, 37, 14-8
- Askandar. 2001 *hidup Sehat dan Bahagia Bersama Diabetes mellitus*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Corwin. 2009. *American Association's Expert Committe on the Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus*.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C.2010. *Nursing care plan: Guidelines for individualizing elient care across the life span. (8thedition)*. Philadelphia: F. A Davis Company.
- Guyton, A.C and Hall, J.E. 2005. *Text Book of Medical Physiology tenth Edition*. Singapore : W.B. saunders Company. Hal : 894-897.
- Irawan, D. 2010. *Prevalensi dan faktor risiko kejadian Diabetes Mellitus tipe 2 di daerah urban Indonesia*. FKMUI
- Johnson, M.Dochterman. 2013. *Nursing Intervemtions Classification (NIC)* edisi kenam. Jakarta : ECG
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES). (2014). *Profil kesehatan Indonesia tahun 2014*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Lewis.2011. *Patofisiologi: konsep klinis proses-prose penyakit . (edisi 4)*. Jakarta: EGC

- Lipsky, B.A. 2004. *Medical Treatment of Diabetic Foot Infections Clinical Infectious Diseases (CID)*. 39, 104-114.
- Mansjoer, dkk. 2010 . *Kapita Selekt Kedokteran. Edisi ke-3*. Jakarta: Medica. FKUI
- Meion Johnson. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC)* edisi kelima. Jakarta : EGC
- Mu'in. T. 2011. *Perjalanan diabetisi dalam melaksanakan perawatan di rumah*. Di kota Depok. FKUI.
- NANDA. 2015-2017. *Diagnosa Keperawatan NANDA Definisi & Klasifikasi*. Jakarta : EGC
- Nursing Times. 2014. *Early Identification and treatment of sepsis*. Nursing time. 110. 14-17
- PERKENI. 2011. *Konsesus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes mellitus tipe 2 di Indonesia 2011*. [Http//www.perkeninet/index_ofo?Page=hone](http://www.perkeninet/index_ofo?Page=hone).
- Smeltzer, SC. Bare BG. 2008. *Medical Surgical Nursing Brunner & Suddarth*. Philadelphia : Lippincott
- Suyono S. 2006. *Diabetes Melitus di Indonesia. Buku ajar Ilmu Penyakit Dalam. IV ed.* Jakarta: Pusat penerbitan Ilmu Penyakit dalam FK UI
- Tambayong, Jan. 2001. *Anatomi dan Fisiologi Untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Williams, D.T. Hilton, J.R and Harding, K.G. 20014. *Diagnosing Foot Infection in diabetes*. Clinical Infection Disease (CID). 39, 83-86.
- Wounnds International. 2013. *International Best Practice buideline : Wound Management M Diabetic Foot Ulcers*. London : Wound International Adivision Of Schofield Heatthh Care Limited Enterprise House.

DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017

NAMA MAHASISWA : Witra Sari
 NIM : 1410308401541
 RUANGAN : Interne pria
 JUDUL STUDI KASUS : ~~Di~~
"Asuhan Keperawatan pada Klien Ny.L dengan Diabetes Mellitus dan Komplikasi Ulkus Diabetikum di Ruang Rawat Inap Interne Wanita RSAM Bukittinggi 2017."

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Senin, 19 Juni 2017.	07.30	<i>[Signature]</i>	12.00	<i>[Signature]</i>	
2.	Selasa, 20 Juni 2017	08.00	<i>[Signature]</i>	12.00	<i>[Signature]</i>	
3.	Rabu, 21 Juni 2017.	08.00	<i>[Signature]</i>	12.00	<i>[Signature]</i>	

Bukittinggi, 19 Juni 2017

Ka Ruangan

[Signature]

(Ns. Rahmi Yulis, S.kep......)

Preceptor

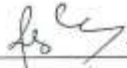



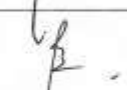
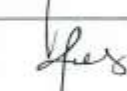
[Signature]

(Ns. Dian Resti DMO, M.kep......)

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Witra Sari
NIM : 14103084015433
Pembimbing : Ns.Dia Resti DND,M.Kep
Judul KTI studi kasus : Asuhan Keperawatan Pada Ny.L Dengan Diabetes melitus dan Ulkus Diabetikum Diruangan Rawat Inap Interne Wanita RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2017

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda tangan Pembimbing
1.	Senin 10 Juli 2017	<ul style="list-style-type: none"> ✓ perbaikan Bab I ✓ perbaikan Bab II ✓ ulkur & uluc ✓ keperawatan teori 	
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ perbaikan bimbingan kasus ✓ tambah ke. nyulon ✓ daftar pustaka. 	
2.	Jumat 14/ Juli 2017	perbaikan Diagnosa keperawatan 6 domain Mc	
3.	Senin 17/ Juli 2017	<ul style="list-style-type: none"> ✓ perbaikan Bab III ✓ perbaikan Bab IV ✓ Daftar pustaka. 	
4.	Jumat 21/ Juli 2017	perbaikan daftar pustaka	
5.	Kamis 27/ Juli 2017	Mc di awal	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG



LEMBAR KONSUL BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Witra Sari

NIM : 14103084015433

Pembimbing : Yaslina. M.Kep, Ns. Sp. Kep. Kom

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Ny. L dengan
Komplikasi Ulkus Diabetikum Di Ruang Rwata Inap
Interne Wanita Rumah Sakir Ahemad Muchtar
Bukittinggi Tahun 2017

No	Hari/tgl	Materi Bimbimngan	Tanda tangan Pembimbing
1.	Kamis, 10/08/2017	perbaikan sesuai masalah	
2.	Kamis, 16/08/2017	Acc perbaikan KTI	
3.			
4.			
5.			

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Penulis

Nama : **Witra Sari**
Tempat / Tanggal Lahir : **Gunung Medan, 07 Januari 1994**
Alamat : **Gunung medan, KAB.Dharmasraya**

II. Nama Orang Tua

Ayah : **Suparno**
Ibu : **Zul baidah**

III. Pendidikan

- ❖ **TK** : **2000 - 2001**
- ❖ **SDN 03 Gunung Medan Kec.Sitiung** : **2001 - 2006**
- ❖ **MTsN Koto Baru Kab.Dharmasraya** : **2006 - 2009**
- ❖ **MAN Koto Baru Padang panjang** : **2009 - 2012**
- ❖ **STIKes Perintis Padang** : **2014 - 2017**