

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan bagian dari proses keperawatan yang dinamis dan terorganisasi yang meliputi tiga komponen dasar, diantaranya : pengumpulan data secara sistematis, memilih dan mengatur data yang akan dikaji , serta melakukan dokumentasi data dalam format yang dapat dibuka kembali. (Astuti, 2020). Data yang dikumpulkan dapat diperoleh dari data subjektif maupun objektif. Data subjektif yaitu data yang berasal dari pernyataan verbal klien atau orang terdekat klien. Sedangkan data objektif adalah data yang terukur dan berwujud seperti tanda-tanda vital, asupan dan luaran, serta tinggi dan berat badan. Asal data dibedakan menjadi data primer (dari klien sendiri) dan data sekunder (orang terdekat klien).

1. Identitas Pasien

Nama Inisial: Ny. MI

Tanggal Lahir: 02 Februari 1965

Jenis Kelamin: Perempuan

Suku: Aceh

Agama: Islam

Pendidikan Terakhir: Sekolah Dasar (SD)

Pekerjaan: Petani

Alamat Domisili: Gampong Peukan Bada

Tanggal Masuk RS: 24 Agustus 2025

Tempat Perawatan: Ruang Humaira RSUD Meuraxa Banda Aceh

Nomor Registrasi: 01.02.31.86

Diagnosa Medis: Diabetes Mellitus Tipe II + Necrotic Digiti 1 Pedis (D)

Lama Asuhan: 24–26 Agustus 2025 (3 hari)

2. Keluhan utama

Pasien mengatakan mudah lelah, mudah mengantuk, kram otot, sering kencing, penglihatan kabur, hingga penurunan kesadaran.

- Kondisi Hiperglikemia: kelelahan, penglihatan buram, peningkatan urine serta rasa haus, dehidrasi, sakit kepala serta peningkatan suhu tubuh.
- Riwayat Kesehatan. Riwayat Penyakit Sekarang Sering BAK, lapar serta haus. Berat badan naik. Pengidap umumnya belum mengetahui apakah mereka mengalami penyakit diabetes melitus sampai setelah mereka melakukan pemeriksaan.
- Kondisi Hipoglikemia : tremor, takikardi, resah, rasa lapar, sakit kepala, sulit berkonsentrasi, vertigo, konfusi, memori menurun, bibir mati rasa, pelo, gangguan emosional.

3. Riwayat penyakit terdahulu

Diabetes melitus tipe 2 bisa berkembang sebagai akibat dari kehamilan, penyakit pankreas, terganggunya penerimaan insulin, gangguan hormonal, mengonsumsi obat-obatan diantaranya glukokortikoid, furosemide, thiazide, beta bloker, kontrasepsi yang berisi estrogen, hipertensi, serta obesitas.

– Riwayat Penyakit Keluarga

Ditemukan adanya kelainan genetik yang menyebabkan tubuh tidak bisa memproduksi insulin dengan baik.

– Riwayat Psikososial

Biasanya penderita akan mengalami stress, menolak kenyataan, dan keputusasaan

- Pola Aktivitas Sehari-hari

- Pola Eliminasi

BAK : Klien mengeluh sering buang air kecil

- Pola Makan

Sering mengonsumsi makanan dengan tinggi gula serta lemak. Makan terlalu banyak karbohidrat dari nasi dan roti bisa menyebabkan penyimpanan dalam bentuk gula dalam darah (glikogen)

- Personal Hygiene

Menggambarkan kebersihan dalam merawat diri yang mencakup mandi, BAB, BAK dan lain-lain.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dibuat berdasarkan informasi mengenai kondisi atau status kesehatan pasien. Diagnosa ini dipahami melalui pemahaman terhadap penyebab masalah dan pemenuhan kebutuhan pasien. Penyusunan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kewenangan seorang perawat dan mencakup gejala, penyebab/masalah, atau kombinasi masalah dan penyebab. Diagnosa keperawatan dianggap actual jika masalah kesehatan pasien sudah nyata atau benar-benar terjadi. (Astuti, 2020)

Berikut diagnosis keperawatan pada pasien DM tipe 2 sesuai dengan hiperglikemia resistensi insulin patofisiologi yang mengadopsi pada buku (PPNI, 2017) dapat ditemukan diagnosa sebagai berikut :

1. Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan (D.0192) berhubungan dengan neuropati perifer.

Gangguan integritas kulit dan jaringan adalah kondisi ketika terjadi kerusakan pada lapisan kulit seperti epidermis dan dermis, atau bahkan melibatkan jaringan lebih dalam seperti membran mukosa, kornea, fasia, otot, tulang, kartilago, dan ligamen. Pada pasien diabetes melitus tipe II, kerusakan kulit sangat berkaitan dengan neuropati perifer. Neuropati menyebabkan penurunan sensasi pada ekstremitas sehingga pasien tidak menyadari cedera kecil, tekanan, atau gesekan yang berulang. Adapun Faktor atau penyebab resiko pada gangguan ini adalah:

- 1) Perubahan sirkulasi
- 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- 3) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- 4) Penurunan mobilitas
- 5) Bahan kimia iritatif

- 6) Suhu lingkungan yang ekstrem
- 7) Faktor mekanis (mis. Penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- 8) Efek samping terapi radiasi
- 9) Proses penuaan
- 10) Neuropati perifer
- 11) Perubahan pigmentasi
- 12) Perubahan hormonal
- 13) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan

Secara klinis, akan ada gejala dan tanda

➔ Tanda Mayor Subjektif: - Objektif: 1.Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit

➔ Tanda Minor: Subjektif:- Objektif:

- 1.Nyeri
- 2.Perdarahan
- 3.Kemerahan
- 4.Hematoma

Pada pasien diabetes dengan neuropati, keluhan subjektif sering kali tidak muncul karena sensasi menurun, sehingga pemeriksaan fisik menjadi penting dalam mengidentifikasi kerusakannya.

2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) berhubungan dengan hiperglikemia dan resistensi insulin

Ketidakstabilan kadar glukosa darah menggambarkan kondisi naik turunnya glukosa di luar rentang normal, baik hiperglikemia maupun hipoglikemia.

Pada pasien diabetes melitus tipe II, kondisi ini terutama disebabkan oleh :

1. Resistensi insulin.
2. Disfungsi pankreas.
3. Gangguan toleransi glukosa, dan gangguan glukosa darah puasa.

Pada hipoglikemia, penyebabnya dapat berupa seperti:

1. Penggunaan insulin atau obat penurun gula darah.
2. Hiperinsulinemia,
3. Gangguan endokrin.
4. Disfungsi hati.
5. Disfungsi ginjal kronis.
6. Efek obat tertentu.
7. Tindakan pembedahan.

8. Gangguan metabolik bawaan.

➔ Tanda Mayor:

Subjektif: Hipoglikemia:

1. Mengantuk
2. Pusing
3. Lelah atau lesu

Objektif: Hipoglikemia

1. Gangguan koordinasi
2. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi

Hiperglikemi

1. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi.

➔ Tanda Minor:

Subjektif Hipoglikemia

1. Palpitasi
2. Mengeluh lapar

Objektif Hipoglikemia

1. Gemetar.
2. Kesadaran menurun
3. Perilaku aneh.
4. Sulit bicara
5. Berkeringat

3. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan hiperglikemia

Perfusi perifer tidak efektif adalah kondisi ketika aliran darah menuju jaringan perifer berkurang sehingga mengganggu metabolisme dan penyembuhan jaringan. Pada pasien diabetes melitus tipe II, hiperglikemia kronis menyebabkan kerusakan pembuluh darah yang dikenal sebagai angiopati diabetik.

Kerusakan ini menurunkan elastisitas pembuluh darah, menurunkan kemampuan hemoglobin membawa oksigen, meningkatkan tekanan darah, serta menyebabkan kekurangan volume cairan akibat poliuria. Faktor risiko lain yang memperburuk perfusi antara lain kondisi arteri dan vena yang menurun, kurangnya informasi tentang faktor pemberat seperti merokok, obesitas, gaya hidup pasif, asupan garam berlebihan, imobilitas, serta kurangnya edukasi tentang diabetes melitus dan hiperlipidemia.

➔ Tanda Mayor:

Subjektif:- Objektif:

1. Pengisian kapiler >3 detik.
2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba
3. Akral teraba dingin
4. Warna kulit pucat
5. Turgor kulit menurun

➔ Tanda Minor

Minor Subjektif:

1. Parastesia
2. Nyeri ekstermitas (klaudikasi intermiten)

Objektif:

1. Edema
2. Penyembuhan luka lambat.
3. Indeks ankle brachial <0,90
4. Bruit feromal.

4. Risiko infeksi (D.0140) berhubungan dengan hiperglikemia, gangguan perfusi perifer, dan kerusakan integritas kulit

Risiko infeksi adalah keadaan ketika individu memiliki kemungkinan lebih besar untuk mengalami invasi patogen akibat melemahnya pertahanan tubuh, baik secara sistemik maupun lokal. Pada pasien diabetes melitus tipe II, kadar glukosa yang tinggi menyebabkan kondisi yang sangat ideal bagi pertumbuhan bakteri dan jamur. Hiperglikemia juga menurunkan fungsi leukosit seperti fagositosis dan migrasi neutrofil, sehingga tubuh lebih sulit melawan kuman. Selain itu, pasien dengan gangguan integritas kulit mengalami kerusakan sawar pertahanan pertama, sehingga mikroorganisme lebih mudah masuk ke jaringan. Perfusi perifer yang tidak efektif menurunkan suplai oksigen dan nutrisi ke area luka, menghambat proses penyembuhan, dan meningkatkan risiko kolonisasi bakteri. Pengkajian menunjukkan adanya luka pada ekstremitas bawah, warna kulit pucat, akral dingin, serta proses penyembuhan yang lambat, yang semuanya merupakan faktor peningkat risiko infeksi.

➔ Tanda mayor:

Subjektif: tidak ada,

karena merupakan diagnosa risiko

Objektif:

1. kerusakan integritas kulit.
2. Gangguan perfusi perifer.
3. Proses penyembuhan luka lambat

➔ Tanda minor :

Subjektif: tidak ada

Objektif: hiperglikemia.

1. Riwayat DM lebih dari 5 tahun, neuropati perifer
5. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan proses inflamasi pada luka dan gangguan perfusi jaringan

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik tidak menyenangkan yang muncul secara tiba-tiba dan berlangsung kurang dari enam bulan. Pada pasien diabetes melitus tipe II dengan luka pada ekstremitas, nyeri muncul akibat kerusakan jaringan yang memicu respon inflamasi, pelepasan mediator kimia seperti prostaglandin, histamin, dan bradikinin, serta penurunan perfusi yang menyebabkan hipoksia jaringan. Meskipun beberapa pasien dengan neuropati perifer mengalami penurunan sensasi nyeri, sebagian masih merasakan nyeri tajam, panas, atau menusuk terutama ketika luka mengalami peradangan. Faktor lain yang memperberat nyeri antara lain edema lokal, peningkatan tekanan pada jaringan, serta gesekan pada area luka. Selama pengkajian ditemukan pasien sesekali mengeluh nyeri pada luka saat disentuh atau ketika berjalan, tampak meringis, dan menunjukkan peningkatan frekuensi nadi ketika nyeri meningkat, yang menunjukkan respon fisiologis terhadap nyeri akut.

➔ Tanda mayor:

Subjektif:

Pasien mengeluh nyeri pada area luka apabila disentuh atau ketika bergerak

Objektif:

Pasien tampak meringis, perlindungan spontan pada area luka

➔ Tanda minor:

Subjektif:

Keluhan panas atau sensasi tertarik pada luka

Objektif:

Peningkatan frekuensi nadi, inflamasi lokal (kemerahan, edema)

C. Intervensi Keperawatan

1. (D.0192) Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan/atau kulit.

Diagnosis gangguan integritas kulit dan jaringan yang berhubungan dengan neuropati perifer ditetapkan berdasarkan adanya kerusakan jaringan dan kulit. Setelah diberikan tindakan keperawatan selama tiga kali delapan jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, terlihat dari menurunnya kerusakan jaringan dan lapisan kulit. Intervensi yang dilakukan berfokus pada perawatan luka, perawatan integritas kulit, serta dukungan perawatan diri dan kebersihan.

Pada perawatan luka, perawat melakukan berbagai langkah dimulai dari pemantauan karakteristik luka dan tanda infeksi. Perawatan dilakukan secara hati-hati dengan melepas balutan secara perlahan, membersihkan luka menggunakan cairan yang aman, mengangkat jaringan nekrotik, memberikan salep yang sesuai, dan memasang balutan sesuai kondisi luka.

Teknik steril dipertahankan selama prosedur, dan balutan diganti sesuai kebutuhan. Edukasi kepada pasien juga penting, meliputi informasi tentang tanda infeksi, nutrisi yang mendukung penyembuhan, serta pelatihan perawatan luka mandiri. Jika diperlukan, tindakan debridement dilakukan melalui kolaborasi dengan tim medis.

Selain itu, perawatan integritas kulit dilakukan dengan mengidentifikasi penyebab gangguan seperti perubahan sirkulasi, nutrisi, kelembaban, suhu ekstrem, dan mobilitas. Pasien dibantu untuk mengubah posisi secara teratur setiap dua jam, menggunakan produk pelindung kulit, serta menghindari produk berbahan alkohol. Pasien juga diedukasi untuk menjaga hidrasi, meningkatkan nutrisi, menggunakan pelembab, dan menghindari suhu ekstrem. Dalam dukungan perawatan diri, perawat menilai kebiasaan perawatan diri pasien, tingkat kemandirian, dan kebutuhan alat bantu.

Perawat menyediakan lingkungan yang nyaman, menyiapkan perlengkapan pribadi, mendampingi pasien, serta membantu bila pasien tidak mampu melakukan perawatan dirinya. Rutinitas perawatan diri dijadwalkan secara teratur. Kebersihan diri dan lingkungan menjadi bagian penting intervensi, sehingga pasien dinilai kemampuan kebersihannya, diberikan edukasi dan media pembelajaran, dilibatkan dalam praktik kebersihan bersama keluarga, serta diajarkan menjaga kebersihan untuk mencegah komplikasi.

Poin intervensi untuk diagnosis gangguan integritas kulit adalah:

1. Monitor karakteristik luka
2. Monitor tanda-tanda infeksi

3. Lepaskan balutan secara perlahan
4. Bersihkan luka dengan NaCl atau cairan nontoksik
5. Bersihkan jaringan nekrotik
6. Berikan salep sesuai kebutuhan luka
7. Pasang balutan sesuai jenis luka
8. Pertahankan teknik steril
9. Ganti balutan sesuai eksudat
10. Edukasi tanda infeksi
11. Edukasi nutrisi tinggi kalori dan protein
12. Ajarkan perawatan luka mandiri
13. Kolaborasi debridement
14. Identifikasi penyebab gangguan kulit
15. Ubah posisi tiap 2 jam
16. Gunakan produk pelembab berbahan minyak
17. Hindari produk alkohol pada luka
18. Anjurkan penggunaan pelembab
19. Anjurkan minum air cukup
20. Anjurkan meningkatkan nutrisi
21. Anjurkan menghindari suhu ekstrem
22. Identifikasi kebiasaan perawatan diri
23. Monitor kemandirian
24. Identifikasi kebutuhan alat bantu
25. Sediakan lingkungan terapeutik
26. Siapkan perlengkapan pribadi
27. Dampingi perawatan diri
28. Fasilitasi kemandirian
29. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
30. Identifikasi kesiapan menerima informasi
31. Identifikasi kemampuan menjaga kebersihan
32. Monitor kemampuan mempertahankan kebersihan
33. Sediakan materi pendidikan kesehatan
34. Jadwalkan pendidikan kesehatan
35. Berikan kesempatan bertanya
36. Praktik kebersihan dengan keluarga
37. Edukasi akibat tidak menjaga kebersihan
38. Ajarkan kebersihan diri dan lingkungan

2. (D. 0027) Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan resistensi insulin dibuktikan dengan pasien tampak lemas, GDS:239mg/dl

Diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah yang berhubungan dengan resistensi insulin ditentukan berdasarkan kondisi pasien yang tampak lemas dan kadar glukosa darah mencapai 239 mg/dl. Setelah intervensi keperawatan selama tiga kali delapan jam, diharapkan kestabilan kadar glukosa membaik dengan menurunnya keluhan lesu dan membaiknya kadar glukosa darah. Perawat melakukan serangkaian tindakan mulai dari identifikasi pola

hidup pasien, pemantauan kadar glukosa darah, tanda hiperglikemia, serta memonitor keseimbangan cairan. Bila kondisi tidak membaik, konsultasi dengan tim medis dilakukan. Edukasi juga menjadi bagian penting, termasuk penjelasan tentang diabetes mellitus, pengenalan tanda hiperglikemia, cara memeriksa gula darah mandiri, edukasi diet, olahraga sesuai kondisi, kepatuhan diet, serta perawatan kaki untuk mencegah luka diabetes. Kolaborasi pemberian insulin turut dilakukan untuk membantu pengendalian kadar glukosa darah.

Poin intervensi untuk diagnosis ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah:

1. Identifikasi pola hidup
 2. Monitor kadar glukosa darah
 3. Monitor tanda hiperglikemia
 4. Monitor intake dan output
 5. Konsultasi dengan dokter bila tidak membaik
 6. Edukasi diabetes mellitus
 7. Edukasi tanda hiperglikemia
 8. Ajarkan monitoring gula darah
 9. Edukasi diet
 10. Edukasi olahraga
 11. Edukasi kepatuhan diet dan aktivitas
 12. Edukasi perawatan kaki
 13. Kolaborasi pemberian insulin Novorapid
3. (D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan hiperglikemia dan hipertensi dibuktikan dengan GDS:239mg/dl, Tekanan darah: 180/87 mmHg

Diagnosis perfusi perifer tidak efektif yang berhubungan dengan hiperglikemia dan hipertensi dibuktikan dengan nilai GDS 239 mg/dl serta tekanan darah 180/87 mmHg. Setelah dilakukan intervensi selama tiga kali delapan jam, diharapkan perfusi perifer meningkat yang ditandai dengan penyembuhan luka, akral yang lebih hangat, dan tekanan darah lebih stabil. Intervensi yang diberikan meliputi pemeriksaan sirkulasi perifer seperti nadi, edema, suhu, warna kulit, dan ankle-brachial index.

Selain itu, perawatan luka dilakukan untuk mencegah infeksi, perawatan kaki dan kuku dipertahankan, serta hidrasi dijaga. Edukasi kepada pasien disampaikan mengenai pentingnya minum obat antihipertensi secara teratur, diet yang mendukung sirkulasi, serta tanda bahaya yang harus segera dilaporkan. Kolaborasi pemberian obat amlodipine dilakukan untuk membantu menstabilkan tekanan darah.

Poin intervensi untuk perfusi perifer tidak efektif adalah:

1. Periksa sirkulasi perifer

2. Lakukan perawatan luka
 3. Lakukan perawatan kaki dan kuku
 4. Lakukan hidrasi
 5. Edukasi obat antihipertensi
 6. Edukasi diet untuk sirkulasi
 7. Edukasi tanda darurat
 8. Kolaborasi pemberian amlodipine
4. (D.0140) Risiko Infeksi berhubungan dengan hiperglikemia, kerusakan integritas kulit, dan perfusi perifer tidak efektif.

Diagnosis risiko infeksi ditetapkan karena pasien DM tipe II mengalami hiperglikemia, luka terbuka, penurunan perfusi jaringan, dan proses penyembuhan yang lambat. Kondisi ini meningkatkan kerentanan terhadap kolonisasi bakteri akibat turunnya fungsi leukosit dan rusaknya sawar kulit. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama tiga kali delapan jam, diharapkan risiko infeksi menurun melalui peningkatan kebersihan, kontrol glukosa, dan perawatan luka yang tepat. Intervensi meliputi pemantauan kondisi luka, menjaga teknik aseptik, meningkatkan imunitas melalui nutrisi, edukasi kebersihan, serta kolaborasi pemberian antibiotik bila ditemukan tanda infeksi. Pencegahan infeksi juga dilakukan melalui manajemen lingkungan, termasuk menjaga kering dan bersihnya area luka serta memastikan tidak ada tekanan atau gesekan berlebih pada kulit.

Poin intervensi untuk risiko infeksi adalah:

1. Monitor tanda-tanda infeksi pada luka seperti kemerahan, bengkak, peningkatan nyeri, atau eksudat
2. Monitor suhu tubuh dan status umum
3. Pertahankan teknik aseptik dalam semua prosedur perawatan
4. Pastikan balutan luka selalu bersih dan kering
5. Bersihkan luka dengan teknik steril
6. Ganti balutan sesuai kebutuhan atau jika kotor
7. Minimalkan tekanan dan gesekan pada area luka
8. Edukasi kebersihan tangan sebelum menyentuh luka
9. Edukasi risiko infeksi akibat hiperglikemia
10. Anjurkan mandi rutin dengan sabun lembut
11. Anjurkan menggunakan pakaian bersih setiap hari
12. Evaluasi kondisi lingkungan ruangan pasien

13. Edukasi makanan bergizi tinggi protein untuk mendukung imun
 14. Konsultasikan bila muncul tanda infeksi sistemik
 15. Kolaborasi pemberian antibiotik bila diresepkan dokter
5. (D.0077) Nyeri Akut berhubungan dengan proses inflamasi pada luka dan gangguan perfusi jaringan.

Diagnosis nyeri akut ditetapkan pada pasien karena adanya proses peradangan pada luka, peningkatan tekanan jaringan, serta gangguan perfusi akibat diabetes. Setelah intervensi selama tiga kali delapan jam, diharapkan intensitas nyeri berkurang, ditandai dengan menurunnya keluhan nyeri dan ekspresi wajah lebih rileks. Intervensi dilakukan melalui pemantauan intensitas nyeri, menjaga posisi luka agar tidak tertekan, melakukan teknik relaksasi, memberikan edukasi manajemen nyeri, serta kolaborasi pemberian analgesik. Pengaturan lingkungan juga berkontribusi dalam menurunkan stimulasi yang dapat memperburuk nyeri, seperti menjaga kenyamanan, mengurangi aktivitas yang menambah beban pada area luka, serta meningkatkan perfusi melalui perawatan kaki.

Poin intervensi untuk nyeri akut adalah:

1. Monitor intensitas nyeri menggunakan skala numerik
2. Monitor respon fisiologis seperti nadi, tekanan darah, atau ekspresi wajah
3. Identifikasi faktor pemicu dan pereda nyeri
4. Posisikan bagian tubuh dengan luka agar tidak tertekan
5. Berikan kompres hangat sesuai kondisi dan jika tidak kontraindikasi
6. Ajarkan teknik napas dalam untuk relaksasi
7. Anjurkan distraksi seperti mendengarkan musik
8. Pertahankan lingkungan tenang dan nyaman
9. Edukasi pasien tentang penyebab nyeri dan cara mengatasinya
10. Anjurkan membatasi aktivitas yang memperburuk nyeri
11. Monitor efek nyeri terhadap tidur dan mobilitas
12. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai resep
13. Evaluasi respon pasien setelah pemberian analgesik
14. Dokumentasikan perubahan intensitas nyeri secara berkala

D. Catatan Perkembangan Pasien

Hari/Tanggal. Shift	Diagnosa	Catatan Perkembangan
Minggu, 24 Agustus 2025 Shift pagi	3	S: "Saya masih merasa nyeri sedikit pada luka di kaki." "Kaki saya sering kesemutan terutama malam hari." "Saya cepat lelah dan sering haus." O: Kaji luka: tampak ulkus ukuran sedang, jaringan granulasi mulai terbentuk, masih terdapat kemerahan ringan, tidak tampak pus. Kaji perfusi: akral dingin, pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer lemah. TD: 142/88 mmHg N: 92x/menit R: 20x/menit S: 36,6°C GDS: 298 mg/dl A: 1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer. 2. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin. 3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan sirkulasi menurun. P: 1. Observasi karakteristik luka (09.00) 2. Membersihkan luka dengan NaCl dan memasang balutan baru (09.15) 3. Edukasi tanda infeksi dan cara perawatan luka mandiri (09.30) 4. Monitor GDS dan edukasi diet DM (10.00) 5. Kolaborasi pemberian insulin Novorapid 3x8 ui (10.15) 6. Memantau nadi perifer dan akral (11.00) I : 1. Membersihkan luka menggunakan NaCl 0,9 persen, menjaga teknik steril. 2. Mengaplikasikan balutan luka sesuai instruksi (misal: balutan moist untuk menjaga kelembapan optimal).

		- Memantau perfusi perifer (CRT, nadi perifer, suhu kulit) setiap 4 jam. - Melakukan pengukuran gula darah pre makan dan 2 jam postprandial. - Memberikan edukasi: pentingnya diet rendah gula, perawatan kaki harian, dan mengenakan alas kaki yang baik. - Kolaborasi dengan dokter untuk evaluasi kemungkinan debridement. - Memberikan posisi ekstremitas sedikit elevasi untuk membantu perfusi. E : - Pasien kooperatif - Luka masih sama - Tidak ada tanda infeksi berat. - Gula darah tetap tinggi. - Edukasi dimengerti sebagian.
Senin, 25 Agustus 2025 Shift Pagi	3	S: "Luka saya tidak terlalu nyeri lagi." "Kesemutan masih ada sedikit." "Saya merasa lebih ringan dari kemarin." O: Luka tampak mengering, kemerahan berkurang. Akral masih dingin tetapi pengisian kapiler sedikit lebih cepat. TD: 138/87 mmHg N: 88x/menit R: 20x/menit S: 36,7°C GDS: 265 mg/dl A: Perbaikan kondisi luka, glukosa darah menurun namun belum stabil. Perfusi perifer membaik sedikit. P: - Membersihkan luka dan mengganti balutan (13.00) - Monitor tanda infeksi (13.15) - Edukasi hidrasi dan peningkatan asupan nutrisi tinggi protein (13.30) - Monitor GDS (14.00) - Kolaborasi pemberian insulin sesuai program (14.10)

		6. Edukasi perawatan kaki (14.30) I : 1. Melakukan perawatan luka aseptik, mengangkat jaringan nonviable superfisial (kolaborasi jika perlu). 2. Melakukan kompres hangat di sekitar area periwound (tidak pada luka) untuk meningkatkan perfusi (jika tidak kontraindikasi). 3. Memantau intensitas nyeri sebelum dan sesudah tindakan. 4. Memantau gula darah secara berkala. 5. Memberikan edukasi lanjutan tentang pola makan 3J (jumlah, jadwal, jenis). 6. Menganjurkan latihan ROM ringan ekstremitas bawah. 7. Mendokumentasikan perkembangan luka secara detail. E : 1. GDS mengalami penurunan tetapi masih tinggi. 2. Nyeri berkurang. 3. Luka tidak membesar namun jaringan nekrotik tetap ada. 4. Pasien mulai memahami diet DM.
Selasa, 26 Agustus 2025 Shift Pagi	3	S: "Luka sudah terasa tidak sakit lagi." "Saya bisa berjalan lebih nyaman." "Sudah jarang merasa haus berlebihan." O: Luka menunjukkan granulasi baik, kemerahan minimal. Akral hangat, pengisian kapiler mendekati normal. TD: 136/86 mmHg N: 86x/menit R: 18x/menit S: 36,7°C GDS: 240 mg/dl A: 1. Perkembangan penyembuhan luka mulai tampak, granulasi mulai terbentuk. 2. Kadar glukosa darah menurun dibanding hari sebelumnya. 3. Nyeri berkurang signifikan. 4. Perfusi perifer tetap lemah namun stabil. 5. Tingkat kecemasan menurun.

		P: 1. Perawatan luka dan mempertahankan teknik steril (09.00) 2. Monitor perfusi perifer, nadi, dan warna kulit (09.20) 3. Edukasi pola makan DM dan olahraga sesuai toleransi (10.00) 4. Monitor GDS dan tanda vital (10.30) 5. Kolaborasi evaluasi pemberian insulin (10.45) I: 1. Melakukan perawatan luka aseptik dengan teknik moist wound healing. 2. Memastikan pasien mampu mendemonstrasikan cara membersihkan kaki di rumah. 3. Memberikan edukasi lanjutan mengenai pentingnya kontrol rutin, diet DM, dan penggunaan alas kaki aman. 4. Melatih pasien melakukan latihan kaki sederhana untuk memperbaiki sirkulasi. 5. Kolaborasi: menyampaikan perkembangan luka kepada dokter dan meminta evaluasi lanjutan. 6. Memonitor tanda vital dan gula darah sebelum makan. 7. Memberikan dukungan emosional agar pasien optimis menjalani terapi. E: 1. Luka menunjukkan tanda-tanda perbaikan awal. 2. Gula darah menurun tetapi tetap tinggi. 3. Nyeri minimal. 4. Pasien kooperatif dan mulai memahami perawatan kaki dengan baik.
--	--	---