

Lampiran 1

Jadwal Kegiatan Penelitian
Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Milletus Tipe II + *Diabetic Foot* Dengan Gangguan Integritas Jaringan Di Ruang Cempaka 2 BRSUD Tabanan Tahun 2020

No	Kegiatan	Waktu																							
		Jan 2020				Feb 2020				Maret 2020				April 2020				Mei 2020				Juni 2020			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyusunan Proposal		■	■	■																				
2	Pengumpulan Proposal					■																			
3	Seminar proposal						■																		
4	Perbaikan proposal							■																	
5	Pengurusan izin penelitian								■	■	■														
6	Pengambilan Data KTI										■	■	■	■											
7	Penyusunan KTI													■	■	■									
8	Pengumpulan KTI														■	■	■								
9	Ujian KTI															■	■	■							
10	Perbaikan KTI																■								
11	Penyerahan KTI																	■							

Lampiran 2 Anggaran Penelitian

Daftar Anggaran Penelitian
Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Milletus Tipe II +
***Diabetic Foot* Dengan Gangguan Integritas Jaringan Di Ruang Cempaka 2**
BRSUD Tabanan Tahun 2020

Alokasi dana yang diperlukan dalam rencana penelitian ini direalisasikan sebagai berikut :

No	Keterangan	Biaya
1	Tahap Persiapan	
	a. Fotocopy Proposal	Rp. 120.000,00
	b. Print Proposal	Rp. 120.000,00
	c. ATK	RP. 20.000,00
	d. Revisi Proposal	Rp. 100.000,00
2	Tahap Pelaksanaan	
	a. Pengurusan Izin Penelitian	Rp. 10.000,00
	b. Penggandaan Lembar Pengumpulan Data	Rp. 20.000,00
3	Tahap Akhir	
	a. Penggandaan Laporan	Rp. 100.000,00
	b. Revisi Laporan	Rp. 100.000,00
	c. Akomodasi	Rp. 100.000,00
	d. Transport	Rp. 200.000,00
	e. Biaya Tidak Terduga	Rp. 150.000,00
	f. Kuota internet	Rp. 70.000,00
Total biaya		Rp. 1.110.000,00

Lampiran 3

Format Pengumpulan Data

Judul Usulan Penelitian : Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Milletus Tipe II + *Diabetic Foot* Dengan Gangguan Integritas Jaringan Di Ruang Cempaka 2 BRSUD Tabanan Tahun 2020

Kode Responden :

Tanggal Penelitian : / /

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan lembar observasi dengan teliti dan benar.
2. Isilah pada kolom yang tersedia, dengan cara memberi tanda \checkmark pada kolom yang sesuai dengan dokumen pasien yang tertulis pada CM.

A. Pengkajian

No	Pengkajian Keperawatan	Hasil Observasi			
		Subyek I		Subyek II	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Gejala dan tanda mayor				
	a. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit	\checkmark		\checkmark	
	b. Gula darah puasa/nucther $>140\text{mg/dL}$		\checkmark		\checkmark
	c. Gula darah sewaktu/random $>200\text{mg/dL}$		\checkmark		\checkmark
2	Gejala dan tanda minor				
	a. Adanya nyeri	\checkmark		\checkmark	
	b. Adanya perdarahan		\checkmark		\checkmark
	c. Adanya kemerahan		\checkmark	\checkmark	
	d. Adanya hematoma		\checkmark		\checkmark

B. Diagnose Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Hasil Observasi			
		Subyek I		Subyek II	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<i>Problem</i>				
	Gangguan integritas jaringan	√		√	
2	<i>Etiology</i>				
	a. Perubahan sirkulasi	√		√	
	b. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)		√		√
	c. Kekurangan atau kelebihan volume cairan		√		√
	d. Penurunan mobilitas		√		√
	e. Bahan kimia iritatif		√		√
	f. Suhu lingkungan yang ekstrem		√		√
	g. Factor mekanis (misalnya penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) factor elektrik (misalnya elektrodiatermi, energy listrik bertegangan tinggi)=		√		√
	h. Efek samping terapi radiasi		√		√
	i. Kelembaban		√		√
	j. Proses penuaan		√		√
	k. Neuropati perifer		√		√
	l. Perubahan pigmentasi		√		√
	m. Perubahan hormonal		√		√
	n. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi		√		√

	integritas jaringan				
3	<i>Sign and Symptom</i>				
	a. Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit		√		√
	b. Adanya nyeri		√		√
	c. Adanya perdarahan		√		√
	d. Adanya kemerahan		√		√
	e. Adanya hematoma		√		√

C. Intervensi Keperawatan

No	Perencanaan Keperawatan	Hasil Observasi			
		Subyek I		Subyek II	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Perawatan Integritas Jaringan				
	Observasi				
	a. Identifikasi penyebab gangguan integritas jaringan mislanya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas		√		√
	Terapeutik				
	a. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring		√		√
	b. Lakukan pemijatan pada area penonjolan, jika perlu		√		√
	c. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare		√		√
	d. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering		√		√
	e. Gunakan produk berbahan ringan atau		√		√

	alami dan hipoalergik pada kulit sensitive				
	e. Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering		√		√
	Edukasi				
	a. Anjurkan menggunakan pelembab misalnya lotion atau serum		√		√
	b. Anjurkan minum air yang cukup		√		√
	c. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi		√		√
	d. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur		√		√
	e. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem		√		√
	f. Anjurkan menggunakan tabir urya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah		√		√
	g. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya		√		√
2	Perawatan Luka				
	Observasi				
	a. Monitor karakteristik luka misalnya drainase, warna ukuran, dan bau	√		√	
	b. Monitor tanda-tanda infeksi	√		√	
	Terapeutik				
	a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan	√		√	
	b. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu		√		√
	c. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontosik, sesuai kebutuhan				

	d. Bersihkan jaringan nekrotik	√		√	
	e. Berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi, jika perlu		√		√
	f. Pasang balutan sesuai jenis luka	√		√	
	g. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	√		√	
	h. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	√		√	
	i. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien	√		√	
	j. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari		√		√
	k. Berikan suplemen vitamin dan mineral misalnya vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino sesuai indikasi		√		√
	l. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous) jika perlu		√		√
	Edukasi				
	a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	√		√	
	b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein		√		√
	c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri		√		√
	Kolaborasi				
	a. Kolaborasi prosedur <i>debridement</i> misalnya enzimatis, biologis, mekanis, autolitik jika perlu	√		√	
	b. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu	√		√	

D. Implementasi Keperawatan

No	Implementasi Keperawatan	Hasil Observasi			
		Subyek I		Subyek II	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Perawatan Integritas Jaringan				
	Observasi				
	a. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas jaringan misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas		√		√
	Terapeutik				
	a. Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring		√		√
	b. Melakukan pemijatan pada area penonjolan, jika perlu		√		√
	c. Membersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare		√		√
	d. Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering		√		√
	e. Menggunakan produk berbahan ringan atau alami dan hipoalergik pada kulit sensitive		√		√
	f. Menghindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering		√		√
	Edukasi				
	a. Menganjurkan menggunakan pelembab misalnya lotion atau serum		√		√
	b. Menganjurkan minum air yang cukup		√		√
	c. Menganjurkan meningkatkan asupan		√		√

	nutrisi				
	d. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur		√		√
	e. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem		√		√
	f. Menganjurkan menggunakan tabir urya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah		√		√
	g. Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya		√		√
2	Perawatan Luka				
	Observasi				
	a. Memonitor karakteristik luka misalnya drainase, warna ukurn, dan bau	√		√	
	b. Memonitor tanda-tanda infeksi	√		√	
	Terapeutik				
	a. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	√		√	
	b. Mencukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu		√		√
	c. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontosik, sesuai kebutuhan	√		√	
	d. Membersihkan jaringan nekrotik	√		√	
	e. Memberikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi, jika perlu		√		√
	f. Memasang balutan sesuai jenis luka	√		√	
	g. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	√		√	
	h. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	√		√	
	i. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien	√		√	

	j. Memberikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari		√		√
	k. Memberikan suplemen vitamin dan mineral misalnya vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino sesuai indikasi		√		√
	l. Memberikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous) jika perlu		√		√
Edukasi					
	a. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	√			
	b. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein		√		√
	c. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri		√		√
Kolaborasi					
	a. Berkolaborasi prosedur <i>debridement</i> misalnya enzimatik, biologis, mekanis, autolitik jika perlu	√		√	
	b. Berkolaborasi pemberian antibiotik jika perlu	√		√	

E. Evaluasi

No	Evaluasi Keperawatan	Hasil Observasi			
		Subyek I		Subyek II	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Kerusakan integritas jaringan (menurun ; skala 5)		√		√
2	Nyeri dengan skala nyeri 2 (menurun ; skala 5)		√		√
3	Perdarahan (menurun ; skala 5)		√		√
4	Kemerahan (menurun ; skala 5)		√		√
5	Hematoma (menurun ; skala 5)		√		√

Lampiran 4 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Keperawatan Pasien Subjek Pertama (Ny. K)

Logo RS	PENGKAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny. K Tgl Lahir : 31/12/1966 No RM : 645561
--------------------	---	--

Keluhan utama : nyeri, lemas, dan demam

Riwayat penyakit : pasien tiba diruangan dengan keluhan demam, lemas sejak 3hari yang lalu, dan terdapat nyeri pada luka dikaki.

Riwayat Penyakit Sebelumnya
Riwayat hospitalisasi : Ada Tidak ada,
Riwayat penyakit yang pernah diderita : Asma Hipertensi Diabetes Milletus, sejak 7tahun yang lalu

Riwayat Penyakit Keluarga
Riwayat penyakit keluarga : ada tidak ada
sebutkan.....

Riwayat penyakit menular : ada tidak ada,
sebutkan.....

Riwayat alergi : Tidak ada Ada,
sebutkan.....

KESADARAN UMUM
Kesadaran : CM Apatis Somnolent Sopor Coma, GCS : E4V5M6
Tanda Vital : S : 38.5°C N : 80x/mnt RR : 20x/mnt TD : 120/80 mmHg

KEBUTUHAN BIO, PSIKOSOSIAL, SPIRITUAL, EKONOMI
Keluhan sesak napas : ada tidak ada
Irama pernapasan : dyspnea bradipnea ortopnea
Jenis pernapasan : nomal kusmaul, lainnya ...
Suara napas : vesikuler bronkovesikuler wheezing ronchi
Keluhan batuk : tidak ada, kering, berdahak
Suara jantung : S1 S2 : Tunggal Reguler Irregular
Berdebar setelah beraktivitas : ada tidak ada

CRT ...

Keluhan lain ...

Kekuatan otot : ... Tonus otot : ... Refleks Patologis : ...

Refleks Fisiologis : ...

Pola makan : 1kali/hari 2kali/hari 3kali/hari

Jenis makanan : Cair/ASI/PASI lunak padat

Rute makan : oral NGT Parentral Puasa

Porsi makan : 1 porsi

Riwayat alergi makanan : ada tidak ada

Jenisnya ...

Masalah dalam hal makan : tidak ada

BB sebelum sakit : ... kg. BB saat pengkajian : ... kg

TB : ... cm LLA : ... cm IMT : ...

Pola minum : jumlah minum sehari : lebih dari 8gelas

Jenis minuman : air putih alcohol karbonasi kopi teh

Masalah dalam hal minum : tidak ada , ada : jenisnya ...

Tanda-tanda dehidrasi : tidak ada , ada : jenisnya : lemas , turgor kulit menurun, mukosa bibir kering , lainnya ...

Eliminasi BAB : 1kali/hari 2kali/hari 3kali/sehari lebih dari 3x/hari

Konsistensi : lembek keras encer cair

Bau : khas feses amis busuk

Warna : kuning hitam hijau

Terdapat darah : ya tidak

Terdapat lender : ya tidak

Frekuensi peristaltic usus : normal meningkat frekuensi. . . kali/mnt

Nyeri tekan : tidak ada, ada, sebutkan dimana ...

Eliminasi BAK

Frekuensi BAK : 4kali/hari

Warna : jernih kuning warna teh bercampur darah

Bau : khas urine amis busuk

Gangguan tidur tidak ada

Tanggung jawab asuransi tidak ada

Kebiasaan : merokok, alcohol, lainnya ...

Agama : <input checked="" type="checkbox"/> hindu, islam, kristen			
RISIKO JATUH			
Parameter	Kriteria	Skor	Skoring
Umur	Kurang dari 60 tahun	0	0
	60-80 tahun	1	
	>80 tahun	2	
Deficit sensoris	Kacamata bukan bifocal	0	
	Kacamata bifocal	1	1
	Gangguan pendengaran	1	
	Kacamata multifocal	2	
	Katarak/glaucoma	2	
	Hampir tidk dapat melihat/buta	3	
Aktifitas	Mandiri	0	
	ADL dibantu sebagian	1	1
	ADL dibantu penuh	2	
Riwayat jatuh	Tidak pernah	0	0
	Jatuh <1 tahun	1	
	Jatuh <1 bulan	2	
	Jatuh pada saat dirawat sekarang	3	
Kognisi	Orientasi baik	0	0
	Kesulitan mengerti perintah	2	
	Gangguan memori	2	
	Kebingungan	3	
	Disorientasi	3	
Pengobatan	Lebih dari 4jenis obat	1	
	Sedate/psikotropika/narkotika	2	
	Antidepresan/antihipertensi/hipoglikemia	2	
	Infus epidural/spinal	2	
Mobilitas	Mandiri	0	
	Menggunakan alat bantu	1	
	Koordinasi/keseimbangan buruk	2	

	Dibantu sebagian	3	3
	Dibantu penuh	4	
Pola BAB/BAK	Teratur	0	0
	Inkontinensia urine	1	
	Nokturia	2	
	Urgensi/frekuensi	3	
Komorbid	Diabetes/penyakit	2	2
	Jantung/stroke/ISK	2	
	Pasca bedah 0-24jam	3	
Total			7

Skor 0-7 : risiko rendah untuk jatuh
 Skor 8-13 : risiko sedang untuk jatuh
 Skor \geq 14 : risiko tinggi untuk jatuh

KEBUTUHAN KOMUNIKASI

Bersedia menerima informasi : ya, tidak
 Kemampuan membaca ya, tidak
 Bicara : normal, gangguan bicara

NYERI/KENYAMANAN

nyeri : ya, tidak
 Jenis : akut, kronis
 Frekuensi ya hilang timbul, jarang, terus-menerus
 Lama nyeri : <10 detik
 Menjalar : ya
 Kualitas nyeri : tertusuk tusuk, tertekan
 Factor pemicu : luka
 Lokasi nyeri : di luka kaki kanan
 Skala : 3
 Tanda infeksi : bengkak, kemerahan, hematoma

RUMUSAN MASALAH KEPERAWATAN

1. Kerusakan integritas jaringan
2. Intoleransi aktivitas

Pengkajian Keperawatan Subjek Kedua (Ny. S)

Logo RS	PENGAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny. S Tgl Lahir : 31/12/1969 No RM : 645456
--------------------	--	---

Keluhan utama : nyeri, mual, muntah

Riwayat penyakit : pasien tiba diruangan dengan keluhan nyeri pada luka di kaki kanna sejak 10 hari yang lalu, luka, kemerahan, bengkak dan bernanah, mual (+), muntah (+)

Riwayat Penyakit Sebelumnya

Riwayat hospitalisasi : Ada Tidak ada,

Riwayat penyakit yang pernah diderita : Asma Hipertensi Diabetes Milletus, sejak 5 tahun yang lalu

Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga : ada tidak ada
sebutkan.....

Riwayat penyakit menular : ada tidak ada,
sebutkan.....

Riwayat alergi : Tidak ada Ada,
sebutkan.....

KESADARAN UMUM

Kesadaran : CM Apatis Somnolent Sopor Coma, GCS : E4V5M6

Tanda Vital : S : 38.5°C N : 80x/mnt RR : 20x/mnt TD : 120/80 mmHg

KEBUTUHAN BIO, PSIKOSOSIAL, SPIRITUAL, EKONOMI

Keluhan sesak napas : ada tidak ada

Irama pernapasan : dyspnea bradipnea ortopnea

Jenis pernapasan : nomal kusmaul, lainnya ...

Suara napas : vesikuler bronkovesikuler wheezing ronchi

Keluhan batuk : tidak ada, kering, berdahak

Suara jantung : S1 S2 : Tunggal Reguler Irregular

Berdebar setelah beraktivitas : ada tidak ada

CRT ...

Keluhan lain ...

Kekuatan otot : ... Tonus otot : ... Refleks Patologis : ...

Refleks Fisiologis : ...

Pola makan : 1kali/hari 2kali/hari 3kali/hari

Jenis makanan : Cair/ASI/PASI lunak padat

Rute makan : oral NGT Parentral Puasa

Porsi makan : 1 porsi

Riwayat alergi makanan : ada tidak ada

Jenisnya ...

Masalah dalam hal makan : tidak ada

BB sebelum sakit : ... kg. BB saat pengkajian : ... kg

TB : ... cm LLA : ... cm IMT : ...

Pola minum : jumlah minum sehari : lebih dari 8gelas

Jenis minuman : air putih alcohol karbonasi kopi teh

Masalah dalam hal minum : tidak ada , ada : jenisnya ...

Tanda-tanda dehidrasi : tidak ada , ada : jenisnya : lemas , turgor kulit menurun, mukosa bibir kering , lainnya ...

Eliminasi BAB : 1kali/hari 2kali/hari 3kali/sehari lebih dari 3x/hari

Konsistensi : lembek keras encer cair

Bau : khas feses amis busuk

Warna : kuning hitam hijau

Terdapat darah : ya tidak

Terdapat lender : ya tidak

Frekuensi peristaltic usus : normal meningkat frekuensi... kali/mnt

Nyeri tekan : tidak ada, ada, sebutkan dimana ...

Eliminasi BAK

Frekuensi BAK : 4kali/hari

Warna : jernih kuning warna teh bercampur darah

Bau : khas urine amis busuk

Gangguan tidur tidak ada

Tanggungjawab asuransi tidak ada

Kebiasaan : merokok, alcohol, lainnya ...

Agama : hindu , islam, Kristen

RISIKO JATUH			
Parameter	Kriteria	Skor	Skoring
Umur	Kurang dari 60 tahun	0	0
	60-80 tahun	1	
	>80 tahun	2	
Deficit sensoris	Kacamata bukan bifocal	0	
	Kacamata bifocal	1	1
	Gangguan pendengaran	1	
	Kacamata multifocal	2	
	Katarak/glaucoma	2	
	Hamper tidk dapat melihat/buta	3	
Aktifitas	Mandiri	0	
	ADL dibantu sebagian	1	1
	ADL dibantu penuh	2	
Riwayat jatuh	Tidak pernah	0	0
	Jatuh <1 tahun	1	
	Jatuh <1 bulan	2	
	Jatuh pada saat dirawat sekarang	3	
Kognisi	Orientasi baik	0	0
	Kesulitan mengerti perintah	2	
	Gangguan memori	2	
	Kebingungan	3	
	Disorientasi	3	
Pengobatan	Lebih dari 4jenis obat	1	
	Sedate/psikotropika/narkotika	2	
	Antidepresan/antihipertensi/hipoglikemia	2	
	Infus epidural/spinal	2	
Mobilitas	Mandiri	0	
	Menggunakan alat bantu	1	
	Koordinasi/keseimbangan buruk	2	
	Dibantu sebagian	3	3

	Dibantu penuh	4	
Pola BAB/BAK	Teratur	0	0
	Inkontinensia urine	1	
	Nokturia	2	
	Urgensi/frekuensi	3	
Komorbid	Diabetes/penyakit	2	2
	Jantung/stroke/ISK	2	
	Pasca bedah 0-24jam	3	
Total			7

Skor 0-7 : risiko rendah untuk jatuh

Skor 8-13 : risiko sedang untuk jatuh

Skor \geq 14 : risiko tinggi untuk jatuh

KEBUTUHAN KOMUNIKASI

Bersedia menerima informasi : ya, tidak

Kemampuan membaca ya, tidak

Bicara : normal, gangguan bicara

NYERI/KENYAMANAN

nyeri : ya, tidak

Jenis : akut, kronis

Frekuensi hilang timbul, jarang, terus-menerus

Lama nyeri : <10 detik

Menjalar : ya tidak

Kualitas nyeri : tertusuk-tusuk, tertekan

Factor pemicu : luka

Lokasi nyeri : di luka kaki kanan

Skala : 4

Tanda infeksi : bengkak, kemerahan, hematoma

RUMUSAN MASALAH KEPERAWATAN

1. Kerusakan integritas jaringan
2. Intoleransi aktivitas

Lampiran 5 Diagnosa Keperawatan

Diagnose Keperawatan Subjek Pertama (Ny.K) dengan Gangguan Integritas Jaringan

LOGO RS	PERENCANAAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny. K Tgl Lahir : 31/12/1966 No RM : 645561
--------------------	--	---

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana tindakan
29 April 2019	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Iritan zat kimia <input checked="" type="checkbox"/> Gangguan sirkulasi/metabolic/sensasi <input type="checkbox"/> Defisit cairan <input type="checkbox"/> Kelebihan cairan <input type="checkbox"/> Hambatan mobilitas fisik <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan <input type="checkbox"/> Faktor mekanik (misalnya tekanan, koyakan/robekan, friksal) <input type="checkbox"/> Radiasi <input type="checkbox"/> Suhu ekstrem 	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan integritas jaringan teratasi dengan kriteria : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jaringan integritas : membrane mukosa dan kulit utuh ✓ Penyembuhan luka : primer dan sekunder normal ✓ Infeksi akut tidak terjadi ✓ Pengetahuan : infeksi manajemen baik ✓ Termoregulasi normal ✓ Perfusi jaringan seluler dan perifer 	NIC Label Perawatan luka, yang terdiri dari tindakan mandiri : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kaji integritas kulit/jaringan pasien ✓ Monitor tanda-tanda vital ✓ Jaga personal hygiene pasien ✓ Kurangi perdarahan luka ✓ Berikan posisi nyaman ✓ Monitor laboratorium, cairan, dan elektrolit ✓ Kolaborasi dengan ahli gizi mengenai

		baik	<p>pemberian nutrisi yang adekuat (enteral, parenteral).</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Perawatan luka (debridement)✓ Delegasi pemberian obat-obatan sesuai dengan indikasi medis✓ Beri KIE tentang penyakit, pengobatan, dan perawatan.✓ Beri KIE tentang tanda dan gejala infeksi
--	--	------	---

Diagnose Keperawatan Subjek Kedua (Ny. S)

LOGO RS	PERENCANAAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny. S Tgl Lahir : 31/12/1969 No RM : 645456
--------------------	--	---

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana tindakan
1 Mei 2019	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan <input type="checkbox"/> Iritan zat kimia <input checked="" type="checkbox"/> Gangguan sirkulasi/metabolic/sensasi <input type="checkbox"/> Defisit cairan <input type="checkbox"/> Kelebihan cairan <input type="checkbox"/> Hambatan mobilitas fisik <input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan <input type="checkbox"/> Faktor mekanik (misalnya tekanan, koyakan/robekan, friksal) <input type="checkbox"/> Radiasi <input type="checkbox"/> Suhu ekstrem	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan integritas jaringan teratasi dengan kriteria : <input checked="" type="checkbox"/> Jaringan integritas : membrane mukosa dan kulit utuh <input checked="" type="checkbox"/> Penyembuhan luka : primer dan sekunder normal <input checked="" type="checkbox"/> Infeksi akut tidak terjadi <input checked="" type="checkbox"/> Pengetahuan : infeksi manajemen baik <input checked="" type="checkbox"/> Termoregulasi normal <input checked="" type="checkbox"/> Perfusi jaringan seluler dan perifer baik	NIC Label Perawatan luka, yang terdiri dari tindakan mandiri : <input checked="" type="checkbox"/> Kaji integritas kulit/jaringan pasien <input checked="" type="checkbox"/> Monitor tanda- tanda vital <input checked="" type="checkbox"/> Jaga personal hygiene pasien <input checked="" type="checkbox"/> Kurangi perdarahan luka <input checked="" type="checkbox"/> Berikan posisi nyaman <input checked="" type="checkbox"/> Monitor laboratorium, cairan, dan elektrolit <input checked="" type="checkbox"/> Kolaborasi dengan ahli gizi mengenai pemberian nutrisi

			<p>yang adekuat (enteral, parenteral).</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Perawatan luka (debridement)✓ Delegasi pemberian obat- obatan sesuai dengan indikasi medis✓ Beri KIE tentang penyakit, pengobatan, dan perawatan.✓ Beri KIE tentang tanda dan gejala infeksi
--	--	--	--

Lampiran 6 Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan Subjek Pertama (Ny. K)

LOGO RS	TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny. K Tgl Lahir : 31/12/1966 No RM : 645561
----------------	---	---

Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan Tanda Tangan
29 April 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji integrits jaringan pasien 2. Memonitor ttv 3. Memandikan pasien di tempat tidur 4. Memasang infus 5. Merawat luka setiap 2hari 6. Berkolaborasi dengan ahli gizi 7. KIE tentang penyakit DM, pengobatan, dan perawatan DM, serta perawatan luka 8. KIE tentang tanda dan gejala infeksi 9. Delegatif dalam pemberan IVFD NaCl 0,9% 24 tetes/mnt, Humalog 3x6 iu, lantus 0-0-8 iu, cefotaxime 3x1gr, metronidazole 3x1 fls, ranitidine 2x1 amp 	
30 April 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji integrits jaringan pasien 2. Memonitor ttv 3. Memandikan pasien di tempat tidur 4. Memasang infus 5. Merawat luka setiap 2hari 6. Berkolaborasi dengan ahli gizi 7. KIE tentang penyakit DM, pengobatan, dan perawatan DM, serta perawatan luka 8. KIE tentang tanda dan gejala infeksi 9. Delegatif dalam pemberan IVFD NaCl 0,9% 24 tetes/mnt, 	

	Humalog 3x6 iu, lantus 0-0-8 iu, cefotaxime 3x1gr, metronidazole 3x1 fls, ranitidine 2x1 amp	
1 Mei 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji integritas jaringan pasien 2. Memonitor ttv 3. Memandikan pasien di tempat tidur 4. Memasang infus 5. Merawat luka setiap 2hari 6. Berkolaborasi dengan ahli gizi 7. KIE tentang penyakit DM, pengobatan, dan perawatan DM, serta perawatan luka 8. KIE tentang tanda dan gejala infeksi 9. Delegatif dalam pemberian IVFD NaCl 0,9% 24 tetes/mnt, Humalog 3x6 iu, lantus 0-0-8 iu, cefotaxime 3x1gr, metronidazole 3x1 fls, ranitidine 2x1 amp 	

Implementasi Keperawatan Subjek Kedua (Ny.S)

LOGO RS	TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny. S Tgl Lahir : 31/12/1969 No RM : 645456
----------------	---	---

Hari/ Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Nama dan Tanda Tangan
1 Mei 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1 Mengkaji integritas jaringan pasien 2 Memonitor ttv 3 Memandikan pasien di tempat tidur 4 Memasang infus 5 Merawat luka setiap 2hari 6 Berkolaborasi dengan ahli gizi 7 KIE tentang penyakit DM, pengobatan, dan perawatan DM, serta perawatan luka 8 KIE tentang tanda dan gejala infeksi 9 Delegatif dalam pemberian IVFD NaCl 0,9% 20 tetes/mnt, Novorapid 3x8 iu, Lantus 0-0-2- iu, omeprazole 1x40 mg (IV), ondansentron (k/p), metoklopramid 2x1 amp, metronidazole 3x1 gr (IV), antasida sirup 3x1 	
2 Mei 2019	<ol style="list-style-type: none"> 1 Mengkaji integritas jaringan pasien 2 Memonitor ttv 3 Memandikan pasien di tempat tidur 4 Memasang infus 5 Merawat luka setiap 2hari 6 Berkolaborasi dengan ahli gizi 7 KIE tentang penyakit DM, pengobatan, dan perawatan DM, serta perawatan luka 	

	<p>8 KIE tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>9 Delegatif dalam pemberan IVFD NaCl 0,9% 20 tetes/mnt, Novorapid 3x8 iu, Lantus 0-0-2- iu, omeprazole 1x40 mg (IV), ondansentron (k/p), metoklopramid 2x1 amp, metronidazole 3x1 gr (IV), antasida syrup 3x1</p>	
<p>3 Mei 2019</p>	<p>1 Mengkaji integrits jaringan pasien</p> <p>2 Memonitor ttv</p> <p>3 Memandikan pasien di tempat tidur</p> <p>4 Memasang infus</p> <p>5 Merawat luka setiap 2hari</p> <p>6 Berkolaborasi dengan ahli gizi</p> <p>7 KIE tentang penyakit DM, pengobatan, dan perawatan DM, serta perawatan luka</p> <p>8 KIE tentang tanda dan gejala infeksi</p> <p>9 Delegatif dalam pemberan IVFD NaCl 0,9% 20 tetes/mnt, Novorapid 3x8 iu, Lantus 0-0-2- iu, omeprazole 1x40 mg (IV), ondansentron (k/p), metoklopramid 2x1 amp, metronidazole 3x1 gr (IV), antasida syrup 3x1</p>	

Lampiran 7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan Subjek Pertama (Ny. K)

LOGO RS	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN RAWAT INAP TERINTEGRASI	Nama : Ny. K Tgl Lahir : 31/12/1966 No RM : 645561
--------------------	--	---

Hari/ Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Tanda Tangan
1 Mei 2019	<p>S : pasien mengeluh badan lemas dan nyeri pada luka di kaki kanan</p> <p>O : - KU lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran compos mentis - TD : 110/70 mmHg - N : 80x/mnt - S : 36°C - RR : 20x/mnt - GDA : - - GDP : 126 <p>A : - Kerusakan integritas jaringan/kulit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intoleransi aktivitas <p>P : - rawat luka setiap 2hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi TTV - Bantu ADLs - Humalog 6 iu - Lantus 8 iu 	

Evaluasi Keperawatan Subjek Kedua (Ny. S)

LOGO RS	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN RAWAT INAP TERINTEGRASI	Nama : Ny. S Tgl Lahir : 31/12/1969 No RM : 645456
--------------------	--	---

Hari/ Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Tanda Tangan
3 Mei 2019	<p>S : pasien mengeluh lemas luka di kaki kanan</p> <p>O : - KU lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran compos mentis - TD : 100/70 mmHg - N : 80x/mnt - S : 36,5°C - RR : 20x/mnt - GDA : - - GDP : 106 <p>A : - Kerusakan integritas jaringan/kulit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intoleransi aktivitas <p>P : - rawat luka setiap 2hari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi TTV - Bantu ADLs - Novorapid 6 iu - Levemir 8 iu 	