

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### A. Pengkajian

Tabel 2  
Hasil Pengkajian Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Yang  
Mengalami Diabetes Melitus Tipe 2 DI Ruang Nusa Indah  
RSUD Bangli

1. Identitas Diri Klien	
Nama	: Tn. S
Tempat/Tanggal Lahir	: 31/12/1959
Umur	: 61 tahun
Jenis Kelaimn	: Laki-laki
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Petani
Sumber informasi	: Pasien dan keluarga
Agama	: Hindu
Status Perkawinan	: Menikah
Suku	: Bali
Alamat	: Br. Pule Bangli
Tanggal MRS	: 1 April 2021
Keluhan utama	: Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi di kaki kanan.
Riwayat Penyakit	: Pasien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit merasakan badannya lemas, pusing kurang lebih selama 3 hari dan hanya ditahan serta Jari manis kaki kanan (jari keempat) luka, bengkak dan menghitam yang sudah beberapa hari dan dibiarkan saja. Pasien juga mengatakan bahwa apabila gula darahnya meningkat muncul luka-luka melepuh pada daerah kakinya, akan tetapi apabila kadar gulanya normal lagi luka mlepuh tersebut akan mengering dengan sendirinya. pasien mengatakan datang ke UGD diantar oleh keluarga pada tanggal 1/4/21. Setelah dilakukan pemeriksaan, ternyata gula darah pasien meningkat menjadi 220 mg DL. Pasien disarankan untuk rawat inap dan dilakukan pembedahan pada luka di jari kaki pasien. Pasien akhirnya dilakukan operasi debridement pada tanggal 3/4/21.
Diagnosa Medis	: DM Tipe 2 Post Debridement
Alergi	: Tidak ada alergi
Kebiasaan	: Pasen mengatakan tidak merokok. Minum beralkohol seperti tuak saat ada kegiatan upacara saja
Obat-obatan	: Metformin 3x 500 mg, Glimepiride 1x 2 mg

<b>2. Pengkajian Data Bio-Psiko-Sosial budaya-Spiritual</b>	
a. Pola Bernafas	<p>Frekuensi pernafasan : 20x/menit</p> <p>Keluhan saat bernafas ; tidak ada keluhan sesak, nafas teratur</p> <p>Kesulitan bernafas pada saat: nafas lancar tidak ada keluhan</p> <p>Sesak muncul pada saat : tidak ada keluhan</p> <p>Hal yang dilakukan pada saat sesak: tidak ada keluhan</p>
b. Pola nutrisi	<p>Frekuensi/porsi makan: 3x sehari, satu piring isi nasi, lauk, sayur</p> <p>Berat Badan:70 Kg Tinggi Badan:169 cm</p> <p>Jenis makanan yang dikonsumsi: nasi putih, lauk kadang daging kadang ikan, sayur, kadang buah-buahan</p> <p>Makanan yang disukai : lawar bali</p> <p>Makanan tidak disukai : tidak ada</p> <p>Makanan pantangan :makanan yang manis-manis</p> <p>Nafsu makan : baik</p> <p>Penyebab nafsu makan menurun :</p> <p>mual/muntah/sariawan/dll</p> <p>Perubahan BB 3 bulan terakhir : tidak ada keluhan, berkurang 5kg</p>
c. Pola Eliminasi	<p>Buang air besar</p> <p>Frekuensi: 1 kali sehari pada pagi hari</p> <p>Warna : kuning kecoklatan, Konsistensi :lembek</p> <p>Penggunaan Pencahar : tidak ada</p> <p>Buang air kecil</p> <p>Frekuensi : 8-10x/ sehari Warna:kuning jernih</p> <p>Bau : amis Jumlah : .1500.CC/hari</p>
d. Pola tidur dan istirahat	<p>Waktu tidur (jam) :10 malam sampai 6 pagi</p> <p>Lama tidur/hari :8 jam</p> <p>Kebiasaan pengantar tidur: tidak ada</p> <p>Kebiasaan saat tidur : tidak ada</p>
e. Pola aktivitas dan istirahat	<p>Kegiatan dalam pekerjaan : bertani</p> <p>Olah raga : jarang</p> <p>Kegiatan di waktu luang : menonton TV</p> <p>Kesulitan/keluhan dalam hal ini :pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien mengatakan kesulitan beraktivitas karena nyeri yang dirasakan. Pasien tampak lemas berbaring di tempat tidur, aktivitas pasien di tempat tidur dibantu keluarga. Aktivitas, ambulasi dan mobilisasi skala 2 (dibantu orang lain)</p>
f. Pola kerja	<p>Jenis pekerjaan: petani lamanya: 30 tahun</p> <p>Jumlah jam kerja : 8 jam lamanya 07.00-15.00</p>
<b>3. Aspek psikososial</b>	
a. Pola pikir dan persepsi	<p>Alat bantu yang digunakan : kaca mata</p> <p>Kesulitan yang dialami :tidak ada</p>
b. Persepsi diri	<p>Hal yang dipikirkan saat ini :pasien memikirkan tentang sakit dikakinya yang belum hilang.</p> <p>Harapan setelah menjalani perawatan pasien berharap agar cepat sembuh dan pulang untuk bekerja lagi</p> <p>Perubahan yang dirasa setelah sakit :.pasien meraa</p>

	kativitasnya terganggu. Pasien jarang kesawah karena sakit yang dialami
c. Suasana hati	Pasien mengatakan merasa aman karena sudah dirawat di rumah sakit dan ditemani oleh keluarganya
d. Hubungan/komunikasi	komunikasi lancar Bicara, Jelas bahasa utama : Bali. Relevan bahasa daerah : Bali Mampu mengekspresikan Mampu mengerti orang lain Tempat tinggal: sendiri Kehidupan keluarga Adat istiadat yang dianut : adat istiadat bali Pembuatan keputusan dalam keluarga : kepala keluarga Pola komunikasi : lancar Keuangan : memadai Kesulitan dalam keluarga Hubungan dengan orang tua: baik Hubungan dengan sanak keluarga: baik Hubungan dengan suami/istri: baik
e. Sistem nilai-kepercayaan	Siapa atau apa yang menjadi sumber kekuatan: keluarga Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda : ya Kegiatan Agama atau Kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi): sembahyang di sanggah tiap sore hari Kegiatan Agama atau Kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit Sebutkan: berdoa diatas tempat tidur seperti mantra gayatri atau trisandya
<b>4. Pemeriksaan fisik</b>	
a. Vital sign	Tekanan darah : 140/80 mHg, Suhu : 37 °C, Nadi : 96 x/menit, Pernafasan : 22x / menit
b. Kesadaran	Kompos mentis, GCS : 15 (Eye : 4, Verbal : 5, Motorik : 6). Keadaan umum : baik Skala nyeri : skala nyeri 2 saat diam dan 3 saat digerakan, nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul. Nyeri di daerah : di kaki kanan pada luka operasi. pasien tampak meringis menahan sakit, pasien menunjukkan lokasi nyeri Status gizi : gemuk BB: 70 Kg TB : 169 cm Sikap : menahan nyeri Personal hygiene : Bersih Orientasi waktu/ tempat/ orang : Baik
<b>5. Pemeriksaan fisik head to toe</b>	
a. Kepala	Bentuk : Normocephale Lesi/ luka : tidak ada
b. Rambut	Warna : hitam, persebaran merata Kelainan : tidak ada
c. Mata	Penglihatan : kaca mata/lensa Sklera : tidak ikterik Konjungtiva: tidak anemis

	Pupil: isokor Kelainan : tidak ada			
d. Hidung	Penghidu : normal Sekret/ darah/ polip : tidak ada Tarikan caping hidung : Tidak			
e. Telingga	Pendengaran : normal Skret/ cairan/ darah: tidak 2. Bau: tidak ada			
f. Mulut dan Gigi	Bibir : lembab Mulut dan tenggorokan: normal Gigi: penuh/normal			
g. Leher	Pembesaran tyroid : tidak Lesi : tidak Nadi karotis : teraba Pembesaran limfoid : Tidak			
h. Thorak	Jantung : nadi 96x/ menit, kekuatan: kuat/ irama : teratur Paru, Frekwensi nafas : teratur, Kwalitas : normal, suara nafas : vesikuler, batuk :tidak, sumbatan jalan nafas: tidak ada Retraksi dada : tidak ada			
i. Abdomen	Peristaltik usus : ada; 15 x/menit, kembung tidak, nyeri tekan tidak, acites: tidak ada			
j. Genetalia	Pimosis tidak ada, keliainan tidak ada			
k. Kulit	Turgor: elastis, Laserasi : luka di daerah: teradapat luka post debridement pada kaki kanan, lebar kurang lebih 5 cm dan kedalaman 1 cm, warna luka kuning kemerahan, berbau, tidak ada pus. Luka terbalut rapi Warna: sawo matang, ROM: terbatas, Hemiplegi/parese: tidak ada, akral: hangat, capillary refil time: < 3 detik, edema: tidak ada			
l. Ekstermita	Kaki kiri: normal, tidak ada kelainan Kaki kanan: turgor kulit elastis, terdapat luka post debridement pada kaki kanan, lebar 5 cm dan kedalaman 1 cm dengan warna luka kuning kemerahaan, berbau, tidak ada pus luka terbalut rapi.			
6. Data Penunjang	Laboratorium DLL Lekosit 12,53 H (3.8-10.6) Eritrosit 4.96 L (4.4-5.9 juta/L) Hematokrit 43.9 L (40-52) MCV 100.1 H (80-100) Trombosit 220 (150-440) GDS: 181 mgdl Hasil Rontgen thorax: Kesan normal Hasil EKG Normal Sinus Rithm			
7. Terapi medis (tanggal 5 April 20210)	Obat	Dosis	Rute	Fungsi
	ceftriaxone	3x 1gr	IV	Antibiotik
	Metronidazole	3x 500 mg	IV	Antibiotik
	Omeprazole	2x 20	IV	Stomach

		mg		protector
Parasetamol		3x 1gr	IV	Anti Nyeri
Novorapid	3x	3x 10	SC	insulin
10 IU		IU		
Lantus		1x 8 IU	SC	insulin

## B. Diagnosis Keperawatan

### 1. Analisa data

Tabel 3

Analisa Data Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe 2 DI Ruang Nusa Indah RSUD Bangli

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>DS: pasien menegelah nyeri pada luka operasi di kaki kanan, skala nyeri 2 saat diam dan 3 saat digerakan, nyeri disasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul</p> <p>DO: pasien tampak meringis menahan sakit, pasien menunjukan lokasi nyeri</p> <p>TD:140/80 mmHG, Nadi: 96x/menit, S: 37oC, RR: 20x/menit,</p>	<p>Gencidera fisiologis/ pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan mediator nyeri</p> <p>↓</p> <p>merangsang reseptor</p> <p>↓</p> <p>nyeri</p> <p>↓</p> <p>thalamus</p> <p>↓</p> <p>tulang belakang</p> <p>↓</p> <p>kortek serebri</p> <p>↓</p> <p>persepsi nyeri</p>	Nyeri akut
2	<p>DS: pasien mengatakan luka bekas operasi di kaki kanan terasa sakit</p> <p>DO: terdapat luka post debridement pada kaki kanan, lebar kurang lebih 5 cm dan kedalaman 1 cm, warna luka kuning kemerahan, berbau, tidak ada pus. Luka terbalut rapi</p>	<p>Hiperglikemi</p> <p>↓</p> <p>Aliran darah melambat</p> <p>↓</p> <p>Iskemi jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nekrosis luka</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p>	Gangguan integritas kulit

Kerusakan intergritas kulit			
3	<p>DS: pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien mengatakan kesulitan beraktivitas karena nyeri yang dirasakan</p> <p>DO: pasien tampak lemas berbaring di tempat tidur, aktivitas pasien di tempat tidur dibantu keluarga. Aktivitas, ambulasi dan mobilisasi skala 2 (dibantu orang lain)</p>	<p>pembedahan</p> <p>↓</p> <p>nyeri</p> <p>↓</p> <p>penurunan pergerakan</p> <p>↓</p> <p>gangguan dalam aktivitas dan mobilisasi</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>
4	<p>DS : Pasien mengatakan memiliki riwayat DM sejak 10 tahun yang lalu Pasien mengatakan jarang kontrol kalau tidak ada keluhan sakit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GDS= 181 mgdl</li> <li>- pasien mendapatkan terapi Novorapi 3x 10 IU</li> <li>- Lantus 1x 8 IU</li> </ul>	<p>riwayat penyakit gula darah</p> <p>↓</p> <p>Sel <math>\beta</math> di pankreas</p> <p>↓</p> <p>terganggu</p> <p>Defisit Insulin↓</p> <p>↓</p> <p>Hiperglikemi t</p> <p>↓</p> <p>Tidak terkontrol</p> <p>↓</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>	<p>ketidakstabilan gula darah</p>

## 2. Diagnosis Keperawatan

- a. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan pasien mengatakan luka bekas operasi di kaki kanan terasa sakit terdapat luka post debridement pada kaki kanan, lebar kurang lebih 5 cm dan kedalaman 1 cm, warna luka kuning kemerahan, berbau, tidak ada pus. Luka terbalut rapi
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis ditandai dengan pasien menegelah nyeri pada luka operasi di kaki kanan, skala nyeri 2 saat diam dan 3 saat digerakan, nyeri disasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, pasien

tampak meringis menahan sakit, pasien menunjukkan lokasi nyeri TD:140/80 mmHG, Nadi: 96x/menit, S: 37oC, RR: 20x/menit,

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien mengatakan kesulitan beraktivitas karena nyeri yang dirasakan, pasien tampak lemas berbaring di tempat tidur, aktivitas pasien di tempat tidur dibantu keluarga. Aktivitas, ambulasi dan mobilisasi skala 2 (dibantu orang lain)
- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia ditandai dengan klien mengatakan memiliki riwayat DM sejak 10 tahun yang GDS= 181 mgdl, pasien mendapatkan therapi Novorapi 3x 10 IU, Lantus 1x 8 IU

### C. Rencana Keperawatan

Tabel 4  
Rencana Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe 2 DI Ruang Nusa Indah RSUD Bangli

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional	TTD
Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan pasien mengatakan luka bekas operasi di kaki kanan terasa sakit teradapat luka post debridement pada kaki kanan, lebar	Setelah dilakukan asuha keperawatan selama 3x24 jam, maka integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan integritas kulit membaik 2. Nyeri berkurang	<b>Perawatan integritas kulit</b> Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) Terapeutik 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring	1. Mendeteksi penyebab dan tindakan yang diberikan dalam perawatan luka  1. Mencegah tekanan pada	

kurang lebih 5 cm dan kedalaman 1 cm, warna luka kuning kemerahan, berbau, tidak ada pus. Luka terbalut rapi	dengan skala nyeri 2 (dari 0-10)	2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu	2. Memperlancar aliran darah
	3. Perdarahan berkurang	3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering	3. Menjaga kelembaban kulit
	4. Kemerahan berkurang	4. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering	4. Mencegah kekeringan pada kulit
	5. Hematoma berkurang		
<b>Edukasi</b>			
		1. Anjurkan menggunakan pelembab (misalnya lotion serum)	1. Menjaga kelembaban kulit
		2. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	2. Meningkatkan metabolisme dan kesehatan kulit
		3. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem	3. Mengurangi iritasi pada kulit
		4. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	4. Menjaga kelembaban kulit
<b>Perawatan Luka</b>			
<b>Observasi</b>			
		1. Monitor karakteristik luka (misal drainase, warna, ukuran, bau)	1. Mendeteksi tindakan yang cocok dilakukan
		2. Monitor tanda-tanda infeksi	2. Memantau adanya tanda-tanda infeksi
<b>Terapeutik</b>			
		1. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan	1. Langkah awal untuk tindakan perawatan luka
		2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	2. Menjaga kelembaban luka
		3. Bersihkan jaringan nekrotik	3. Mempercepat proses penyembuhan luka
		4. Berikan madu yang sesuai ke kulit / lesi	4. Meningkatkan pertumbuhan jaringan dan



		mempercepat proses penyembuhan.
5. Pasang balutan sesuai jenis luka	5. Menjaga kebersihan luka	
6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	6. Mencegah kontaminasi kuman	
7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	7. Mencegah kontaminasi kuman	
8. Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien	8. Mengurangi tekanan yang berlebihan	
Edukasi		
1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	1. Memberikan pemahaman yang benar	
2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	2. Memandirikan pasien dalam melakukan perawatan luka	

#### D. Implementasi Keperawatan

Tabel 5

Implementasi Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe 2 DI Ruang Nusa Indah RSUD Bangli

Hari/ Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi respon	Paraf
5/4/21 09.00	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	DS: Pasien mengatakan lukanya lama sembuhnya DO: Luka pasien dikarenakan adanya penyakit kencing manis	
09.15	Memotivasi pasien agar merubah posisi tiap 2 jam	DS: Pasien mengatakan sudah sering miring kiri dan kanan setiap 1 jam DO: Pasien tampak sering tidur miring kiri/kanan	
09.30	Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering	DS: Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan produk alkohol untuk kulitnya DO: Pasien tampak diberikan lotion oleh keluarga	
09.45	Menganjurkan menggunakan pelembab (misalnya lotion)	DS: Pasien mengatakan hanya menggunakan lotion untuk	

	serum)	kulitnya DO: Pasien tampak diberikan lotion oleh keluarga
10.30	Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	DS: Pasien mengatakan sudah menghabiskan makanan yang disediakan rumah sakit, termasuk sayur dan buahnya DO: Porsi makan yang disediakan habis 1 porsi
11.00	Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya	DS: Pasien mengatakan mandi dengan sabun secukupnya DO: Kulit pasien terlihat bersih
11.15	Memonitor karakteristik luka (missal drainase, warna, ukuran, bau)	DS: Pasien mengatakan luka nya masih perih DO: tampak luka post debridemen, warna merah kekuningan, berbau, tidak ada pus
11.20	Memonitor tanda-tanda infeksi	DS: Pasien mengatakan tidak ada tanda badan panas DO: Tanda-tanda infeksi seperti: kemerahan, panas, rasa sakit, pembengkakan dan fungsi lasea tidak ada
11.30	Melakukan perawatan luka, dengan Langkah-langkah: 1. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan 2. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Membersihkan jaringan nekrotik 4. Memberikan madu yang sesuai ke kulit / lesi 5. Memasang balutan sesuai jenis luka 6. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Menganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 8. Menjadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien	DS: Pasien mengatakan sakitnya berkurang setelah luka dirawat dengan menggunakan madu DO: Tampak luka post debridemen, warna merah kekuningan, berbau, tidak ada pus
12.00	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	DS: Pasien mengatakan sudah tahu tentang tanda dan gejala infeksi pada lukanya DO: Pasien tampak mengerti DS: Pasien dan keluarga

12.05	Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	mengatakan sudah mengerti tentang cara perawatan luka DO: Pasien dan keluarga tampak mengerti
6/4/21 09.00	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	DS: Pasien mengatakan lukanya lama sembuhnya DO: Luka pasien dikarenakan adanya penyakit kencing manis
09.15	Memotivasi pasien agar merubah posisi tiap 2 jam	DS: Pasien mengatakan sudah sering miring kiri dan kanan setiap 1 jam DO: Pasien tampak sering tidur miring kiri/kanan
09.30	Memonitor karakteristik luka (missal drainase, warna, ukuran, bau)	DS: Pasien mengatakan luka nya masih perih tetapi sudah berkurang DO: tampak luka post debridemen, warna merah kekuningan, berbau, tidak ada pus
10.30	Memonitor tanda-tanda infeksi	DS: Pasien mengatakan tidak ada tanda badan panas DO: Tanda-tanda infkesi seperti: kemerahan, panas, rasa sakit, pembengkan dan fungsio lasea tidak ada
11.00	Melakukan perawatan luka, dengan Langkah-langkah: 1. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan 2. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Membersihkan jaringan nekrotik 4. Memberikan madu yang sesuai ke kulit / lesi 5. Memasang balutan sesuai jenis luka 6. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Menganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 8. Menjadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien	DS: Pasien mengatakan sakitnya berkurang setelah luka dirawat dengan menggunakan madu DO: Tampak luka post debridemen, warna merah kekuningan, berbau, tidak ada pus
11.25	Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	DS: Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti

		tentang cara perawatan luka DO: Pasien dan keluarga tampak mengerti
7/4/21 09.00	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	DS: Pasien mengatakan lukanya lama sembuhnya DO: Luka pasien dikarenakan adanya penyakit kencing manis
09.10	Memotivasi pasien agar merubah posisi tiap 2 jam	DS: Pasien mengatakan sudah sering miring kiri dan kanan setiap 1 jam DO: Pasien tampak sering tidur miring kiri/kanan
09.25	Memonitor karakteristik luka (missal drainase, warna, ukuran, bau)	DS: Pasien mengatakan lukanya tidak terlau perih, pasien merasa luka membaik DO: tampak luka post debridemen, warna merah kekuningan, berbau, tidak ada pus
10.30	Memonitor tanda-tanda infeksi	DS: Pasien mengatakan tidak ada tanda badan panas DO: Tanda-tanda infkesi seperti: kemerahan, panas, rasa sakit, pembengkan dan fungsio lasea tidak ada
11.00	Melakukan perawatan luka, dengan Langkah-langkah: 1. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan 2. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Membersihkan jaringan nekrotik 4. Memberikan madu yang sesuai ke kulit / lesi 5. Memasang balutan sesuai jenis luka 6. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Menganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 8. Menjadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien	DS: Pasien mengatakan sakitnya berkurang setelah luka dirawat dengan menggunakan madu DO: Tampak luka post debridemen, warna merah kekuningan, berbau, tidak ada pus
11.20	Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	DS: Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti

---

tentang cara perawatan luka  
DO: Pasien dan keluarga  
tampak mengerti

---

## E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 6  
Evaluasi Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit Yang Mengalami  
Diabetes Melitus Tipe 2 DI Ruang Nusa Indah RSUD Bangli

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Kamis 7 April 2021 11.30 wita	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer ditandai dengan pasien mengatakan luka bekas operasi di kaki kanan terasa sakit teradapat luka post debridement pada kaki kanan, lebar kurang lebih 5 cm dan kedalaman 1 cm, warna luka kuning kemerahan, berbau, tidak ada pus. Luka terbalut rapi	S: pasien mengatakan lukanya tidak terlau perih, pasien merasa luka membaik P: Pasien mengatakan sakitnya berkurang setelah luka dirawat dengan menggunakan madu O: terdapat luka pada kaki kanan post debridemen, luka tampak membaik, warna kemerahan, tidak berbau, tidak ada pus A: tujuan tercapai sebagian P: Lanjutkan intervensi Lakukan perawatan luka secara rutin dengan menggunakan madu serta konsep aseptik	