

Lampiran 1

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. A DENGAN GANGGUAN
INTEGRITAS EGO : ANSIETAS AKIBAT GANGREN DIABETIK DI
RUANG SAID BIN ZAID RSUD AL-IHSAN**

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

Nama : Ny. A
Tanggal Lahir/ Umur : Bandung, 16 April 1971 (52)
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : Tamat SLTP
Pekerjaan : Wiraswasta
Golongan Darah : -
Diagnosa Medis : Gangren + Diabetes Mellitus Tipe 2
Nomor Medrec : 00870222
Tanggal Masuk RS : 07 April 2023
Tanggal Pengkajian : 11 April 2023
Alamat : Patrol, Kec Arjasari, Kab Bandung

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. I
Umur : 53 thn
Agama : Islam
Pendidikan : Tamat SLTP
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Patrol, Kec Arjasari, Kab Bandung

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan utama saat masuk RS

Pasien mengeluh sudah 10 hari kaki pasien bengkak dan nyeri, awalnya pasien jatuh di wc setelah kejadian itu kaki pasien muncul luka dan mengeluarkan nanah kemudian pasien di bawa ke pelayanan kesehatan, tetapi kaki pasien belum ada perkembangan luka nya mulai hitam dan bernanah kemudian pasien dibawa oleh keluarga ke rsud alihsan.

b) Keluhan utama saat dikaji

Pasien mengeluh khawatir dan cemas jika kaki nya tak kunjung sembuh, pasien mengatakan ia tidak bisa fokus pada saat berbicara karena berdebar, dan kaki kira pasien terasa sangat nyeri pada malam hari pasien tidur pasien terganggu karena ia sering BAK

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan menderita Diabetes Mellitus sudah 10 thn dan Hipertensi sejak lama, pasien rutin mengonsumsi Amlodipin 10 mg dan Metformin 500 mg, dan tidak memiliki riwayat penyakit selain itu. Pasien mengatakan belum pernah dirawat sebelumnya dan pertama kali mengalami kejadian seperti ini.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarga nya tidak ada yang mempunyai penyakit yang sama seperti pasien, tetapi ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas	Di Rumah	Saat Di Rumah Sakit
1. Makan a. Jenis b. Frekuensi c. Keluhan	Nasi Tim 3x/hari Tidak ada	Bubur/Nasi tim Sedikit tapi sering Mual dan muntah
2. Minum a. Jenis b. Frekuensi c. Keluhan	Air putih 7-8x/hari Tidak ada	Air putih 6-7x/hari Tidak ada keluhan
3. Tidur dan Istirahat a. Tidur Siang b. Tidur Malam c. Keluhan	Tidur 1-2 jam Tidur 7-8 jam Tidak ada	Tidur 1 jam Tidur 6-7 jam Tidak dapat tidur karena cemas dan nyeri
4. Eliminasi BAB & BAK - BAB a. Frekuensi b. Konsistensi c. Warna d. Keluhan - BAK a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan	1-2x/hari Lembek khas feses Kuning Khas feses Tidak ada 10-11x/hari Kuning BAK sering pada malam hari	1x/hari Sedikit Kuning khas feses Tidak ada keluhan 10-11x/hari Kuning BAK sering
5. Personal Hygiene a. Mandi b. Keramas c. Gosok Gigi	2x/hari 3x/minggu 3x/hari	1x/hari Tidak Keramas 2x/hari

6. Kegiatan a. Olahraga b. Merokok	Pasien mengatakan jarang melakukan olahraga Tidak ada	Tidak ada Tidak ada
--	--	----------------------------

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Pasien tampak terbaring lemah, kesadaran Composmentis, GCS : 15 E4, V5, M6.

2) Tanda Tanda Vital

S : 36,8 °C

N : 89x/menit

TD : 159/80 mmHg

RR : 21x/menit

SpO2 : 98%

3) Sistem Pernafasan

Hidung simetris, tampak bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi. Dada simetris, pergerakan dinding dada kanan dan kiri sama. Hidung simetris, tampak bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung, lesi tidak ada. Dada simetris, pergerakan dinding dada kanan dan kiri sama. Tidak ada keluhan dan gangguan pada pernapasan

4) Sistem kardiovaskular

Frekuensi nadi : 89x/menit , TD : 159/80 mmHg , batas paru jantung : kanan (ICS II linea parasternalis dekstra) , kiri (ICS IV

linea mid clavicula sinistra) , cor : s1 s2 tunggal regular , murmur (-) , gallop (-) , ictus cordis tidak teraba, CRT <2detik.

5) Sistem pencernaan

Mukosa bibir kering ,Tidak ada stomatitis, tidak ada caries gigi, tidak ada lubang gigi , tonsil T1-T1, refleks menelan baik, , tidak ada ketegangan abdomen, warna kulit abdomen sawo matang , tidak ada luka bekas oprasi , bentuk perut tidak buncit dan simetris , tidak ada masa , lesi ataupun perdarahan ,sklera tidak ikterik , tidak terdapat denyutan aortic , BU : 3x/menit, muntah (-) , tidak ada pembesaran hepar , tidak ada asites , tidak ada hemoroid . lambung berbunyi timpani . BB : 57 kg

6) Sistem persyarafan

Kesadaran CM, status mental : orientasi baik, motorik bicara baik, pasien jelas dalam mengucapkan kata “dan, jika, tidak, atau, tetapi”.

Pemeriksaan Nervus Kranial:

N.I (olfaktori): Penciuman pasien baik tidak terganggu.

N.II (Optikus): Penglihatan pasien baik, pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pada matanya,

N.III,IV,VI (Okulomotor, Troklearis, dan Abdusen): Pupil isokor, pergerakan bola mata kanan dan kiri baik,

N.V (Trigeminus): Sensasi wajah baik, fungsi mengunyah tidak ada kelainan.

N.VII (Fasialis): Fungsi perasa tidak ada gangguan, terdapat paralisis wajah kiri.

N.VIII (Auditori): Fungsi pendengaran baik

N. IX dan X (Glosofaring dan Vagus): Tidak terdapat kelainan

N.XI (Aksesori): Tidak terdapat kelainan, kekuatan otot normal

N.XII (Hipoglosus): Tidak terdapat kelainan.

Fungsi sensori baik, refleks bisep +, trisep +, patologis +, chaddock +, tidak ada tanda burszinski I dan II, tidak ada tanda kernig sign.

7) Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid , tidak ada bunyi bruit pada daerah leher diatas tiroid (tidak menandakan adanya turbulensi pembuluh darah tiroidea)

8) Sistem genitourinaria

Gangguan frekuensi BAK pasien mengeluh sering BAK pada malam hari, dusuria (-) , hematuria (-) , distensi kandung kemih (-), ginjal kanan dan kiri tidak teraba , pasien mengeluh nyeri pada bagian pinggang, ketika di palpasi nyeri terasa, tidak teraba pembesaran ginjal.

9) Sistem musculoskeletal

Tidak terdapat fraktur, terpasang infus RL 20 tt/menit, pasien, Pasien dapat menghindari rangsang nyeri, ROM dibantu, Pasien lemah, ekstremitas atas dan bawah bagian kiri dan kanan simetris. Tangan kiri dan tungkai kiri normal. Tidak terdapat edema pada ekstremitas baik atas maupun bawah. Terdapat edema pada kaki kanan dan kiri. Terdapat luka gangrene pada ekstremitas bawah bagian kiri Kekuatan otot ekstremitas atas kiri 5, ekstremitas bawah kiri 3, ekstremitas atas kanan 5, ekstremitas bawah kanan

10) Sistem integumen dan imunitas

Kulit lembab, akral teraba hangat, warna kulit merata, tidak ada cyanosis, mukosa pasien kering, tidak terdapat lesi pada bagian tubuh pasien, terdapat edema, terdapat luka gangren pada kaki bagian kiri, tidak ada luka decubitus, turgor kulit baik Kembali

11) Wicara dan THT

Pasien tidak mengalami gangguan komunikasi verbal, fungsi pendengaran dapat berfungsi dengan baik, pasien dapat mendengar suara detik jam, tidak ada deformitas dan deviasi pada trakea, lubang telinga lapang, tidak ada sekret, tidak ada serumen, gendang telinga utuh.

12) Sistem penglihatan

Pupil bulat dengan diameter 3mm, posisi sentral, refleks cahaya (+), mata kabur (-), membaca (+). Kedua mata simetris, tidak ada edema dan kemerahan pada daerah orbital mata, tidak terdapat lesi dan edema pada kelopak mata dan aparatus lakrimal. Tidak ada pengeluaran cairan berlebih, sclera berwarna putih sedikit keruh, konjungtiva tidak anemis, tidak terdapat nyeri, tidak terdapat benjolan di area mata

e. Data psikologis ;

- 1) Status Emosi : Pasien tidak dapat mengendalikan emosi
- 2) Kecemasan. : Pasien tampak gelisah dan cemas
- 3) Pola koping. : Pasien dan Keluarga mengatakan menyerahkan sepenuhnya kepada tim medis tentang kondisi penyakitnya. Dalam mengatasi masalah pasien biasanya meminta bantuan pada suami
- 4) Gaya komunikasi : Pasien tidak dapat fokus pada sedang diajak berbicara dalam berkomunikasi verbal pasien sering mengulang kembali perkataan yang sama, suara pasien

bergetar dan tampak terbata-bata, pengucapan pasien kurang jelas, dalam berkomunikasi non verbal pasien dapat menunjukkan rasa nyeri dan gelisah dengan meringis dan menunjukkan bagian tubuh yang terasa nyeri

5) Body image

a) Berat badan pasien dengan BB : 57 Kg dan TB : 155 cm. Warna kulit sawo matang. Pasien tidak dapat menerima kondisi fisiknya

b) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan bisa kembali beraktivitas seperti biasa, karena ia adalah ibu rumah tangga tetapi ia juga seorang pekerja di perusahaan sepatu.

c) Peran

Pasien adalah seorang Ibu Rumah Tangga, tetapi ia juga bekerja untuk membantu suaminya menafkahi keluarga, pasien seorang ibu dan juga istri..

d) Identitas

Pasien adalah seorang perempuan dewasa

e) Harga diri

Pasien tidak malu dengan penyakit yang diterimanya dan menerimanya

f. Data sosial

Pasien mengatakan ia adalah seorang ibu rumah tangga sekaligus bekerja di perusahaan sepatu. Pasien juga mengatakan suka berbincang dengan tetangga-tetangga

g. Data spiritual

Pasien mengatakan jarang mengikuti pengajian rutin tiap minggu karena ia setiap hari bekerja. Pasien mengatakan sholat wajib setiap 5x waktu sholat.

h. Data penunjang

Pemeriksaan Hematologi dilaksanakan 11 April 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hematologi			
Hematologi Lengkap			
Hemoglobin	8.6	g/dL	11.7 – 15.5
Hematokrit	23.6	%	35.0 – 47,0
Eritrosit	2.99	$10^6/\mu\text{L}$	3.8 – 5.2
Leukosit	8.0	$10^3/\mu\text{L}$	3.6 – 11.0
Trombosit	800	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 440
IPF	0.9	%	0.8 – 6.2
Elektrolyte (Na, K, Ca)			
Natrium (Na)	129	Mmol/L	134 – 145
Kalium (K)	2.8	Mmol/L	3.6 – 5.6
Kalsium (Ca)	1.22	Mmol/L	1.15 – 1.35
Fungsi Ginjal			
Ureum	76	mg/dl	10 – 50
Kreatinin	3.44	mg/dl	0.7 – 1.35
Gula Darah Sewaktu	240	mg/dl	70 – 200

i. Program dan rencana pengobatan

Nama Obat	Dosis	Rute
Metformin	3 x 500 mg	PO
Amlodipin	3 x 10 mg	PO
Keterolak	20 mg	IV
Grimiporid	1 x 1 mg	PO
Infus Ring AS	20 tpm	IV

2. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan khawatir dan cemas terhadap penyakitnya Pasien mengatakan pusing ia merasa sering mual dan sering BAK <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak gelisah Wajah pasien tampak pucat dan bibir pasien kering Pasien tidak dapat fokus ketika berbicara, suara pasien bertgetar Td 159/80 	<p>Ulkus</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p> <p>↓</p> <p>Koping tidak efektif</p> <p>↓</p> <p>Cemas</p> <p>↓</p> <p>Ansietas</p>	<p>Ansietas</p>
<p>Ds:</p> <p>Pasien mengeluh nyeri pada kaki bagian kiri</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis kesakitan Kaki kiri pasien tampak terpasang balutan Skala nyeri 3 dari (1-5) 	<p>Peningkatan gula darah</p> <p>↓</p> <p>Penumpukan glukoprotein dinding sel</p> <p>↓</p> <p>Ulkus kaki diabetik</p> <p>↓</p> <p>Debridement</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri akut</p>
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan mempunyai luka di kaki kiri Pasien mengatani nyeri pada kaki kirinya yang luka <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> Terdapat luka terbalut kasa pada kaki kiri, luka merembes, kondisi luka terdapat nekrosis berwarna hitam dan merah terdapat pus, luka gangren tampak berada pada derajat 3, 	<p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Neuropati senori</p> <p>↓</p> <p>Vikositas dah meningkat</p> <p>Suplai O2 dan nutrisi pada jaringan terhambat</p> <p>↓</p> <p>Nekrosis jaringan</p> <p>↓</p> <p>Gangren</p>	<p>Gangguan integritas jaringan</p>

terdapat eritema basah pada lapisan luar	↓ Gangguan integritas jaringan	
<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada kaki kirinya yang luka • Keluarga pasien mengatakan seluruh aktifitas pasien dilakukan ditempat tidur <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak susah menggerakkan kaki kirinya • Pasien tidak dapat melakukan aktifitas nya sehari-hari, sehingga dibantu oleh keluarga 	<p>Luka gangren</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri akibat luka gangrene</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik</p>	Gangguan mobilitas fisik

B. Diagnosa Keperawatan








1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional diri ditandai dengan pasien mengeluh cemas dan khawatir karena luka di kaki kirinya terasa sakit dan tak kunjung sembuh sehingga mengganggu aktifitas sehari-harinya
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien tampak meringis kesakitan dan terdapat luka gangren dibagian kaki kiri pasien
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan






C. Perencanaan Perawatan







N O	Diagnosa Keperawatan	Intervensi	
		Tujuan	Tindakan
1	Ansietas b.d	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan tingkat ansietas/kecemasan pasien dapat menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>8. Perilaku gelisah menurun 9. Frekuensi nadi membaik 10. Tekanan darah membaik 11. Pasien dapat kembali tenang</p>	<p>10) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stressor) 11) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 12) Pahami situasi yang membuat ansietas 13) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 14) Melakukan Perawatan luka 15) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 16) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 17) Latih teknik relaksasi dan distraksi 18) Latih terapi SEFT</p>
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam maka diharapkan nyeri dapat berkurang/hilang dengan kriteria hasil</p> <p>6. Mampu mengontrol nyeri 7. Menyatakan atau menampakan rasa nyaman bila nyeri berkurang</p>	<p>6) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 7) Berikan teknik relaksasi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 8) Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang 9) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (seperti nafas dalam, distraksi dll) 10) Kolaborasi pemberian analgetik dengan dokter</p>







		Skala nyeri berkurang menjadi 1 (0-5)	
3	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan sirkulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam maka integritas kulit dapat meningkat, dengan kriteria hasil: 5. Integritas kulit dapat dipertahankan 6. Menurunkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang	8) Monitor karakteristik luka 9) Bersihkan luka dengan NaCl/pembersih non toksik 10) Berikan salep yang sesuai resep dokter 11) Bersihkan jaringan nekrotik 12) Anjurkan perawatan luka secara mandiri 13) Anjurkan minum air yang cukup 14) Kolaborasi pemberian antibiotic dengan dokter
4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam maka diharapkan aktifitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 5. Melaporkan perasaan peningkatan kekuatan kemampuan dalam bergerak 6. Pasien dapat melakukan aktifitas mandiri secara bertahap	7) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 8) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 9) Bantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya 10) Anjurkan mobilisasi dini 11) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (seperti duduk ditempat tidur, pindah dari tempat tidur) 12) Anjurkan pasien untuk menggerakkan atau mengangkat ekstremitas sesuai kemampuan


D. Pelaksanaan

No	Tanggal dan Jam	Tindakan	DP	Paraf	
1.	11 April 2023 Pukul : 07.00	Mengobservasi Ttv E/ S : 36,8 °C N : 100x/menit TD : 159/80 mmHg RR : 21x/menit SpO2 : 99%	3,1		
		Mengganti seprei			
	07.10	E/ Seprai tampak rapih			
	07.20	Mengecek GDS			
	09.00	E/ 240			
		Memersihkan luka dengan NaCl			
		E/ Luka tampak bersih dari pus			
	10.30	Membersihkan/mengangkat jaringan nekrotik			
		E/ Jaringan mati sudah diangkat			
		Mengganti balutan luka E/ Balutan rapih dan bersih Menganjurkan pasien minum air yang cukup		2,1	
	12.00	E/ Pasien mau melakukannya		2	
		Melatih pasien melakukan distraksi dengan mendengarkan music			
	12.00	E/ Pasien tampak nyaman dan tenang		1	
	13.10	Memberikan keterolak sesuai dosis dokter		4	
E/ Pasien kooperatif					
Menganjurkan teknik terapi SEFT					
E/ Pasien mampu malakukannya dan tampak rileks Mengajarkan mobilisasi sederhana seca ra bertahap, duduk ditempat tidur, kemudian pindah dari tempat tidur E/ Pasien dapat melakukannya secara perlahan-lahan dengan dibantu					




2	12 2023 14.00	April	Mengobservasi Ttv E/ S : 37,2 °C N : 99x/menit TD : 145/80 mmHg RR : 21x/menit SpO2 : 98%					
			14.30	Membersihkan luka dengan NaCl E/ Luka tampak bersih dari pus Membersihkan/mengangkat jaringan nekrotik E/ Jaringan mati sudah diangkat	3,1			
				Mengganti balutan luka E/ Balutan rapih dan bersih Menganjurkan pasien minum air yang cukup E/ Pasien mau melakukannya	1,2			
			15.00	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam E/ Pasien tampak rileks	2,1			
			15.30	Melatih pasien melakukan distraksi dengan mendengarkan music	1			
			16.00	E/ Pasien tampak nyaman dan tenang Melatih teknik terapi SEFT	4			
			19.00	E/ Pasien mampu melakukannya dan tampak rileks	1			
			19.10	Mengajarkan mobilisasi sederhana secara bertahap, berdiri dan berjalan E/ Pasien dapat melakukannya secara perlahan-lahan dengan dibantu Menganjurkan pasien tidak minum air putih pada malam hari E/ Pasien mau melakukannya Menciptakan lingkungan yang nyaman E/ Pasien tampak tenang	2			
				13 2023 07.00	April	Mengobservasi Ttv E/ S : 37,4 °C N : 89x/menit TD : 130/80 mmHg RR : 21x/menit SpO2 : 98%		
				07.30		Mengganti seprei	3	


	09.00	E/ Seprai tampak rapih Membersihkan luka dengan NaCl E/ Luka tampak bersih dari pus Membersihkan/mengangkat jaringan nekrotik E/ Jaringan mati sudah diangkat			
	12.20	Mengganti balutan luka E/ Balutan rapih dan bersih Menganjurkan pasien minum air yang cukup	2,1		
	12.00	E/ Pasien mau melakukannya	2		
	13.00	Melatih pasien melakukan distraksi dengan mendengarkan music	1		
	11.10	E/ Pasien tampak nyaman dan tenang Memberikan keterolak sesuai dosis dokter E/ Pasien kooperatif Melatih terapi SEFT E/ Pasien mampu malakukannya dan tampak rileks Mengajarkan mobilisasi sederhana secara bertahap, berdiri dan berjalan E/ Pasien dapat melakukannya secara perlahan-lahan dan mandiri	4		
4	14 April 2023	Mengobservasi Ttv E/ S : 36,9°C N : 88x/menit TD : 145/80 mmHg RR : 21x/menit SpO2 : 97%			
	14.30	Membersihkan luka dengan NaCl E/ Luka tampak bersih dari pus Membersihkan/mengangkat jaringan nekrotik E/ Jaringan mati sudah diangkat Mengganti balutan luka E/ Balutan rapih dan bersih Menganjurkan pasien minum air yang cukup	3,1		
			1,2		

	15.00	E/ Pasien mau melakukannya Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	2,1	
	15.30	E/ Pasien tampak rileks Melatih pasien melakukan distraksi dengan mendengarkan music	1	
	16.00	E/ Pasien tampak nyaman dan tenang Melatih teknik terapi SEFT	4	
	19.00	E/ Pasien mampu melakukannya dan tampak rileks Mengajarkan mobilisasi sederhana secara bertahap, berdiri dan berjalan	1	
		E/ Pasien dapat melakukannya secara perlahan-lahan dengan dibantu Menganjurkan pasien tidak minum air putih pada malam hari E/ Pasien mau melakukannya Menciptakan lingkungan yang nyaman E/ Pasien tampak tenang	2	
5	15 April 2023 Pukul : 07.00	Mengobservasi Ttv E/ S : 37,4 °C N : 89x/menit TD : 130/80 mmHg RR : 21x/menit SpO2 : 98%		
	07.10	Mengganti seprei E/ Seprai tampak rapih	3,1	
	07.20	Membersihkan luka dengan NaCl		
	09.00	E/ Luka tampak bersih dari pus Membersihkan/mengangkat jaringan nekrotik E/ Jaringan mati sudah diangkat	1,2	
		Mengganti balutan luka E/ Balutan rapih dan bersih Menganjurkan pasien minum air yang cukup	2,1	
	10.30	E/ Pasien mau melakukannya	1	

	12.00	Melatih pasien melakukan distraksi dengan mendengarkan music	4	
	12.00	E/ Pasien tampak nyaman dan tenang	1	
	13.10	Memberikan keterolak sesuai dosis dokter E/ Pasien kooperatif Melatih terapi SEFT E/ Pasien mampu melakukannya dan tampak rileks Mengajarkan mobilisasi sederhana secara bertahap, berdiri dan berjalan E/ Pasien dapat melakukannya secara perlahan-lahan dan mandiri	2	

E. Evaluasi

Tanggal / Waktu	Dx	Catatan Perkembangan / Evaluasi	Paraf Pelaksana
15 April 2023 08.00	1	S : Pasien mengatakan tidak merasa cemas ia bisa fokus pada saat diajak bicara O : - Pasien tampak lebih tenang dan rileks - Suara pasien tidak bergetar - Pasien tampak lebih segar - TD 130/80 mm/Hg A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
15 April 2023 08.00	2	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 1 dari (1-5) O : - Pasien tampak segar A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	
15 April 2023 08.00	3	S : O : - Luka gangren masih mengeluarkan pus - Terdapat eritema basah pada lapisan luar	

		<ul style="list-style-type: none"> - Luka masih berwarna hitam <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi - Mengedukasi bagaimana perawatan luka dirumah <p>I :</p> <p>Berkolaborasi dengan keluarga untuk memonitor luka pasien</p> <p>E :</p> <p>Pasien dan keluarga dapat kooperatif</p>	
15 April 2023 08.00	4	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan kakinya dan melakukan aktifitas.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bisa berjalan sendiri ke kamar mandi - Pasien mampu beraktifitas sehari-hari <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	

Lampiran 2

Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A)

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4
1	Perasaan ansietas : Cemas Firasat buruk Takut akan pikiran sendiri Mudah tersinggung					
2	Ketegangan : Merasa tegang Lesu Tak bisa istirahat dengan tenang Mudah terkejut Mudah menangis Gemetar Gelisah					
3	Ketakutan : Pada gelap Pada orang asing Ditinggal sendiri Pada binatang besar Pada keramaian lalu lintas Pada kerumunan orang banyak					
4	Gangguan tidur : Sukar masuk tidur Terbangun pada malam hari Tidak nyenyak Bangun dengan lesu Banyak mimpi Mimpi buruk Mimpi menakutkan					
5	Gangguan kecerdasan : Sukar konsentrasi Daya ingat buruk					
6	Perasaan depresi : Hilangnya minat Berkurangnya kesenangan pada hobby Sedih Bangun dini hari Perasaan berubah-ubah					
7	Gejala somatik (otot) : Sakit dan nyeri di otot Kaku Kedutan otot Gigi gemerutuk					

	Suara tidak stabil					
8	Gejala somatic (sensorik) : Tinnitus Penglihatan kabur Muka merah atau pucat Merasa lemah Perasaan ditusuk-tusuk					
9	Gejala kardiovaskuler : Takikardia Berdebar Nyeri dada Denyut nadi mengeras Perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan					
10	Gejala respiratori : Rasa tertekan ata sempit dada Perasaan tercekik Sering menarik napas Napas pendek/sesak					
11	Gejala gastrointestinal : Sulit menelan Perut melilit Gangguan pencernaan Mual Muntah Nyeri sesudah dan sebelum makan Konstipasi atau susah BAB Kehilangan berat badan Diare					
12	Gejala urogenital : Sering buang air kecil Tidak dapat menahan air seni Amenorea Menorhagia Ereksi hilang Impotensi					
13	Gejala otonom : Mulut kering Muka merah Mudah berkeringat Pusing sakit kepala					
14	Tingkah laku pada wawancara : Gelisah Tidak tenang Jari gemetar Kerut kening Tonus otot meningkat Muka merah Napas cepat dan pendek					

Keterangan :

1. Skor <6 : tidak ada kecemasan
2. Skor 7-14 : kecemasan ringan

3. Skor 15-27 : kecemasan sedang
 4. Skor >27 : kecemasan berat



PROSEDUR PERAWATAN LUKA(MENGGANTI BALUTAN)

1. Tujuan
 - 1.1 Mencegah terjadinya infeksi
 - 1.2 Memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien dan orang lain
 - 1.3 Mencegah infeksi silang
2. Ruang Lingkup
Dilakukan pada setiap luka yang dibalut, pada waktu-waktu tertentu atau bila diperlukan
3. Acuan
 - 3.1. Smeltzer SC, Bare BG, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, EGC, Jakarta
 - 3.2. Perry-Potter, 2006, Clinical Nursing Skills and Techniques, Elsevier Mosby
 - 3.3. Perry-Peterson-Potter, 2002, Ketrampilan dan Prosedur Dasar, EGC, Jakarta
4. Definisi
Menukar balutan atau penutup luka yang sudah kotor atau lama dengan penutup atau pembalut luka yang baru
5. Prosedur
 - 5.1 Tanggung jawab dan wewenang
 - 5.1.1. Bagian akademik bertanggung jawab dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pencapaian kompetensi
 - 5.1.2. Koordinator mata ajaran terkait bertanggung jawab dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi SOP ini
 - 5.1.3. Anggota Tim dan Instruktur Klinik bertanggung jawab atas penggunaan SOP dan pencapaian kompetensi di klinik / di lahan praktek
 - 5.2. Pelaksanaan
 - 5.2.1. Pastikan kebutuhan klien akan pengobatan dengan cara kompres terbuka
 - 5.2.2. Persiapan klien
 - 5.2.2.1 Sampaikan salam (lihat SOP komunikasi terapeutik)
 - 5.2.2.2 Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
 - 5.2.3. Persiapan alat
 - 5.2.3.1 Seperangkat peralatan steril dalam tempatnya meliputi :
 - 5.2.3.1.1. Piset anatomis (2 buah)
 - 5.2.3.1.2. Pinset chirurgis
 - 5.2.3.1.3. Gunting jaringan
 - 5.2.3.1.4. Kasa steril
 - 5.2.3.1.5. Kom kecil scalpel
 - 5.2.3.1.6. Sarung tangan



- 5.2.3.1.7. alat tenun steril
- 5.2.3.1.8. lidi watten

5.2.3.2. Seperangkat peralatan tidak steril meliputi ;

- 5.2.3.2.1. Gunting verban
- 5.2.3.2.2. Plester
- 5.2.3.2.3. Wash bensin dalam tempatnya
- 5.2.3.2.4. Bengkok
- 5.2.3.2.5. Obat atau alat luka sesuai kebutuhan
- 5.2.3.2.6. Masker
- 5.2.3.2.7. Barak schort
- 5.2.3.2.8. Tutup kepala
- 5.2.3.2.9. Tempat sampah

5.2.4. Persiapan pasien

- 5.2.4.1. Pasien diberi informasi tentang rencana tindakan dengan komunikasi terapeutik
- 5.2.4.2. Mengatur posisi sesuai kebutuhan dengan memperhatikan keamanan dan kenyamanan serata privacy pasien

5.2.5. Persiapan lingkungan

Jaga privacy klien dengan menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman

5.2.6. Mencuci tangan sesuai SOP mencuci tangan

5.2.7. Balutan lama dibuka dan dibuang ke tempatnya

5.2.8. Bekas plester dibersihkan dengan wash bensin menggunakan lidi watten

5.2.9. Luka dibersihkan dengan kapas yang dibasahi larutan desinfektan dan dilakukan satu arah dari dalam ke luar

5.2.10. Kapas kotor dibuang ke tempatnya

5.2.11. Pinset yang telah dipakai dibuang ke dalam bengkok

5.2.12. Luka diberi obat yang telah ditentukan

5.2.13. Luka ditutup dengan kain kasa steril menggunakan pinset steril. Usahakan serat kasa jangan melekat pada luka

5.2.14. Luka dibalut atau diplester secara rapi

5.2.15. Setelah selesai pasien dirapikan

5.2.16. Peralatan dibersihkan. Dobereskan dan dikembalikan ke tempatnya semula



5.2.17. Dokumentasikan hasil tindakan dan respon pasien

6. Pengendalian / Pemantauan:

- 6.1. Buku Pedoman pencapaian kompetensi
- 6.2. Format penilaian ceklis SOP tindakan memasang infus
- 6.3. Absensi peserta didik dan dosen yang telah ditanda tangani
- 6.4. Dokumentasi laporan praktikum (asuhan keperawatan)

7. Dokumentasi :

- 7.1. Laporan praktek

8. Pengesahan :

Disusun oleh:
oleh:

Diperiksa oleh:

Disetujui dan disyahkan

Tim MA.....



Bagian Pendidikan

Ketua Prodi





Tanggal.....

Tanggal.....

Tanggal.....



	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Hilda Fieria Handayani
 NIM : P17320120033
 Nama Pembimbing : Ibu SUKARNI S.Pd., S.Kep., Ners., M.Kes
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada pasien
gangren diabetik dengan gangguan integritas ego : ansietas
di rumah sakit umum daerah al-ihzan Kabupaten Bandung

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	Rabu 25/01 2023	Mendiskusikan mengenai penyakit yang diminati	Mencari literatur mengenai penyakit yang diminati		
2	Kamis 26/01 2023	Mendiskusikan judul studi kasus	Membuat latar belakang		

3	Senin 27/01 2023		Melanjutkan	Cuf	Sk
4	Jumat 28/01 2023	Meniskusikan Latar belakang	Melanjutkan Menuliskan Latar belakang	Cuf	Sk
5	Kamis 02/02 2023	Memperbaiki bab I	- Memperbaiki bab I - melanjutkan bab II	Cuf	Sk
6	Jumat 03/02 2023	Melanjutkan bab II	- Memperbaiki bab 2	Cuf	Sk
7	Rabu 08/02 2023	Mengerjakan Bab 3	Melanjutkan bab 3	Cuf	Sk

8	Senin 05/06 2023		- Lanjutkan BAB 4-5 - praktek	Caf	Sh
9	Selasa 06/06 2023		rec	Caf	Sh
10	Selasa 12/06 2023	Revisi		Caf	Sh
11	Selasa 13/06 2023	Revisi		Caf	Sh
12	Rabu 14/06 2023	Acc Perbaikan		Caf	Sh

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	





Nama Mahasiswa : Huda Fitria Handayani
 NIM : P17320120033
 Nama Pembimbing : Ibu Dr. Lina Eruna
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada pasien
gancan diabetik dengan gangguan integritas ego : ansietas
dirumah sakit umum daerah Al-Ihsan Kabupaten
Bandung

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	Selasa 24/01 2023	Menyampaikan persepsi dalam penyusunan KTI	Menyusun		
2	Jumat 24/02 2023	Pengarahan ketenehan baru KTI	Menyusun Penyusunan		

3	9 Maret 2023	BAB I-II	<ul style="list-style-type: none"> - judul perbaikan - cover kerta - data balok 2 		
			<ul style="list-style-type: none"> - Tata letak BAB I - II - Asumsi program - Perhitungan Spasi, pada penulisan, cara penyusunan. 		
4	Senin 20 Maret 2023	BAB - II	<ul style="list-style-type: none"> - Data produksi DM & PTV tambah - Perbaiki kalimat yg sulit & pahami - Konsisten: DM, 		
5	Senin		<ul style="list-style-type: none"> - Subjek, objek, predikat - Konsisten: ketetapan, asimetri ? - cara yg pusing 		
6			<ul style="list-style-type: none"> - Bab 2: tambah - ketetapan / ketetapan asimetri yg pusing yang sudah 		

7
Senin
3 April 2023

Perbaikan
saya, proposal

8	Selasa 30/mei 2023	Mendiskusikan Bab 4 dan bab 5	Melanjutkan bab 4 bab 5		
9	Rabu 15/06 2023	Revisi	Revisi setelah sidang		
10					

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Diri

Nama : Hilda Fitria Handayani

Tempat, Tanggal lahir : Cianjur, 07 Desember 2002

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jl Raya Ciogong, Kampung Citiis, Rt 02 Rw 01

Desa Talagasari, Kecamatan Sindangbarang,

Kabupaten Cianjur

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN Tegalega (2006 – 2014)
2. MTS Al-Muthmainnah (2014 – 2017)
3. SMA Plus Yaspida (2017 – 2020)
4. Poltekkes Kemenkes Bandung (2020 – sekarang)