

DAFTAR PUSTAKA

- Astutisari, N., dkk. (2022). *Diabetes Melitus dan Penatalaksanaannya*. Jakarta: Penerbit Kesehatan.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Singapore: Elsevier.
- Baker, A., et al. (2021). Management of Ischemic Gangrene and Diabetic Foot Ulcers. *Journal of Vascular Surgery*, 74(2), 456–463.
- Brown, R., et al. (2021). Hyperbaric Oxygen Therapy in Ischemic Wound Healing. *International Wound Journal*, 18(4), 520–528.
- Clayton, W., & Elasy, T. A. (2009). A Review of the Pathophysiology, Classification, and Treatment of Foot Ulcers in Diabetic Patients. *Clinical Diabetes*, 27(2), 52–58.
- Dangol, N. (2011). Diabetic Foot Ulcer: A Review. *Kathmandu University Medical Journal*, 9(2), 143–150.
- Erida Silalahi, dkk. (2021). Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe 2 Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 24(3), 155–162.
- Erin. (2015). *Gangren dan Penatalaksanaannya*. Jakarta: EGC.
- Febiyanti, N. P., Biyanzah, B., Pamukhti, D., Dressing, M. W., & Diabetikum, U. (2021). *PENERAPAN PERAWATAN LUKA MODERN WOUND DRESSING*. 1–15.
- Hendrawan, A., dkk. (2023). Gambaran Diabetes Melitus Tipe 2 dan Faktor Risiko yang Mempengaruhi. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 14(1), 12–20.
- Herin. (2018). *Perawatan Luka Gangren pada Pasien Diabetes Mellitus*. Jakarta: Salemba Medika.
- Karina, G. P., Ners, P. P., Keperawatan, F., Padjadjaran, U., Keperawatan, D., Bedah, M., Keperawatan, F., & Padjadjaran, U. (2024). *Penerapan Hydrogel dan Antimicrobial Dressing terhadap Penyembuhan Luka dan Sensasi Perifer pada Pasien Gangrene Pedis*. 2(3).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Situasi dan Analisis Diabetes*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Lenny, N., dkk. (2021). *Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien Diabetes Melitus*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Lestari, D., dkk. (2021). Pemeriksaan Penunjang pada Pasien Diabetes Mellitus. *Jurnal Laboratorium Klinik Indonesia*, 8(2), 67–75.
- Miller, J., et al. (2023). Antibiotic Therapy in Diabetic Foot Infection and Wet Gangrene. *Diabetes Care*, 46(5), 1120–1128.
- Mustofa, M., dkk. (2022). Patofisiologi Diabetes Melitus dan Komplikasinya. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 11(1), 45–52.
- Penerapan, A., Luka, P., Pada, G., Of, A., Application, T. H. E., Treatment, O. F., & Gangrene, O. F. (2022). *Jurnal Keperawatan*. 14(Dm), 171–178.
- PERKENI. (2021). *Pedoman Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: PB PERKENI.
- Primadani, D., & Safitri, A. (2021). Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 35–42.
- Ramadania. (2022). Situasi Diabetes Melitus di Indonesia Berdasarkan Data IDF Tahun 2021. *Jurnal Kesehatan Nasional*, 6(1), 20–25.

- Rosa, E., dkk. (2019). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Gangren Diabetik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Setati, S. (2015). Faktor Risiko Penyakit Arteri Perifer pada Pasien Diabetes Melitus. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 2(3), 145–151.
- Smith, J., & Johnson, R. (2022). Endovascular Revascularization for Critical Limb Ischemia. *Vascular Medicine*, 27(4), 310–318.
- Sudoyo, A. W., dkk. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: FKUI.
- Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M., & Setiati, S. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam* (Edisi 5). Jakarta: Interna Publishing.
- Supriyatin, T., & Pranajasakti, G. (2025). *Perawatan Luka Diabetikum pada Klien dengan Gangren Wound Care for Diabetic Patients with Gangrene Universitas Muhammadiyah Ahmad Dahlan , Indonesia KRMT Wongsonegoro Semarang menunjukan kasus penderita diabetes mellitus pada tahun 2017 periode januari mencapai 55 kasus yang sebagian besar perawatan pasien selalu. 2.*
- Williams, K., et al. (2020). Multidisciplinary Approach in Diabetic Foot Management. *Journal of Wound Care*, 29(8), 450–458.





DEPARTEMEN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Tgl / jam MRS : 03/06/2026
 Dx. Medis : Diabetes Mellitus
 Tgl. Pengkajian : 03/06/2026

A. IDENTITAS KLIEN

Nama	: Ny. B	Suami / Istri / Orang tua :
Umur	: 50 Thn	Nama
	:	Jenis Kelamin
	:	: P
	:	Pekerjaan
	:	: Islam
	:	Alamat
	:	: Jawa
Bahasa	: Indonesia	Penanggung jawab :
Pendidikan	: SLTP	Nama
	:	Alamat
	:	Pekerjaan : IRT
	:	Status : Kawin
Alamat	: Glundengan , Wuluhan	

B. KELUHAN UTAMA

Pasien mengatakan nyeri

C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Px mengatakan merasakan nyeri pada area telapak kaki kanan dan kiri , terdapat luka terbuka yg mengering dan dalam , rasanya nya seperti disayat sayat.
 Upaya yang telah dilakukan : Pasien memeriksakan diri ke tenaga medis terdekat.
 Terapi yang telah diberikan : Tindakan rawat luka.

D. RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

Px mengatakan memiliki riwayat darah rendah

E. **RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA**

Pasien mengatakan bahwa keluarga tidak ada yang memiliki penyakit yang sama seperti yang diderita oleh pasien.

vGenogram :



F. **Keadaan Lingkungan Yang Mempengaruhi Timbulnya Penyakit**
Pola makan yang tidak sehat dan kurang aktivitas.

G. **POLA FUNGSI KESEHATAN**

1. Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Pasien mengatakan jika sakit akan memeriksakan diri ke praktik mandiri tenaga kesehatan dan kurang berani untuk memeriksakan dirinya ke RS. Terkadang juga membeli obat secara mandiri di apotik atau warung terdekat.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Psien mengatakan tidak memiliki keluhan terhadap maskan dan minum. makan 3x/hari dan minum sekitar 7 gelas.

3. Pola eliminasi

Pasien mengatakan tidak memiliki masalah pada BAB namun pada BAK nya pasien mengatakan sering kencing pada malam hari dan terbangun dari tidurnya.

4. Pola aktifitas

Pasien mengatakan bahwa dapat melakukan aktivitas sehari hari secara mandiri namun hanya untuk aktivitas ringan saja, jika aktivitas berat pasien biasanya dibantu oleh keluarga.

5. Pola istirahat – tidur

Pasien mengatakan bahwa sering merasa ngantuk di pagi hari dikarenakan pada malam hari biasanya terbangun untuk kencing.

6. Pola kognitif dan persepsi sensori

Klien mampu berkomunikasi dengan baik dan menjawab pertanyaan secara kooperatif. Klien tampak sadar penuh serta mampu mengenali identitas diri, tempat, dan waktu dengan baik. Klien mengeluhkan nyeri pada area telapak kaki kanan dan kiri akibat luka yang dialami. Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat dan bertambah saat digunakan untuk berjalan. Pada pemeriksaan fisik ditemukan nyeri tekan pada area betis bagian bawah hingga telapak kaki.

7. Pola konsep diri

Klien mengatakan sebelumnya merasa malu dengan kondisi luka yang dialaminya karena khawatir orang lain merasa jijik terhadap keadaannya. Namun saat ini klien mengaku sudah dapat menerima kondisi penyakit yang dideritanya. Klien berharap kondisi lukanya dapat membaik sehingga dapat beraktivitas dengan lebih nyaman dan tetap menjalankan perannya dalam keluarga sesuai dengan kemampuannya.

8. Pola hubungan – peran

Klien mengatakan hubungan dengan keluarga dan orang-orang terdekat berjalan dengan baik. Klien mendapatkan dukungan dari keluarga selama menjalani perawatan. Meskipun sempat merasa malu dengan kondisi penyakit yang dialaminya, saat ini klien sudah dapat menerima keadaannya dan tetap berinteraksi dengan keluarga maupun lingkungan sekitar sesuai kemampuannya.

9. Pola fungsi seksual – seksualitas

Pasien memiliki dua anak laki-laki dan belum mempunyai cucu.

10. Pola mekanisme koping

Klien mengatakan pada awal mengalami penyakitnya merasa malu dan kurang percaya diri karena takut orang lain merasa jijik terhadap kondisi yang dialaminya. Namun saat ini klien mengaku sudah dapat menerima kondisi penyakitnya dan berusaha menjalani perawatan yang diberikan. Klien tampak kooperatif selama proses pengkajian dan mampu mengungkapkan perasaan yang dirasakannya.

11. Pola nilai dan kepercayaan

Klien beragama Islam dan meyakini bahwa kesembuhan berasal dari Allah SWT. Klien tetap menjalankan ibadah sesuai kemampuan yang dimiliki selama kondisi kesehatannya memungkinkan. Klien percaya bahwa pengobatan dan perawatan yang dijalani merupakan salah satu upaya untuk memperoleh kesembuhan.

H. STATUS MENTAL (PSIKOLOGIS)

Klien tampak tenang, kooperatif, dan mampu berkomunikasi dengan baik selama proses pengkajian. Klien mengatakan sebelumnya sempat merasa malu dengan kondisi penyakit yang dialaminya karena khawatir orang lain merasa jijik terhadap keadaannya. Namun saat ini klien mengaku sudah dapat menerima kondisi penyakitnya dan berusaha menjalani perawatan yang diberikan.

I. PEMERIKSAAN FISIK

1. Status kesehatan umum
- Keadaan / penampilan umum
- : cukup
- Kesadaran : compesmentis
- BB sebelum sakit : 56 kg
- BB saat ini : 45 kg
- BB ideal :
- Perkembangan BB :
- Tanda– tanda Vital :
- TD : 100/80 mmHg
- N : 83 x/mnt
- G C S : 456
- T B : 167 cm
- Suhu : 36,1□C
- RR : 20x/mnt
2. Kepala
- Bentuk kepala simetris, rambut tampak bersih dan tidak ditemukan luka. Pada palpasi tidak ditemukan benjolan maupun nyeri tekan.
3. Leher
- Bentuk leher simetris, tidak ditemukan luka maupun kelainan. Pada palpasi tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid.
4. Thorax (dada)
- Bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada kanan dan kiri seimbang serta tidak terdapat retraksi. Pada palpasi tidak ditemukan nyeri tekan dan ekspansi dada simetris. Hasil perkusi menunjukkan bunyi sonor, sedangkan auskultasi menunjukkan suara napas vesikuler tanpa suara napas tambahan.
5. Abdomen
- Abdomen tampak simetris, tidak terdapat distensi maupun pembengkakan. Bising usus terdengar normal, perkusi menunjukkan bunyi timpani, dan tidak ditemukan nyeri tekan pada palpasi.

6. Tulang belakang

Ekstremitas atas tampak simetris kanan dan kiri, warna kulit merata, tidak terdapat edema maupun luka. Suhu kulit hangat, turgor kulit baik, serta tidak ditemukan nyeri tekan.

7. Ekstremitas

Ekstremitas bawah tampak simetris kanan dan kiri. Kulit terlihat kering dengan warna kemerahan kehitaman. Terdapat luka pada telapak kaki kanan dan kiri yang tampak kehitaman dan mengering. Pergerakan ekstremitas bawah menurun akibat nyeri saat berjalan. Pada palpasi kulit teraba sedikit hangat pada area betis bagian bawah dan terdapat nyeri tekan pada area betis hingga telapak kaki.

8. Genetalia dan anus
tidak dikaji

9. Pemeriksaan neurologis

Klien dalam keadaan compos mentis, mampu berkomunikasi dengan baik dan merespons pertanyaan secara tepat. Orientasi terhadap orang, tempat, dan waktu baik. Tidak ditemukan gangguan bicara maupun gangguan kesadaran. Klien mengeluhkan nyeri pada kedua telapak kaki yang disebabkan oleh luka gangren. Pergerakan ekstremitas bawah menurun akibat nyeri saat berjalan.

J. **PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK**

1. Laboratorium: -
2. Radiologi: -

K. TERAPI

1. Oral

.....

.....

.....

.....

2. Parenteral

.....

.....

.....

.....

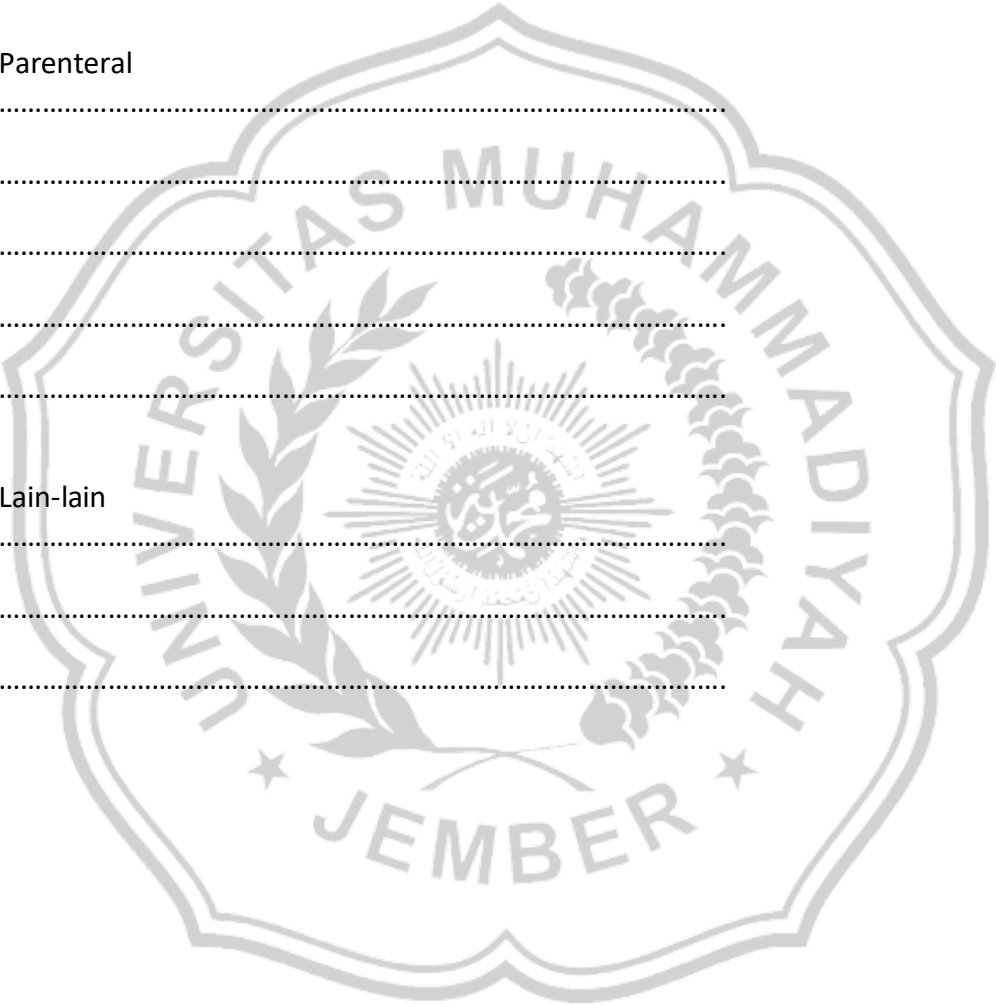
.....

3. Lain-lain

.....

.....

.....



Jember, 03 Juni 2026
Mahasiswa,

NIM. 2301021046

ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS: Klien mengatakan memiliki luka terbuka pada kedua telapak kaki. DO: Terdapat luka gangren pada kedua telapak kaki.	Kerusakan integritas kulit/jaringan	Risiko Infeksi



DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN
SESUAI PRIORITAS

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan gangguan sirkulasi perifer ditandai dengan adanya luka gangren pada telapak kaki kanan dan kiri. 

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

TGL	NO Dx.	Dx. KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA STANDAR	INTERVENSI	RASIONAL
03/06/21. 026		Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan gangguan sirkulasi perifer ditandai dengan adanya luka gangren pada telapak kaki kanan dan kiri.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun. 2. Kemerahan menurun. 3. Nyeri pada area luka menurun. 4. Kondisi luka membaik. 5. Kebersihan luka terjaga.	1. Identifikasi lokasi, ukuran, warna, dan kondisi luka. 2. Monitor tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, pus, dan peningkatan suhu lokal. 3. Bersihkan luka menggunakan NaCl 0,9% sesuai prosedur. 4. Lakukan perawatan luka dan penggantian balutan sesuai SOP. 5. Edukasi pasien mengenai pentingnya menjaga kebersihan luka.	1. Mengetahui perkembangan kondisi luka. 2. Mendeteksi dini terjadinya infeksi. 3. Membantu membersihkan luka tanpa merusak jaringan sehat. 4. Menjaga kelembapan dan kebersihan luka sehingga mempercepat penyembuhan. 5. Meningkatkan partisipasi pasien dalam proses penyembuhan.

IMPLEMENTASI

TGL/JAM	Dx.	NO	TINDAKAN KEPERAWATAN	PARAF
03/06/2026	1.		1. Mengidentifikasi kondisi luka meliputi lokasi, warna, kondisi jaringan, dan adanya nyeri pada area luka. 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur perawatan luka kepada klien. 3. Menyiapkan alat dan bahan perawatan luka. 4. Melepaskan balutan lama secara aseptik. 5. Mengobservasi kondisi luka pada telapak kaki kanan dan kiri. 6. Membersihkan luka menggunakan larutan NaCl 0,9%. 7. Mengeringkan area sekitar luka menggunakan kasa steril. 8. Memasang balutan steril sesuai kondisi luka. 9. Mengedukasi klien untuk menjaga kebersihan luka dan menghindari tekanan berlebih pada area kaki. 10. Mendokumentasikan hasil tindakan keperawatan.	Fatur

EVALUASI

MASALAH KEPERAWATAN	TGL / JAM	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan gangguan sirkulasi perifer ditandai dengan adanya luka gangren pada telapak kaki kanan dan kiri.	03/06/2026	S : Klien mengatakan nyeri masih dirasakan namun dapat ditoleransi. O : Luka tampak bersih setelah dilakukan perawatan, tidak terdapat perdarahan selama tindakan. A : Gangguan integritas kulit belum teratasi, kondisi luka menunjukkan perbaikan. P : Lanjutkan perawatan luka sesuai prosedur.	Fatur
Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan gangguan sirkulasi perifer ditandai dengan adanya luka gangren pada telapak kaki kanan dan kiri.	04/06/2026	S : Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka. O : Luka tampak bersih, balutan terpasang dengan baik, tidak ditemukan tanda infeksi pada area luka. A : Gangguan integritas kulit teratasi sebagian. P : Anjurkan klien melanjutkan perawatan luka secara rutin dan melakukan kontrol ke fasilitas kesehatan.	Fatur

