

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN NY M. W DENGAN ULKUS DIABETIKUM PEDIS DEXTRA YANG DIBERIKAN PERAWATAN LUKA BALUTAN MODERN UNTUK PENYEMBUHAN LUKA DI RUANG BEDAH RSUD ABEPURA

*Karya ilmiah Akhir Ners ini dipersembahkan untuk mendapatkan gelar Ners di
Prodi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Jayapura*



DISUSUN OLEH:

HELDA SOUKOTTA, S.Tr.Kep

NIM: PO 7120921022

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN**

2022

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN NY M. W DENGAN ULKUS DIABETIKUM PEDIS DEXTRA YANG DIBERIKAN PERAWATAN LUKA BALUTAN MODERN UNTUK PENYEMBUHAN LUKA DI RUANG BEDAH RSUD ABEPURA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Helda Soukotta

NIM : PO 7120921022

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atas pemilikan orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau terdapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Jayapura, Agustus 2022
Yang membuat pernyataan

Helda Soukotta

HALAMAN PERSETUJUAN

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. M.W DENGAN ULKUS DIABETIKUM PEDIS DEXTRA YANG DIBERIKAN PERAWATAN LUKA BALUTAN MODERN UNTUK PENYEMBUHAN LUKA DIRUANG BEDAH RSUD ABEPURA

Oleh

Helda Soukotta
PO.71.2.09.21.022

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah disetujui untuk diseminarkan

Jayapura, Agustus 2022

Dosen Pembimbing



Ns. Rohmani, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP:198307062009121002

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



Blestina Maryorita, S.Kep.,Ns., MSN., M.Si
NIP. 19670501986012001

HALAMAN PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.
M.W DENGAN ULKUS DIABETIKUM PEDIS DEXTRA YANG
DIBERIKAN PERAWATAN LUKA BALUTAN MODERN UNTUK
PENYEMBUHAN LUKA DIRUANG BEDAH RSUD ABEPURA**

Oleh

Helda Soukotta
PO.71.2.09.21.022

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah disetujui untuk dipertahankan dan disahkan

Jayapura, 12 Agustus 2022

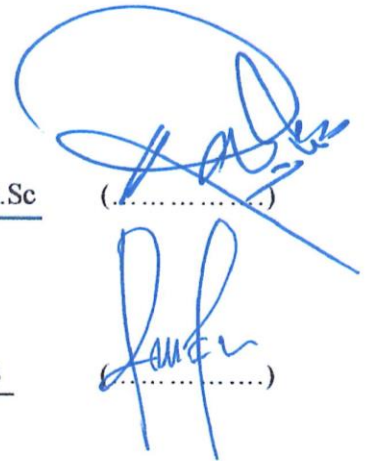
DEWAN PENGUJI :

Penguji Utama : Zeth Roberth Felle, S.Kep.,Ns., M.Sc

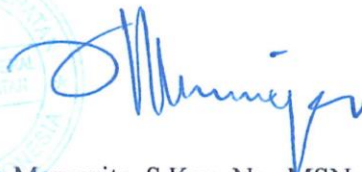
NIP. 198009182001121004

Penguji Anggota : Ns. Rohmani, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIP. 198307622009121002



Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



Blestina Maryorita, S.Kep.,Ns., MSN., M.Si
NIP. 19670501986012001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yesus Kristus Juru Selamat Kami yang telah banyak melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya yang tak terhingga membuat penulis mampu menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ners (KIAN) yang berjudul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Ny. M.W Dengan Ulkus Diabetikum Pedis Dextra Yang Diberikan Perawatan Luka Balutan Modern Untuk Penyembuhan Luka Di Ruang Bedah RSUD Abepura”. Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan guna menyelesaikan pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan yang baik ini menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Ester Rumaseb, S.Pd., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura
2. Ibu Dr. Nouvy Helda Warouw, S.Kep.,Ns., MPH selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
3. Ibu Blestina Maryorita, S.Kep.,Ns., M.SN., M.Si selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners.
4. Ibu Nasrah, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku Koordinator Profesi Ners Program Studi Pendidikan Profesi Ners
5. Ibu dr. Daisy C. Urbinas selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Abepura yang telah memberikan izin praktik kepada penulis
6. Bapak Ns. Rohmani, S.Kep.,M.Kep.Sp.Kep.MB selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang selalu memberikan masukan, saran dalam setiap perbaikan ini.
7. Kepala Ruangan Bedah Wanita yang telah banyak membantu dalam praktik penulis selama ini
8. Seluruh Dosen dan Staff pengajar dan pembimbing pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang telah banyak membantu dan bimbingan selama menempuh pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura
9. Spesial untuk kedua orang tua saya, suami dan anak-anak saya, yang telah sangat luar biasa memberikan moral dan material selama menempuh pendidikan ini hingga selesai menjadi Mahasiswa Profesi Ners

10. Kepada teman-teman seperjuangan profesi ners angkatan 2019, terima kasih untuk kekompakkan semuanya dan telah banyak memberikan masukan dan bantuan berharga dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Semoga Tuhan Yesus akan membalas kebaikan semuanya dan karunia yang berlimpah. Penulis menyadari bahwa KIAN ini masih banyak kekurangan, memohon untuk mendapatkan masukan dan saran yang membangun. Semoga karya ilmiah akhir ners ini bermanfaat dalam memberikan informasi di bidang kesehatan terutama Bidang Keperawatan.

Jayapura, Agustus 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	5
C. Manfaat	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Diabetes Mellitus	7
B. Konsep Ulkus Diabetikum	13
C. Konsep Perawatan Luka Modern	21
D. Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum	27
E. Kerangka Konsep	39
BAB III. TINJAUAN KASUS	40
A. Pengkajian	40
B. Diagnosa Keperawatan	54
C. Intervensi	55
D. Implementasi	60
E. Evaluasi	60
BAB IV. ANALISIS SITUASI MASALAH	82
A. Analisa Masalah Keperawatan Dengan Konsep Terkait Dan Konsep Kasus Terkait	82
B. Alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan	83
C. Alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan	86
BAB V. PENUTUP	87
A. Kesimpulan	87
B. Saran	88
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Klasifikasi Ulkus Diabetikum	22
Tabel 2.2 Intervensi Ulkus Diabetikum	32
Tabel 3.1. Pola Aktivitas Sehari-hari	43
Tabel 3.2. Analisa Data	43
Tabel 3.3. Pemeriksaan Head To Toe	48
Tabel 3.4. Intervensi Keperawatan	55
Tabel 3.5. Implementasi dan Evaluasi	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Patofisiologi Ulkus Daibetikum	16
Gambar 2.2. Pathway	17
Gambar 2.3 . Kerangka Konsep Asuhan Keperawatan	39
Gambar 3.1. Genogram	42

DAFTAR LAMPIRAN

SPO Perawatan Luka Modern

Dokumentasi Mahasiswa

Lembar Bimbingan Mahasiswa

ABSTRAK

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN NY M. W DENGAN ULKUS DIABETIKUM PEDIS DEXTRA YANG DIBERIKAN PERAWATAN LUKA BALUTAN MODERN UNTUK PENYEMBUHAN LUKA DI RUANG BEDAH RSUD ABEPURA

Helda Soukotta¹, Rohmani²

Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

Latar belakang: Diabetes mellitus merupakan gangguan metabolisme ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah atau hiperglikemi yang ada kaitannya dengan abnormalitas metabolisme terhadap karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan karena tubuh tidak bisa mengsekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin. Metode perawatan luka yang berkembang saat ini ialah perawatan luka dengan menggunakan prinsip *moisture balance*, dimana disebutkan dalam beberapa literature lebih efektif untuk proses penyembuhan luka bila dibandingkan dengan metode konvensional. Selama ini, anggapan bahwa luka cepat sembuh itu karena mengering. Tujuan: untuk menggambarkan kasus Ulkus Diabetikum Dextra Ny.M.W serta mengetahui efektivitas perawatan luka *Modern dressing* terhadap tingkat penyembuhan luka Ulkus Diabetikum di Ruang Bedah RSUD Abepura. Metode: studi kasus berdasarkan penerapan *evidence based practice*. Hasil: Hasil implementasi *Evidence Based Practice / Nursing* yaitu perawatan luka modern menggunakan metode *moist dressing* selama 3 hari didapatkan hasil proses penyembuhan luka ulkus semakin membaik. Kesimpulan: Perawatan luka modern dengan metode *moist dressing* efektif digunakan pada pasien ulkus diabetikum.

Keyword: Ulkus Diabetikum, Perawatan Luka Modern, Penyembuhan Luka.

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CLINICAL PRATICE ON THE PATIEN MS M.W WITH A BIABECITUM PEDIS DEXTRA ULCER WHO WAS GIVEN MODERN WOUND DRESSING TREATMEN FOR WOUND HEALING IN THE OPERATING ROOM OF ABEPURA HOSPITAL BY

Helda Soukotta¹, Rohmani²

Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

Background: Diabetes mellitus is a metabolic disorder characterized by high levels of sugar in the blood or hyperglycemy which is related to metabolic abnormalities against kerbohydrate, fat and protein caused by the body not being able to secrete insulin or decreased insulin sensitivity. The wound treatment method that is developing today is wound treatment using the principle of moisture balance, which is mentioned in several literatures that it is more effective for the wound healing process when compared to conventional methods So far, the assumption that the wound heals quickly because it dries Purpose: to describe the case of Diabetic Ulcer Dextra Mrs.M.W and know the effectiveness of modern wound treatment dressing against the degree of wound healing Diabetic Ulcer in the Room Abepura Hospital Surgery. Method: a case study based on the application of evidence based practice. The results of the implementation of Evidence Based Practice / Nursing, namely modern wound care using the moist dressing method for 3 days, obtained the results of the ulcer wound healing process getting better. Conclusion: Modern wound treatment with the method of moist dressing is effectively used in patients with diabetic ulcers.

Keywords: Diabetic Ulcer, Modern dressing, Febris, wound Healing.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit tidak menular saat ini berkembang dengan cepat menjadi salah satu masalah kesehatan dan penyebab kematian yang merupakan ancaman global bagi kesehatan dunia. Salah satu penyakit tidak menular yang menjadi perhatian dunia adalah Diabetes Mellitus (DM). *World Health Organization* (WHO) menunjukkan data bahwa pada tahun 2017, 422 juta orang dewasa dengan diabetes, kenaikan 4 kali lipat dari 108 juta di 1980an dengan angka kematian pada tahun 2017 mencapai 2,2 juta kematian. Pada tahun 2040 diperkirakan jumlah diabetes akan meningkat menjadi 642 juta. Hampir 80% diabetes ada di negara berkembang yang berpenghasilan rendah dan menengah. Pada tahun 2017 juga persentase orang dewasa sebanyak 8,5% (1 diantara 11 orang dewasa menyandang diabetes).

Atlas diabetes menunjukan, bahwa Asia menempati urutan ke 3 angka diabetes di dunia. Di Indonesia sendiri pada tahun 2017 menempati peringkat ke 6 di dunia bersama dengan Amerika Serikat, India, China, Brazil Rusia, dan Meksiko. Jumlah penderita diabetes mellitus di Indonesia sebanyak 3.941.698 kasus dan 2.687.994 kasus (68,19%) telah mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan (IDF, 2017).

Kejadian diabetes mellitus di Provinsi Papua menduduki urutan ke 29 dari 34 Provinsi, yaitu sebanyak 8.644 kasus dan sebanyak 8.529 kasus (98,67%) mendapatkan pelayanan sesuai standar. Data laporan tahunan RSUD Abepura yang dirawat pada tahun 2018 sebanyak 783 kasus dan pada tahun 2019 sebanyak 832 kasus.

Diabetes mellitus merupakan gangguan metabolisme ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah atau hiperglikemi yang ada kaitannya dengan abnormalitas metabolisme terhadap karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan karena tubuh tidak bisa mengsekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin. Diabetes mellitus merupakan penyakit kronis yang sering ditemukan pada lanjut usia namun zaman sekarang diabetes sendiri dapat

ditemukan pada usia ≥ 15 tahun, tetapi sampai saat ini diabetes kebanyakan terjadi pada orang dewasa hingga lansia (Subandi, 2019).

Komplikasi Diabetes Mellitus di Indonesia terdiri dari nefropati 7,1%, Penyakit jantung koroner 20,5%, retinopati 10%, neuropati 60% dan kaki diabetik 15%.⁸ Diabetes mellitus seringkali tidak menyadari adanya luka pada kaki, sehingga meningkatkan resiko luka menjadi lebih dalam (ulkus kaki) dan perlu melakukan tindakan amputasi (Lina, 2016). Diperkirakan 15% penderita diabetes melitus dalam perjalanan penyakitnya mengalami komplikasi luka diabetik terutama pada luka kaki diabetikum. Sekitar 14-24% diantara penderita kaki diabetik memerlukan tindakan amputasi. Pemeriksaan kaki diperlukan bagi yang mempunyai luka diabetes maupun sebelum luka muncul. Beberapa pencegahan terjadinya luka pada penderita diabetes dianjurkan menggunakan sandal diabetes, menghindari benda tajam, memakai kaos kaki, dan sepatu sempit (Gifari, 2018).

Neuropati perifer merupakan kondisi kerusakan pada saraf tepi, saraf tepi merupakan yang merupakan saraf yang terpisah dari otak, saraf-saraf spinalis, sumsum tulang. Saraf tepi ada tiga tipe dan memiliki fungsinya masing-masing, seperti saraf otonom (gerak tubuh yang tidak sadar), saraf motoris (dimana gerak tubuh yang sadar, dan sensoris (mendeteksi sensasi-sensasi pada tubuh, seperti panas, nyeri, dan tekanan). Dimana pada saat saraf tepi terkena pada kasus diabetes maka adanya gangguan pada tubuh yang terjadi pada ekstermitas bagian bawah (Tandra, 2017).

Amputasi merupakan dihilangkan bagian tubuh bagian ekstremitas sebagian atau total. Amputasi terjadi akibat terjadinya proses akut seperti traumatik dan kondisi kronik seperti penyakit vascular perifer atau diabetes (Lemone, 2016). Diabetes menjadi masalah yang paling sering terlihat pada pasien-pasien yang terkena luka kronis maupun akut, seperti luka diabetes. Setiap 30 detik terjadi amputasi di seluruh dunia dan 60-80% amputasi non-traumatik disebabkan oleh diabetes. Angka kematian akibat amputasi di Indonesia tahun 2018 menyatakan bahwa angka amputasi dan kematian akibat amputasi sebesar 23-32,5% dan rata-rata pasien pasca amputasi hidup selama 23,8 bulan (Kemenkes RI, 2018).

Proses penyembuhan luka juga mempunyai tahapan spesifik yang dapat terjadi tumpang tindih. Fase penyembuhan luka dibagi menjadi tiga fase, seperti fase inflamasi, fase proliferasi atau epitelisasi, dan terakhir fase maturase atau remodeling. Setelah ketiga tahap fase itu dilalui maka proses penyembuhan akan terjadi dan jaringan luka akan sembuh seperti sebelumnya.

Berdasarkan prevalensi terhadap penderita ulkus diabetik pada kaki. Dengan seiringnya perkembangan zaman, di kenal dengan teknik perawatan luka secara konvensional dan modern. Dimana perawatan luka dengan *modern dressing* lebih mampu menjadikan luka pada diabetes menjadi lebih cepat pulih karena melihat tingkat kelembaban dari luka tersebut.

Metode perawatan luka yang berkembang saat ini ialah perawatan luka dengan menggunakan prinsip *moisture balance*, dimana disebutkan dalam beberapa literature lebih efektif untuk proses penyembuhan luka bila dibandingkan dengan metode konvensional. Selama ini, anggapan bahwa luka cepat sembuh itu karena mengering. Namun sebenarnya bahwa lingkungan lembab yang seimbang pada luka memfasilitasi pertumbuhan sel-sel pada luka. Perawatan luka *modern dressing* menjaga suhu luka agar tetap lembab dan menjaga luka tidak terkontaminasi, dengan teknik *moisture balance* memfasilitasi chemokines dan cytokines untuk pertumbuhan sel pada luka.

Luka tidak boleh terlalu lembab karena akan menimbulkan maserasi pada tepi luka dan apabila tidak lembab maka akan terjadinya kematian pada sel-sel di permukaan luka. Pada dasarnya teknik ini mengoptimalkan kerja dari growth factors, neutrofil, fibroblast, protease, dan makrofag (Maryunani, 2015).

Teknik rawat luka modern lebih efektif daripada konvensional yang dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Werna Nontji, Suni Hariati, Rosyda Arafat Tahun 2015. Tentang “Teknik Perawatan Luka Modern Dan Konvensional Terhadap Kadar Interleukin 1 Dan Interleukin 6 Pada Pasien Luka Diabetik”. Dengan (p value 0,00) dari 32 responden (16 sampel perawatan luka konvensional dan 16 sampel perawatan luka *modern dressing*) perawatan luka modern lebih efektif dari ekskresi sitokin interleukin 1 dan

interleukin 6, pada perawatan luka konvensional interleukin 1 mengalami peningkatan yang menunjukkan bahwa proses fase inflamasi memanjang dan proses penyembuhan luka lambat (Werna, 2015).

Menurut Umi M. Rahayu, Mariyono, et al. Dalam jurnal tahun 2018 tentang “Combination Of Modern And Bagging Therapy For Speed Up The Process Wound Healing Of Grade II Diabetic Ulcer Patient”. Dengan (p-value 0,018) dari 25 responden dengan kontrol 11 responden yang tidak dilakukan dengan cara *modern dressing* dan yang diintervensi 14 responden menggunakan *modern dressing* dan dibantu dengan terapi ozon. Bahwa terapi *modern dressing* dengan ozon lebih bagus untuk mengurangi bakteri di sekitar luka dan kecepatan penyembuhan pada pasien ulkus diabetikum pada masa inflamasi (Umi, 2018). Menurut Maria Imaculata, Putri Ayu Utami, dan Ana Damayanti. Dalam jurnal tahun 2018 tentang “Efektivitas Perawatan Luka Teknik Balutan Wet-Dry Dan Moist Wound Healing Pada penyembuhan ulkus diabetik”. Dengan (p-value 0,004) dengan total 33 responden dibagi 18 responden menggunakan wet-dry dan 15 responden menggunakan perawatan luka *moist wound healing*. Ternyata setelah dilakukan penelitian didapatkan bahwa dengan teknik moist wound healing lebih cepat proses penyembuhan dari pada dengan menggunakan *wet-dry* (Maria, 2018).

Peneliti melihat berdasarkan fenomena yang terjadi saat ini di RSUD Abepura, sebagian pasien yang datang dengan luka diabetes di masyarakat di rawat dengan seadanya. Menandakan masyarakat masih belum mengerti adanya perawatan luka yang tepat dan sebagian masyarakat memilih perawatan luka konvensional dikarenakan mudah didapatkan alat dan bahan, bisa dilakukan secara mandiri, sedangkan teknik ini memiliki dampak negatif yang cukup banyak seperti: resiko infeksi tinggi, balutan cepat kering resiko menimbulkan luka baru dan balutan berbau. Berbeda dengan *modern dressing* yang mengandalkan kelembaban untuk proses penyembuhan luka dengan kelebihan menyerap eskudat dengan baik, tidak bau, mengefektifitas perawatan di rumah sakit.

Modern wound dressing yang mengandung antimikroba akan

berpengaruh terhadap bakteri *Staphylococcus Aureus*. Analisis praktik klinik keperawatan ini bertujuan melaporkan hasil analisa penelitian tentang *modern dressing* pada pasien ulkus diabetikum. Pasien diabetes mellitus di Rumah Sakit Umum Daerah Jayapura semakin tahun semakin meningkat. Perubahan pola gaya hidup modern membuat masyarakat papua terjadi penyakit tidak menular ini (diabetes mellitus). Diabetes mellitus sebagai “penyakit *silent killer*”(membunuh secara diam-diam).

Maka penulis tertarik mengambil judul “Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Ny.M.W dengan Ulkus Diabetikum Pedis *Dextra* dengan perawatan luka *modern dressing* di Ruang Bedah RSUD Abepura”

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulisan ini bertujuan untuk mengetahui kasus Ulkus Diabetikum *Dextra* Ny.M.W serta mengetahui efektivitas perawatan luka *Modern dressing* terhadap tingkat penyembuhan luka Ulkus Diabetikum di Ruang Bedah RSUD Abepura.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan analisis masalah keperawatan; pengkajian,diagnosa intervensi ,implementasi dan evaluasi terakit dengan ulkus diabetikum dengan memberikan perawatan luka *modern dressing* di Ruang Bedah RSUD Abepura
- b. Melakukan analisis proses keperawatan pengontrolan perawatan luka operasi dengan *modern dressing* di Ruangan Bedah RSUD Abepura
- c. Menggambarkan hasil Perawatan luka *Modern dressing* terkait tingkat penyembuhan luka Ulkus Diabetikum *Dextra* di Ruang Bedah RSUD Abepura.
- d. Menggambarkan hasil penerapan evidence base practice perawatan luka *modern dressing* pada perawatan dan penyembuhan luka Ulkus Diabetikum *Dextra* di Ruang Bedah RSUD Abepura.

C. Manfaat

1. Manfaat Penulisan

Penulisan ini bermanfaat sebagai bahan pengembangan dalam ilmu keperawatan tentang perawatan luka *modern dressing* pada pasien diabetes mellitus

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Penulisan ini bermanfaat bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura memperoleh gambaran tentang efektivitas pemberian perawatan luka *modern dressing* pada pasien diabetes mellitus yang mengalami ulkus diabetikum.

b. Bagi Penulis

Penulisan ini bermanfaat bagi penulis untuk menambah pengalaman pengetahuan, terutama dalam hal pemberian perawatan luka *modern dressing* pada pasien diabetes mellitus yang mengalami ulkus diabetikum.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Penulisan karya ilmiah akhir ners ini sebagai bahan referensi untuk menjadi bahan ajar dalam mengajar mahasiswa keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Konsep Diabetes Mellitus

a. Pengertian

Diabetes Mellitus (DM) merupakan sekelompok kelainan metabolik yang diakibatkan oleh adanya kenaikan kadar glukosa darah dalam tubuh/hiperglikemia (Kumar, Abbas & Aster, 2013 dalam Yasmara, Nursiswati, & Arafat, 2017). Diabetes Mellitus adalah penyakit yang terjadi akibat gangguan pada pankreas yang tidak dapat menghasilkan insulin sesuai dengan kebutuhan tubuh (Maghfuri, 2016). Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa diabetes mellitus adalah penyakit yang terjadi akibat gangguan pada pankreas sehingga tubuh kekurangan insulin yang ditandai dengan kadar glukosa melebihi normal.

b. Klasifikasi

Menurut Yasmara, Nursiswati, & Arafat (2017), ada beberapa tipe diabetes mellitus yang berbeda; penyakit ini dibedakan berdasarkan penyebab, perjalanan klinik dan terapinya. Klasifikasi diabetes yang utama adalah:

- 1) Tipe I : Diabetes mellitus tergantung insulin (insulin-dependent diabetes mellitus [IDDM])

Penderita yang mengalami diabetes mellitus tipe I, yaitu diabetes yang tergantung insulin. Pada diabetes jenis ini, sel-sel beta pankreas yang dalam keadaan normal menghasilkan hormon insulin dihancurkan oleh suatu proses otoimun. Sebagai akibatnya, penyuntikan insulin diperlukan untuk mengendalikan kadar glukosa darah. Diabetes tipe I ditandai oleh awitan mendadak yang biasanya terjadi pada usia 30 tahun (Smeltzer & Bare, 2012).

- 2) Tipe II : Diabetes mellitus tidak tergantung insulin (non-insulin independent diabetes mellitus [NIDDM])

Penderita yang mengalami diabetes mellitus tipe II yaitu, diabetes yang tidak tergantung insulin. Diabetes mellitus tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (yang disebut resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes mellitus tipe II pada mulanya diatasi dengan diet dan latihan. Jika kenaikan glukosa darah tetap terjadi, terapi diet dan latihan tersebut dilengkapi dengan obat hipoglikemik oral. Pada sebagian penyandang diabetes tipe II, obat oral tidak mengendalikan keadaan hiperglikemia sehingga diperlukan penyuntikan insulin. Di samping itu, sebagian penyandang diabetes tipe II yang dapat mengendalikan penyakit diabetesnya dengan diet, latihan dan obat hipoglikemia oral mungkin memerlukan penyuntikan insulin dalam periode stres fisiologik akut (seperti sakit atau pembedahan).

Diabetes tipe II paling sering ditemukan pada individu yang berusia lebih dari 30 tahun dan obesitas (Smeltzer & Bare, 2012).

3) Diabetes mellitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya

Menurut LeMone, P dkk (2016) dapat disebabkan oleh :

a) Kelainan genetika pada sel beta

Hiperglikemia terjadi pada usia muda (biasanya sebelum 25 tahun). Tipe ini disebut sebagai DM dengan awitan maturitas pada anak-anak (maurity-onset DM of the Young, MODY).

b) Kelainan genetika pada kinerja insulin

Ditentukan secara genetika. Disfungsi dapat berkisar dari hiperinsulinemia hingga DM berat.

c) Penyakit pankreas eksokrin

Proses dapatan yang menyebabkan DM mencakup pankreatitis, trauma, infeksi, pankreatektomi, dan kanker pankreas. Bentuk parah dari fibrosis kistik dan hemokromatosis juga dapat merusak sel beta dan merusak sekresi insulin.

d) Gangguan endokrin karena madu memiliki kandungan airnya rendah, PH madu yang asam serta kandungan hidrogen peroksida nya mampu membunuh bakteri dan mikro-organisme yang masuk kedalam tubuh kita. Kelebihan jumlah hormon (mis., hormon pertumbuhan, kortisol, glukagon, dan epinefrin) merusak sekresi insulin, yang mengakibatkan DM pada orang yang mengalami sindrom Cushing, akromegali, dan feokromositoma.

e) Diinduksi obat atau bahan kimia

Banyak obat-obatan merusak sekresi insulin, yang memicu DM pada orang dengan predisposisi resisten insulin. Contohnya adalah asam nikotinat, glukokortikoid, hormon tiroid, tiazid, dan fenitoin.

f) Infeksi

Virus tertentu dapat menyebabkan kerusakan sel beta, termasuk campak kongenital, sitomegalovirus, adenovirus, dan gondong.

4) Diabetes mellitus gestasional (gestational diabetes mellitus [GDM])

Diabetes gestasional ditandai dengan setiap derajat intoleransi glukosa yang muncul selama kehamilan (trimester kedua atau ketiga). Resiko diabetes gestasional mencakup obesitas, riwayat personal pernah mengalami diabetes gestasional, glikosuria, atau riwayat kuat keluarga pernah mengalami diabetes (Brunner & Suddarth, 2018).

c. Etiologi

Menurut Hasdianah (2012), etiologi penyakit DM adalah :

1) Kelainan genetik

DM dapat diwarisi dari orangtua kepada anak. Gen penyebab DM akan dibawa oleh anak jika orangtuanya menderita diabetes melitus.

2) Usia

Usia seseorang setelah > 40 tahun akan mengalami penurunan fisiologis. Penurunan ini yang akan beresiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

3) Pola hidup dan pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memicu timbulnya diabetes. Pola hidup juga sangat mempengaruhi, jika orang malas berolahraga memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena diabetes, karena olahraga berfungsi untuk membakar kalori yang berlebihan di dalam tubuh.

4) Obesitas

Seseorang dengan berat badan >90 kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena penyakit diabetes mellitus.

5) Gaya hidup stress

Stress akan meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energi yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas sehingga pankreas mudah rusak dan berdampak pada penurunan insulin.

6) Penyakit dan infeksi pada pankreas

Mikroorganisme seperti bakteri dan virus dapat menginfeksi pankreas sehingga menimbulkan radang pankreas. Hal itu menyebabkan sel β pada pankreas tidak bekerja secara optimal dalam mensekresi insulin.

7) Obat-obatan yang dapat merusak pankreas

Bahan kimiawi tertentu dapat mengiritasi pankreas yang menyebabkan radang pankreas. Peradangan pada pankreas dapat menyebabkan pankreas tidak berfungsi secara optimal dalam mensekresikan hormon yang diperlukan untuk metabolisme dalam tubuh, termasuk hormon insulin

d. Patofisiologi

Pada diabetes tipe 1 terdapat ketidakmampuan untuk menghasilkan Insulin karena sel sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun. Hiperglikemia terjadi akibat produksi glukosa yang tidak oleh hati. Disamping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia postprandial (sesudah makan). Ketika glukosa berlebihan disekresikan ke dalam urin, ekskresi ini akan disertai

pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini disebut deuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan, pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsi).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelemahan dan kelelahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenesis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan glukogenesis (pembentukan glukosa dari asam – asam amino serta substansi yang lain).

Namun pada penderita defisiensi insulin. Proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut menimbulkan hiperglikemia. Disamping itu, akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produk samping pemecahan lemak. Badan keton merupakan asam yang mengganggu keseimbangan asam - basa tubuh apabila jumlahnya berlebihan (Corwin Elizabeth, 2011).

Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khususnya pada permukaan sel. Sebagai akibat dari terikat insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa dalam sel. Resistensi pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intersel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi Pengambilan glukosa oleh jaringan. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri - ciri khas diabetes tipe II, namun masih terdapat insulin yang adekuat untuk pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II. Meskipun demikian, diabetes tipe II yang tidak terkontrol dapat menimbulkan masalah akut lainnya yang dinamakan sindrom hiperglikemik hiperosmoler nonketik (HHNK). Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun-tahun) dan progresif, maka awitan diabetes (Corwin Elizabeth J, 2011).

e. Manifestasi Klinis

Menurut Bararah dan Jauhar (2013), manifestasi klinis yang sering di jumpai pada pasien diabetes mellitus adalah:

- 1) Poliuria (peningkatan pengeluaran urin)
- 2) Polidipsi (peningkatan rasa haus) akibat volume urin yang sangat besar dan keluarnya air yang menyebabkan dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi intrasel mengikuti dehidrasi ekstrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH (Antidiuretik Hormone) dan menimbulkan haus.
- 3) Rasa lelah dan kelemahan otot akibat gangguan aliran darah pada pasien diabetes lama, katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi.
- 4) Polifagia (peningkatan rasa lapar)
- 5) Peningkatan angka infeksi akibat penurunan protein sebagai bahan Pembentukan antibodi, peningkatan konsentrasi glukosa disekresi mucus, gangguan fungsi imun, dan penurunan aliran darah pada penderita diabetesn kronik.
- 6) Kelainan kulit : gatal - gatal, bisul Kelainan kulit berupa gatal - gatal, biasanya terjadi didaerah ginjal. Lipatan kulit seperti diketiak dan dibawah payudara. Biasanya akibat tumbuh jamur.
- 7) Luka yang tidak sembuh-sembuh
- 8) Mata kabur yang disebabkan gangguan refraksi akibat perubahan pada lensa oleh hiperglikemia.

f. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Maghfuri (2016), pemeriksaan penunjang untuk klien Diabetes Mellitus adalah sebagai berikut:

- 1) Pemeriksaan kadar glukosa darah. Pemeriksaan kadar gula darah dilakukan dilaboratorium menggunakan metoda oksidasi glukosa atau o-toluidin (kimia basah) memberikan hasil yang lebih akurat.

- 2) Pemeriksaan kadar glukosa urin, secara tidak langsung menggambarkan kadar glukosa darah, dan nilainya bergantung pada batas ambang ginjal Faktor genetik, infeksi virus, kerusakan imunologi, kerusakan sel beta, ketidakseimbangan produksi insulin, gula dalam darah tidak dapat dibawa masuk Anabolisme protein menurun, kerusakan pada antibodi kekebalan tubuh menurun.
- 3) Tes untuk mendeteksi komplikasi
 - a) Mikro albuminuria: urin
 - b) Ureum, kreatinin, asam urat
 - c) Kolesterol total, kolesterol LDL, kolesterol HDL dan Trigliserida: plasma vena (puasa)

2. Definisi Ulkus Diabetikum

a. Pengertian Ulkus Daibetikum

Ulkus kaki diabetik adalah salah satu komplikasi kronis dari penyakit diabetes melitus berupa luka pada permukaan kulit kaki penderita diabetes disertai dengan kerusakan jaringan bagian dalam atau kematian jaringan, baik dengan ataupun tanpa infeksi, yang berhubungan dengan adanya neuropati dan atau penyakit arteri perifer pada penderita diabetes melitus (Alexiadou & Doupis, 2012).

Ulkus diabetikum merupakan kerusakan yang terjadi sebagian (*partial thickness*) atau keseluruhan (*full thickness*) pada daerah kulit yang meluas ke jaringan bawah kulit, tendon, otot, tulang atau persendian yang terjadi pada seseorang yang menderita penyakit Diabetes Melitus (DM), kondisi ini timbul akibat dari peningkatan kadar gula darah yang tinggi. Apabila ulkus kaki berlangsung lama, tidak dilakukan penatalaksanaan dan tidak sembuh, luka akan menjadi terinfeksi. Ulkus kaki, infeksi, neuroarthropati dan penyakit arteri perifer merupakan penyebab terjadinya gangren dan amputasi ekstremitas pada bagian bawah (Tarwoto & Wartonah, 2015).

b. Etiologi

Ulkus kaki diabetik pada dasarnya disebabkan oleh trias klasik yaitu neuropati, iskemia dan infeksi (Singh et al., 2013).

1) Neuropati

Sebanyak 60% penyebab terjadinya ulkus pada kaki penderita diabetes adalah neuropati. Peningkatan gula darah mengakibatkan peningkatan aldose reduktase dan sorbitol dehidrogenase dimana enzim-enzim tersebut mengubah glukosa menjadi sorbitol dan fruktosa. Produk gula yang terakumulasi ini mengakibatkan sintesis myoinositol pada sel saraf menurun sehingga mempengaruhi konduksi saraf. Hal ini menyebabkan penurunan sensasi perifer dan kerusakan inervasi saraf pada otot kaki. Penurunan sensasi ini mengakibatkan pasien memiliki resiko yang lebih tinggi untuk mendapatkan cedera ringan tanpa disadari sampai berubah menjadi suatu ulkus. Resiko terjadinya ulkus pada kaki pada pasien dengan penurunan sensoris meningkat tujuh kali lipat lebih tinggi dibandingkan pasien diabetes tanpa gangguan neuropati (Singh et al., 2013)

2) Vaskulopati

Keadaan hiperglikemi mengakibatkan disfungsi dari sel-sel endotel dan abnormalitas pada arteri perifer. Penurunan nitric oxide akan mengakibatkan konstiksi pembuluh darah dan meningkatkan resiko aterosklerosis, yang akhirnya menimbulkan iskemia. Pada DM juga terjadi peningkatan trombosit A2 yang mengakibatkan hiperkoagulabilitas plasma. Manifestasi klinis pasien dengan insufisiensi vaskular menunjukkan gejala berupa klaudikasio, nyeri pada saat istirahat, hilangnya pulsasi perifer, penipisan kulit, serta hilangnya rambut pada kaki dan tangan (Singh et al, 2013).

3) Immunopati

Sistem kekebalan atau imunitas pada pasien DM mengalami gangguan (compromise) sehingga memudahkan terjadinya infeksi pada luka. Selain menurunkan fungsi dari sel-sel polimorfonuklear, gula darah yang tinggi adalah medium yang baik untuk pertumbuhan bakteri.

Bakteri yang dominan pada infeksi kaki adalah aerobik gram positif kokus seperti *S. aureus* dan β -hemolytic streptococci. Pada telapak kaki banyak terdapat jaringan lunak yang rentan terhadap infeksi dan penyebaran yang mudah dan cepat ke dalam tulang, dan mengakibatkan osteitis. Ulkus ringan pada kaki dapat dengan mudah berubah menjadi osteitis/osteomyelitis dan gangrene apabila tidak ditangani dengan benar (Singh et al., 2013).

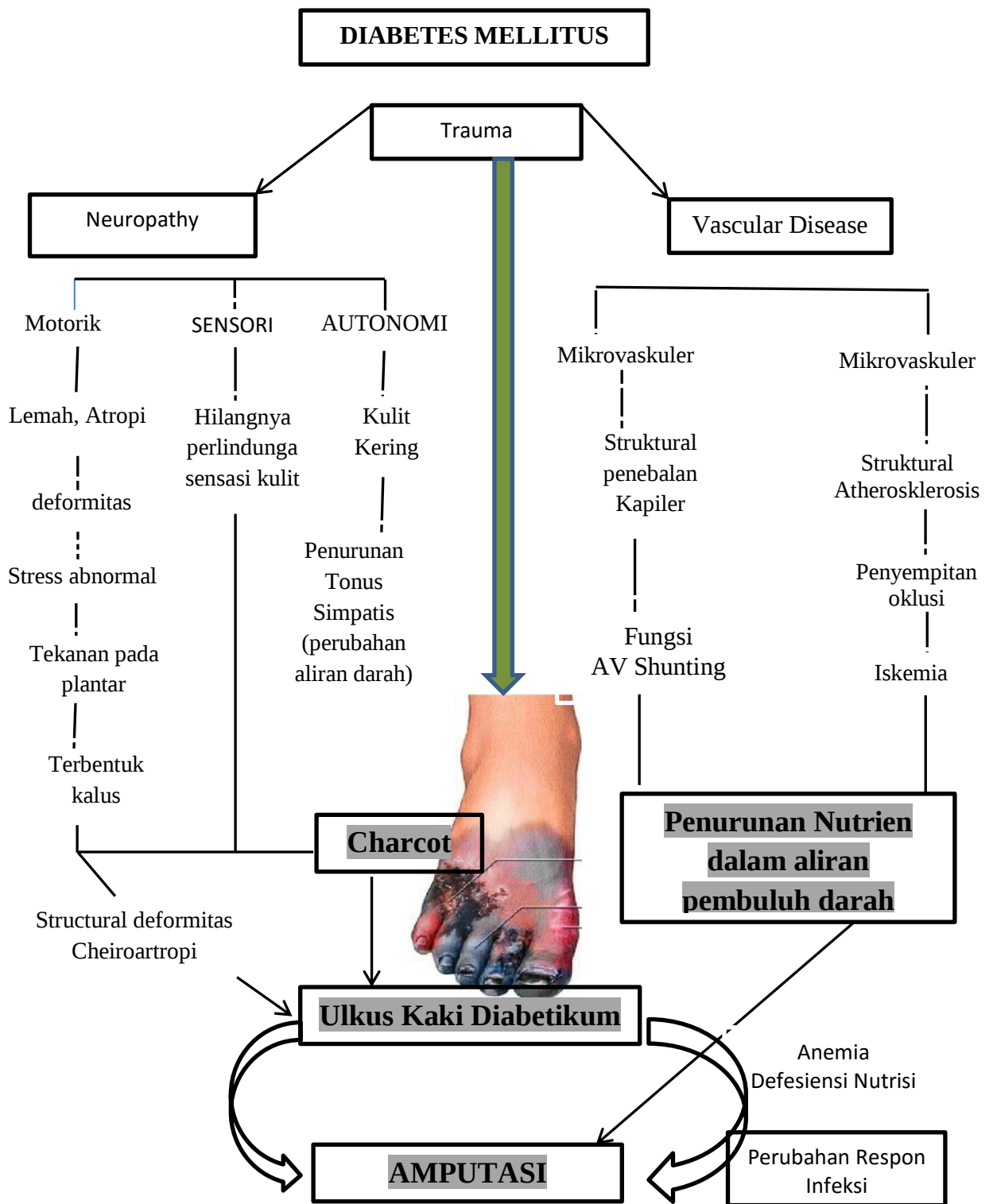
c. Klasifikasi Ulkus Kaki Diabetikum

Klasifikasi ulkus diabetikum klasifikasi ulkus diabetik menurut (Wijaya, Andra Saferi dan Mariza Putri, 2013) adalah sebagai berikut:

Derajat 0	: Tidak ada lesi yang terbuka, luka masih dalam keadaan utuh dengan adanya kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “ <i>claw, callus</i> ”
Derajat I	: Ulkus superfisial yang terbatas pada kulit.
Derajat II	: Ulkus dalam yang menembus tendon dan tulang.
Derajat III	: Abses dalam, dengan atau tanpa adanya osteomyelitis.
Derajat IV	: Gangren yang terdapat pada jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa adanya selulitis.
Derajat V	: Gangren yang terjadi pada seluruh kaki atau sebagian pada tungkai

d. Patofisiologi Ulkus Diabetikum

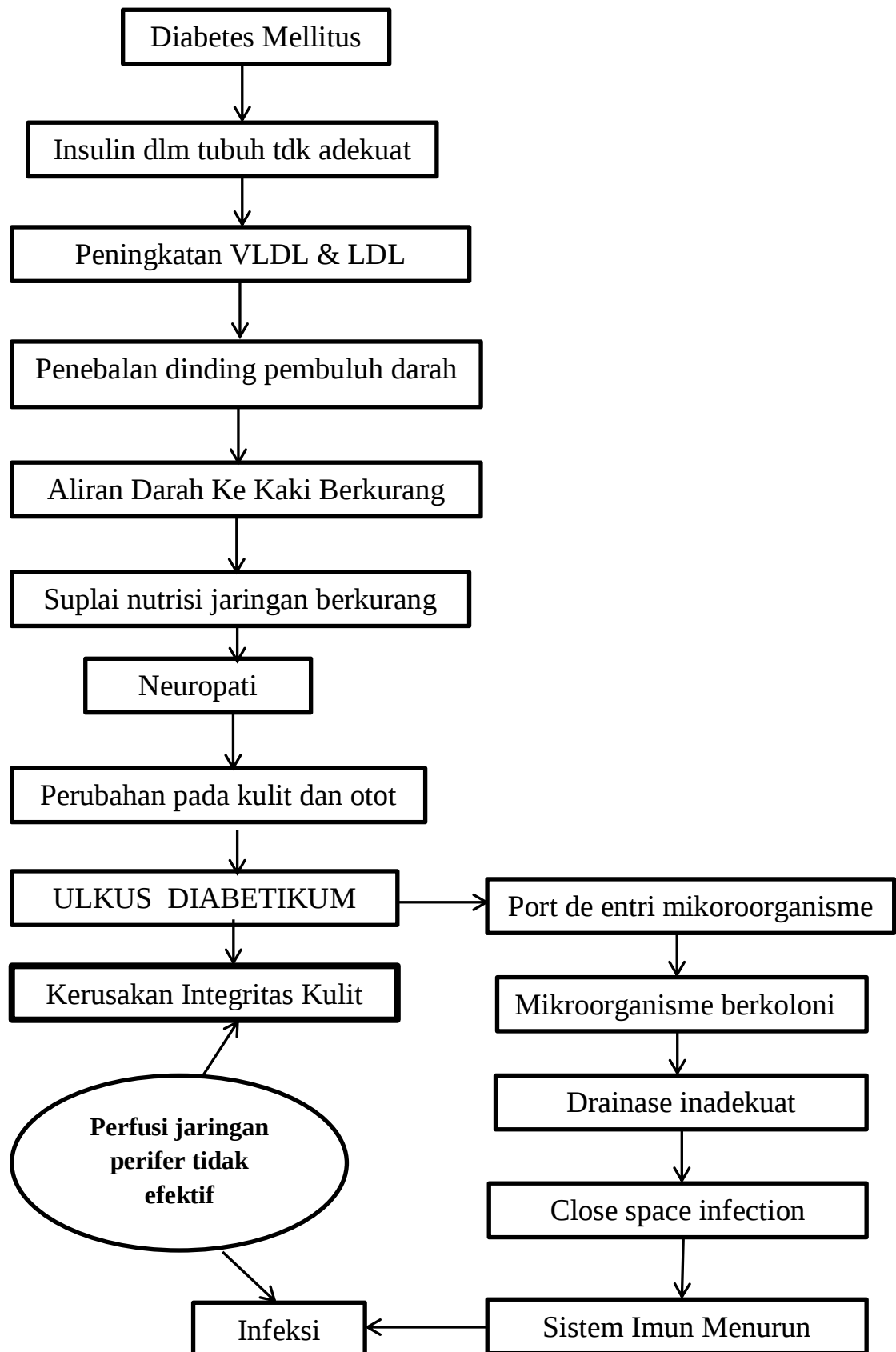
Ulkus pedis diabetikum terbentuk dari berbagai mekanisme patofisiologi dan neuropati diabetika merupakan salah satu faktor yang paling berperan. Menurunnya input sensorik pada ekstremitas bawah menyebabkan kaki mudah mengalami perlukaan dan cenderung berulang. Selain neuropati, komplikasi diabetes yang lain adalah vaskulopati baik pada mikrovaskular maupun makrovaskular. Hal ini menyebabkan aliran darah ke ekstremitas bawah berkurang dan terhambatnya tekanan oksigen gradien di jaringan. Keadaan hipoksia dan trauma berulang ini menyebabkan ulkus berkembang menjadi luka kronis (Heyneman et al., 2016). Hubungan neuropati, vaskulopati dan trauma pada patofisiologi terbentuknya Ulkus Kaki Diabetikum ditunjukkan pada gambar 2.1



Gambar 2.1. Patofisiologi Ulkus Kaki Diabetikum

(Sumber: Fryberg, 2006)

Pathways Ulkus Diabetikum



e. Penatalaksanaan

Luka kaki pada pasien diabetes harus mendapatkan perawatan karena ada beberapa alasan, misalnya untuk mengurangi resiko infeksi dan amputasi, memperbaiki fungsi dan kualitas hidup, dan mengurangi biaya pemeliharaan kesehatan. Tujuan utama perawatan luka diabetes sesegera mungkin didapatkan kesembuhan dan pencegahan kekambuhan setelah proses penyembuhan. Strategi penatalaksanaan pada pasien diabetes melitus adalah salah satunya dengan memberikan terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi tersebut bertujuan untuk mencegah infeksi pada pasien diabetes melitus salah satunya menerapkan prosedur perawatan luka pada luka gangren.

3. Konsep Dasar Perawatan Luka

1. Pengertian Perawatan Luka

Luka adalah rusaknya integritas jaringan tubuh (Yasmara dkk, 2017). Perawatan luka adalah membersihkan luka, mengobati dan menutup luka dengan memperhatikan teknik steril (Ghofar, 2012). Sedangkan menurut Potter (2010), perawatan luka dilakukan dengan cara menutup luka dengan balutan basah dan kering. Bagian yang basah dari balutan secara efektif membersihkan luka terinfeksi dari jaringan nekrotik. Kassa lembab dapat mengabsorpsi semua eksudat dan debris luka. Lapisan luar kering membantu menarik kelembapan dari luka ke dalam balutan dengan aksi kapiler.

Berdasarkan dari beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa perawatan luka adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk membersihkan luka, mengobati luka serta menutup luka dengan balutan basah dan kering sehingga terhindar dari resiko infeksi.

2. Tujuan Perawatan Luka

Menurut Ghofar (2012) tujuan perawatan luka adalah:

- a. Mencegah masuknya kuman dan kotoran ke dalam luka.
- b. Mencegah penyebaran oleh cairan dan kuman yang berasal dari luka ke daerah sekitar.
- c. Mengobati luka dengan obat yang telah di tentukan.

3. Proses Penyembuhan Luka

Menurut Yasmara dkk (2016), saat terjadi luka, tubuh akan memberikan respons melalui tiga fase proses penyembuhan luka. Proses tersebut adalah:

a. Fase Inflamasi (defensif)

Fase ini terjadi 3-4 hari, dengan adanya hemostasis dan inflamasi. Hemostasis atau penghentian perdarahan terjadi dengan adanya vasokonstriksi pembuluh darah besar di daerah yang terkena. Trombosit akan diaktivasi menjadi plug trombosit dan menghentikan perdarahan. Selanjutnya akan terbentuk fibrin dan jaringan fibrinosa yang akan menangkap trombosit dan sel lainnya. Proses ini akan menghasilkan pembentukan gumpalan fibrin yang akan menjadi penutup awal luka, mencegah kehilangan darah dan cairan tubuh serta menghambat kontaminasi luka oleh mikroorganisme.

Inflamasi merupakan reaksi adaptasi tubuh terhadap adanya cedera pada tubuh dan melibatkan respon vaskuler dan sekuler. Pada respon vaskuler, akan dikeluarkan histamin, serotonin, komplemen dan kinin. Zat-zat ini merupakan substansi vasoaktif yang akan menyebabkan pembuluh darah vasodilatasi dan lebih permeabel, sehingga aliran darah akan meningkat dan cairan serosa akan keluar disekeliling jaringan. Peningkatan suplai darah ini akan membawa nutrisi dan oksigen yang sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka dan membawa leukosit ke daerah luka untuk melakukan fagositosis untuk membuang mikroorganisme.

Peningkatan aliran darah ini juga akan membuang kotoran termasuk sel mati, bakteri, eksudat atau materi dan buangan sel dari pembuluh darah. Daerah ini akan menjadi merah, edema, dan hangat ketika disentuh. Pada fase selular, leukosit akan bergerak ke luar pembuluh darah, masuk ke rongga interstisial. Neutrofil datang pada sel yang terluka dan melakukan fagositosis. Mereka akan mati dan digantikan oleh makrofag yang muncul dari monosit darah. Makrofag ini akan berperan seperti neutrofil dan bekerja untuk jangka waktu

yang lebih lama. Makrofag ini juga sangat berperan dalam proses penyembuhan luka karena mengeluarkan fibroblast activating faktor (FAF) dan angiogenesis factor (AGF). FAF membentuk fibroblast yang kemudian akan membentuk kolagen atau prekursor kolagen. AGF akan menstimulasi pembentukan darah baru.

b. Fase Rekontruksi

Fase ini mulai hari ketiga tau keempat setelah terjadinya luka dan dapat bertahan hingga 2-3 minggu. Fase ini terdiri dari proses deposisi kolagen, angiogenesis, perkembangan jaringan granulasi, dan kontraksi luka. Fibroblast akan bermigrasi ke dalam luka karena adanya mediator seluler. Pada fase ini terbentuk sistesis dan sekresi dari kolagen. Kolagen ini akan saling menyilang untuk membentuk jaringan kolagen dan menguatkan tahanan luka. Jika luka semakin kuat, risiko terjadinya luka terbuka akan semakin kecil.

Angiogenesis (pembentukan pembuluh darah baru) dimulai beberapa jam setelah terjadinya luka. Sel endotel mulai membentuk enzim yang akan merusak membran dasar luka. Membran terbuka dan sel endotelial baru akan membentuk pembuluh darah baru. Kapiler ini akan menuju luka dan meningkatkan aliran pembuluh darah. Yang akan meningkatkan suplai nutrisi dan oksigenasi.

Proses penyembuhan dimulai dengan adanya jaringan granulasi atau jaringan baru yang tumbuh dari sekeliling jaringan yang sehat. Jaringan granulasi terdiri dari pembuluh darah kapiler yang rapuh dan mudah berdarah, sehingga berwarna merah. Setelah jaringan granulasi terbentuk, akan mulai terjadi epitelisasi atau pertumbuhan jaringan epitel. Sel epitel akan berpindah dari sisi luar jaringan yang luka ke bagian dalam.

Kontruksi luka merupakan tahap akhir dari fase rekontruksi penyembuhan luka. Kontruksi akan terjadi dalam 6-12 hari setelah terluka dan luka akan ditutup.

c. Fase Maturasi

Fase ini dimulasi pada hari ke-21 dan akan terus berlanjut hingga 2 tahun atau lebih bergantung pada kedalaman dan kondisi luka. Selama fase ini akan terbentuk jaringan parut.

4. Evaluasi

Menurut Supartini (2009) untuk melihat perkembangan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan luka :

- a. Tanda-tanda penyembuhan luka.
- b. Karakteristik drainage.
- c. Tanda-tanda inflamasi.
- d. Tingkat nyeri.

5. Perawatan Luka Modern

a. Definisi *Moist Wound Care*

Perawatan luka merupakan salah satu teknik dalam pengendalian infeksi pada luka karena infeksi dapat menghambat proses penyembuhan luka. Infeksi luka post operasi merupakan salah satu masalah utama dalam praktek pembedahan (Potter, 2012). Dalam proses penyembuhan luka para ahli awalnya berpendapat bahwa penyembuhan luka akan sangat baik bila luka dibiarkan tetap kering. Mereka berpikir bahwa infeksi bakteri dapat dicegah apabila seluruh cairan yang keluar dari luka terserap oleh pembalutnya. Akibatnya sebagian besar luka dibalut oleh bahan kapas pada kondisi kering (Puspitasari, Ummah, & Sunarsih, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sinaga & Tarigan (2012) ditemukan bahwa seluruh perawat pada sebagian rumah sakit masih menggunakan normal saline sebagai cairan pembersih pada perawatan luka akut seperti luka operasi, luka superfisial, dan luka kronik, termasuk luka kronik yang menghasilkan jaringan nekrotik. Menurut pedoman AHCPR (1994) menyatakan bahwa cairan pembersih yang dianjurkan adalah normal saline (sodium klorida 0.9%) yang memiliki komposisi sama seperti plasma darah, dengan demikian aman bagi tubuh.

Temuan lain pada penelitian ini yaitu seluruh perawat masih menggunakan povidone iodine pada luka bersih seperti luka hasil pembedahan dan luka kronis. Menurut pedoman WHO povidone iodine bersifat toksik yang dapat merusak perkembangan jaringan baru. Sehingga muncul perawatan luka dengan metode mempertahankan kelembaban luka dengan menggunakan balutan penahan kelembaban yang bertujuan untuk mempercepat proses penyembuhan luka dan pertumbuhan jaringan terjadi secara alami dengan prinsip “*Moist Wound Healing*” hal tersebut menjadi dasar munculnya pembalut luka modern (Sinaga & Tarigan, 2012).

Moist Wound Care atau nama lain dari *Moist Wound Healing* merupakan proses penyembuhan luka secara lembab atau *moist* dengan mempertahankan isolasi lingkungan luka berbahan oklusif dan semi oklusif (Fatmadona & Oktarina, 2016). *Moist Wound Care* mendukung terjadinya proses penyembuhan luka sehingga terjadi pertumbuhan jaringan secara alami yang bersifat lembab dan dapat mengembang apabila jumlah eksudat berlebih, dan mencegah kontaminasi bakteri dari luar (Ose, Utami, & Damayanti, 2018).

b. Prinsip *Moist Wound Care*

Prinsip *Moist Wound Care* antara lain pertama, dapat mengurangi dehidrasi dan kematian sel karena sel-sel neutrofil dan makrofag tetap hidup dalam kondisi lembab, serta terjadi peningkatan angiogenesis pada balutan berbahan oklusif (Merdekawati & Rasyidah, 2017). Prinsip kedua, yaitu meningkatkan debridement autolysis dan mengurangi nyeri. Pada lingkungan lembab enzim proteolitik dibawa ke dasar luka dan melindungi ujung saraf sehingga dapat mengurangi/menghilangkan rasa nyeri saat debridemen (Fatmadona & Oktarina, 2016). Prinsip ketiga, yaitu meningkatkan re-epitelisasi pada luka yang lebar dan dalam. Proses epitelisasi membutuhkan suplai darah dan nutrisi. Pada krusta yang kering dapat menekan/menghalangi suplai darah dan memberikan barrier pada epitelisasi (Fatmadona & Oktarina, 2016).

Dapat disimpulkan bahwa pemanfaatan prinsip *Moist Wound Care* cenderung menjadi pilihan perawatan luka *Sectio Caesarea* karena dapat mengurangi resiko infeksi, mempercepat proses penyembuhan luka dan mengurangi nyeri ketika rawat luka ketika debridemen sehingga memberikan suatu kenyamanan bagi pasien post operasi *Sectio Caesarea* (Arisanty, 2014).

c. Indikasi *Moist Wound Care*

Perawatan luka dengan prinsip lembab atau *moist* dapat diaplikasikan dalam tiga tipe luka yaitu:

1) Tipe luka berdasarkan waktu penyembuhan

Berdasarkan lama penyembuhan bisa dibedakan menjadi akut dan kronis. Luka akut jika penyembuhan terjadi dalam 2-3 minggu. Sedangkan luka kronis adalah segala jenis luka yang tidak ada tanda-tanda sembuh. Luka insisi bisa dikategorikan luka akut jika proses penyembuhan berlangsung sesuai dengan proses penyembuhan normal, tetapi dapat juga dikatakan luka kronis jika penyembuhan terlambat (*delayed healing*) atau jika menunjukkan tanda-tanda infeksi (Kartika, 2015).

2) Tipe luka berdasarkan anatomi kulit

Luka stadium 1 jika warna dasar luka merah dan hanya melibatkan epidermis, epidermis masih utuh atau tanpa merusak epidermis, contoh ada kemerahan di bokong. Luka stadium 2 jika warna dasar luka merah dan melibatkan lapisan epidermis-dermis. Luka stadium 3 jika warna dasar luka merah dan lapisan kulit mengalami kehilangan epidermis, dermis, hingga sebagian hipodermis (*full-thickness*). Luka stadium 4 jika warna dasar luka merah dan lapisan kulit mengalami kerusakan dan kehilangan lapisan epidermis, dermis, hingga seluruh hipodermis, dan mengenai otot dan tulang (*deep-full-thickness*).

3) Tipe luka berdasarkan warna dasar luka

Hitam adanya jaringan necrosis (mati) dengan kecenderungan keras dan kering karena tidak ada vaskularisasi.

Kuning artinya jaringan nekrosis (mati) yang lunak berbentuk seperti nanah beku pada permukaan kulit seperti *slough*. *Merah* artinya jaringan granulasi dengan vaskularisasi yang baik dan memiliki kecenderungan mudah berdarah. Dan *Pink* artinya terjadi proses epitelisasi dengan baik dan maturasi, atau luka sudah menutup (Arisanty, 2014).

d. Manfaat *Moist Wound Care*

Dalam perawatan luka dengan teknik lembab memiliki beberapa manfaat, antara lain seperti:

- 1) Nyeri minimal karena frekuensi penggantian balutan tidak setiap hari tapi tiga sampai lima hari. Hal tersebut berfungsi untuk menciptakan lingkungan luka tetap lembab, melunakkan serta menghancurkan jaringan nekrotik tanpa merusak jaringan sehat, yang kemudian terserap dan terbuang bersama pembalut, sehingga tidak sering menimbulkan trauma dan nyeri pada saat penggantian balutan (Kartika, 2015).
- 2) *Cost-effective* yaitu jumlah pemakaian alat, fasilitas, waktu dan tenaga karena tidak setiap hari dilakukan rawat luka.
- 3) Infeksi minimal karena menggunakan konsep balutan oklusif atau tertutup rapat.
- 4) Mempercepat penyembuhan luka dengan konsep lembab (Arisanty, 2014).

e. Standar Operasional Prosedur *Moist Wound Care*

Standart operasional prosedur dalam proses perawatan luka *post* operasi dengan prinsip *moist* yaitu dengan menggunakan alat dan bahan yang bersifat melembabkan daerah sekitar luka (Merdekawati & Rasyidah, 2017). Dalam persiapan alat dan bahan perawatan luka *post* operasi menurut standar operasional prosedur yaitu berupa medikasi set steril dalam bak instrumen steril, menyiapkan pinset anatomis, pinset cirurgis, 2 buah kom steril, gunting jaringan, hipavik/dressing luka transparan, gunting verban, kassa steril secukupnya, NaCl 0,9% dan bengkok/kantong plastik, alat dan bahan perawatan luka yang sudah disiapkan oleh (Central Sterilization Supply Departement) atau CSSD (Anggraini, 2016).

Prosedur dalam perawatan luka dengan prinsip *Moist Wound Care* tetap memperhatikan tiga tahap yakni mencuci luka, membuang jaringan mati dan memilih balutan. Mencuci luka bertujuan menurunkan jumlah bakteri dan membersihkan sisa balutan lama. Cairan yang digunakan dalam prosedur perawatan luka *Moist Wound Care* pada hal ini ialah dengan menggunakan cairan *Normal Saline* 0,9 %. Kemudian membuang jaringan yang mati yang bertujuan untuk membuang jaringan nekrotik atau sel mati dari permukaan luka. Dan yang terakhir memilih balutan luka seperti *op site post op* yang biasa digunakan dalam perawatan luka *post* operasi *Sectio Caesarea*.

Perawatan luka konvensional harus sering mengganti kain kassa pembalut luka, sedangkan perawatan luka modern seperti *Moist Wound Care* memiliki prinsip menjaga kelembapan luka. Sehingga penggantian balutan pada *Moist Wound Care* tidak memerlukan waktu satu hingga dua hari melainkan tiga hingga lima hari supaya menciptakan lingkungan luka tetap lembab, melunakkan serta menghancurkan jaringan nekrotik tanpa merusak jaringan sehat yang kemudian terserap ke dalam struktur balutan dan terbuang bersama balutan, hal tersebut juga dapat mengurangi trauma dari nyeri pada saat penggantian balutan (Kartika, 2015).

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

Perkembangan *modern wound care* yang berkembang sangat pesat di dunia kesehatan. Metode *wound care* yang berkembang saat ini adalah *wound care* dengan menggunakan prinsip *moisture balance*, mempertahankan luka dalam kondisi lembab. Berdasarkan penelitian lebih efektif untuk proses penyembuhan bila dibandingkan dengan cara yang konvensional. *Wound care* dengan menggunakan *moisture balance* dikenal sebagai metode *modern dressing* yang memakai alat ganti balutan yang lebih *modern* dan *topical therapy* yang mempunyai karakteristik dan keunggulan masing-masing sesuai dengan kondisi luka pasien ulkus *diabetikum* (Maryunani, 2015).

Modern dressing memiliki kandungan antimikroba seperti polimer chitosan, sodium alginate dan gelatin yang efektif menghambat pertumbuhan bakteri gram – positif dan gram – negatif. Hal ini dapat mempercepat proses penyembuhan luka pada penderita luka diabetik. Bakteri *Staphylococcus Aureus* dan *Pseudomonas aeruginosa* dapat dihambat dengan modern wound dressing yang mengandung polimer chitosan, sodium alginat maupun gelatin (Gita, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Gita (2018), bahwa perawatan luka pada ulkus diabetik dengan teknik *moist healing* lebih cepat proses penyembuhannya dibandingkan *wet dry*. Saat ini, > 500 jenis modern wound dressing seperti *hidrogel*, *film dressing*, *hydrocolloid*, *calcium alginate*, *foam/absorbant dressing*, dan *dressing hydrophobic* penyembuhan luka karena akan membantu pertumbuhan sel dan proliferasi kolagen (Kartika, 2015).

Pada pasien DM dengan ulkus diabetik, perbaikan perfusi mutlak diperlukan karena hal tersebut akan sangat membantu dalam pengangkutan oksigen dan darah ke jaringan yang rusak. Bila perfusi perifer pada luka tersebut baik maka akan baik pula proses penyembuhan luka tersebut. Penyebaran oksigen yang adekuat ke seluruh lapisan sel merupakan unsur terpenting dalam proses penyembuhan luka (Smletzer & Bare. 2012). Perfusi yang baik ditandai dengan adanya waktu pengisian kapiler (*capillary refill time/CRT*) dan juga saturasi oksigen yang normal. Perawat memiliki peran penting dalam perbaikan luka kaki diabetik. peran perawat disini adalah melakukan perawatan luka dengan baik serta melakukan pengkajian dan penilaian terhadap perfusi jaringan yang luka (Gita, 2018).

Saat ini, tehnik perawatan luka telah banyak mengalami perkembangan, dimana perawatan luka telah menggunakan balutan yang lebih modern. Prinsip dari manajemen perawatan luka modern adalah mempertahankan dan menjaga lingkungan luka tetap lembab untuk memperbaiki proses penyembuhan luka, mempertahankan kehilangan cairan jaringan dan kematian sel (Ismail. 2009). Perawatan luka modern ini menggunakan balutan dengan kesesuaian terhadap warna dasar luka,

eksudat, dan ada tidaknya infeksi. Balutan yang digunakan lebih modern dan dapat bertahan lebih lama dalam menjaga kelembaban sekitar luka sehingga meminimalkan penggantian balutan dan biaya yang dikeluarkan (Arisanty. 2014).

Dari hasil penelitian (Hidayat, 2017) tentang pengaruh perawatan luka dengan modern dressing terhadap kualitas hidup pasien ulkus diabetikum dengan hasil uji normalitas shapiro-wilk dengan hasil sebelum dan sesudah dilakukan perawatan luka dengan nilai P-Value=0,000 ($p=0,05$). Disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna terhadap peningkatan kualitas hidup sebelum dan setelah diberikan perawatan luka dengan menggunakan *modern dressing*.

C. Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Ulkus Diabetikum

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan secara komperhensif terkait dengan adanya aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual. Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar klien. Metode utama yang dapat digunakan dalam pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik serta diagnostik (Asmadi, 2008). Adapun pengkajian keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan ulkus diabetic menurut (Wijaya, Andra Saferi dan Mariza Putri, 2013).

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Pasien

Identitas pasien dapat meliputi identitas pasien secara umum yang terdiri dari nama pasien, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, alamat, pekerjaan, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan pasien biasanya yaitu adanya rasa kesemutan pada kaki atau tungkai bawah, rasa raba menurun, adanya nyeri pada luka dan luka yang tidak kunjung sembuh dan berbau.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang terdiri dari kapan luka terjadi, penyebab terjadinya luka dan upaya untuk mengatasi luka tersebut.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pancreas. Adanya obesitas, riwayat penyakit jantung, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan penderita.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dapat di lihat dari genogram keluarga yang akan menunjukkan salah satu anggota keluarga yang juga mengalami DM atau penyakit keturunan yang dapat mengakibatkan terjadinya defisiensi insulin misalnya jantung, hipertensi dll.

f. Riwayat psikososial

Meliputi informasi perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

2. Pemeriksaan Fisik

a. Aktivitas dan istirahat

Lelah, kelemahan, sulit bergerak/berjalan, kram otot, penurunan kekuatan otot dan tonus otot.

b. Sirkulasi

Adanya riwayat AMI, klaudikasi, hipertensi, kebas, kesemutan, ulkus kaki dan penyembuhan lama. Selain itu menunjukkan gejala takikardi, perubahan TD postural, penurunan atau absen nadi, disritmia JVP, kulit yang kering, hangat dan mata cekung.

Pengkajian yang dilakukan pada pasien yang mengalami integritas jaringan antara lain sebagai berikut:

1) Batasan Karakteristik Kerusakan Integritas Jaringan

- a) Nyeri akut adalah muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual dan potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa.
- b) Perdarahan adalah keluarnya darah dari pembuluh darah akibat rusaknya pembuluh darah.
- c) Jaringan rusak
- d) Hematoma adalah sekelompok sel darah yang telah mengalami ekstrasvasi, biasanya telah menggumpal, baik di dalam organ, interstitium, jaringan dan otak.
- e) Area lokal panas
- f) Kemerahan
- g) Jaringan Rusak adalah Kerusakan yang disebabkan oleh terhambatnya aliran darah dari jantung keseluruh tubuh, dan menyebabkan kematian jaringan karena kurangnya asupan darah.

Tabel 2.1 klasifikasi ulkus

Sistem Klasifikasi Ulkus Wagner	
Grade	Deskripsi
0	Tidak ada lesi, kemungkinan deformitas kaki atau selulitis
1	Ulserasi superfisial
2	Ulserasi dalam meliputi persendian, tendon, atau tulang
3	Ulserasi dalam dengan pembentukan abses, osteomyelitis, infeksi pada persendian
4	Nekrotik terbatas pada kaki depan atau tumit.
5	Nekrotik pada seluruh bagian kaki.

2) Faktor yang Berhubungan

- a) Agens cedera kimiawi (mis., luka bakar, kapsaisin, metilien klorida, agens mustard) yaitu Cedera yang diakibatkan karena faktor kimia.
- b) Kelebihan volume cairan yaitu peningkatan retensi cairan isotonik
- c) Kelembapan

- d) Ketidakseimbangan status nutrisi (mis., obesitas, malnutrisi) yaitu Asupan nutrisi tidak cukup untuk perkembangan metabolik.
 - e) Kurang pengetahuan tentang pemeliharaan integritas jaringan yaitu dimana seorang individu tidak mengerti cara merawat integritas jaringan
 - f) Kurang volume cairan yaitu penurunan cairan intravaskular, interstisial dan intraseluler.
- c. Integritas ego
- Stress dan ansietas
- d. Eliminasi
- Perubahan pola berkemih, polyuria, nocturia, nyeri dan panas serta kesulitan mengosongkan kandung kemih, infeksi kandung kemih, diare, perut lunak kembung, urin berwarna kuning pekat, polyuria menjadi oliguria dan anuri jika terjadi hypovolemia, urin berbau keruh (infeksi), perut kerat dan berdistensi, bising usus bekurang atau meningkat.
- e. Makan/ Minum
- Pasien DM dapat melaporkan gejala penurunan nafsu makan, mual muntah, anoreksia, penurunan berat badan, haus dan penggunaan dieuretik.
- f. *Neurosensory*
- Gejala yang dirasakan dapat berupa pusing, sakit kepala, kesemutan, kebas kelemahan pada otot, parastesia, dan gangguan penglihatan.
- g. Nyeri/kenyamanan
- Pasien DM dapat merasakan nyeri pada perut dan kembung. Tanda yang muncul yaitu ekspresi muka menyeringai saat palpasi abdomen dan sikap melindungi.
- h. Pernafasan
- Pernafasan dapat menunjukkan nafas cepat (DKA), batuk dengan atau tanpa sputum prulen (terganggunya adanya infeksi/tidak).

i. Keamanan

Pada pasien dm sering mengeluh gatal, kulit kering dan ulkus pada kulit.

2. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan yaitu :

1. Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan darah dapat meliputi pemeriksaan glukosa darah yaitu :GDS > 200 mg/dl, dua jam post prandial >200 mg/dl, dan gula darah puasa > 120 mg/dl

2. Urine Pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam urine. Pemeriksaan dilakukan dengan cara benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna pada urine : hijau (+), kuning (++), merah (+++), dan merah bata (++++).

3. Kultur pus Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman.

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan merupakan keputusan klinik dari respon individu, keluarga dan masyarakat terhadap kesehatannya baik secara actual atau potensial, yang dapat dilihat dari pendidikan dan pengalamannya perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara tepat untuk mencegah, menjaga, menurunkan, membatasi serta merubah status kesehatan klien (Herdman, 2012). Adapun diagnosa keperawatan yang akan diteliti pada penelitian ini yaitu kerusakan integritas jaringan. Definisi: Cedera pada membran mukosa, kornea, sistem integumen, fascia, muskular, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul, sendi, dan / atau ligamen.

4. Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan petunjuk tertulis yang mencerminkan secara tepat mengenai tindakan yang akan diberikan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan. Perencanaan dapat memberikan kesempatan kepada perawat, klien, keluarga dan orang terdekat untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan yang tepat untuk

menangani masalah kesehatan yang dihadapi klien. Adapun rencana keperawatan pada perfusi jaringan tidak efektif, tujuan menurut Nursing Outcome Classification (Moorhead, Johnson, Meridean, & Swanson, 2013) dan intervensi menurut Nursing Intervention Classification (Buluchek et al., 2013) dapat dijabarkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 2.2. Intervensi Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum

Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2017)	Hasil yang dicapai (SLKI, 2017)	Intervensi (SIKI, PPNI 2017)
Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077) Definisi : pengalaman sesnsorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Penyebab : Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma) Gejala dan Tanda Mayor : Subjek : Mengeluh nyeri Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, fruekensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan Tanda Minor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan kepada pasien diharapkan tingkat nyeri menurun. Kriteria Hasil : (L.08066) 1) Keluhan nyeri cukup menurun 2)Meringis cukup menurun 3)Gelisah cukup menurun 4)Kesulitan Tidur menurun	Observasi: 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: 5.Berikan teknik non farmakologi (terapi music, kompres hangat, kompres dingin, teknik relaksasi nafas dalam) Edukasi: ajarkan klien relaksasi nafas dalam Kolaborasi: Kolaborasi pemberian analgetik

Kondisi Klinis Terkait : Sindrom coroner akut		
Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Hiperglikemi (D.0009) Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Penyebab : Hiperglikemia Gejala dan Tanda Mayor : Subyektif : Tidak tersedia Obyektif : pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun, akral terasa dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun. Gejala dan Tanda Minor : Subyektif : Parastesia, nyeri ekstremitas Obyektif : Edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle brachial <0.90, bruit femoralis Kondisi Klinis Terkait : Diabetes mellitus	Kriteria Hasil : (L.02011) a) Penyembuhan luka cukup meningkat b) Sensasi cukup meningkat c) Edema perifer cukup menurun d) Nekrosis cukup menurun e) Kelemahan otot cukup menurun	Intervensi : (I.02079) Observasi : 1) Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2) Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (diabetes mellitus, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi) 3) Identifikasi penyebab perubahan sensasi 4) Monitor terjadinya parastesia, bila perlu 5) Monitor perubahan kulit 6) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 7) Hindari pemasangan infus, pengambilan darah, pengukuran tekanan darah, pada area keterbatasan perfusi 8) Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 9) Lakukan pencegahan infeksi Terapeutik: 10) Lakukan perawatan kaki dan kuku 11) Lakukan hidrasi 12) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat Edukasi : 13) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah

		gula, tinggi protein) 14) Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan Kolaborasi: 15. Kolaborasi dengan dokter Gizi untuk diet pasien DM
Ansietas b.d Krisis Situasional (D.0080) Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Penyebab : Krisis situasional Gejala dan Tanda Mayor : Subyektif : merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi Obyektif : tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur. Gejala dan Tanda Minor : Subyektif : mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya Obyektif: frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu. Kondisi klinis terkait :	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas pasien menurun Kriteria Hasil : (L.09093) 1) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2) Perilaku gelisah menurun 3) Perilaku tegang menurun	Intervensi : (I.09314) Observasi : 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2) Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 3) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4) Pahami situasi yang membuat ansietas 5) Dengarkan dengan penuh perhatian 6) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang 9) Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 10) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Terapeutik: 11) Latih teknik relaksasi Edukasi : 12) Ajarkan teknik relaksasi nafas

Penyakit kronis progresif		dalam Kolaborasi: kolaborasi pemberian obat penenang (bila perlu)
Gangguan Mobilitas Fisik b.d Kekakuan Sendi (D.0054) Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Penyebab : Kekakuan sendi Gejala dan Tanda Mayor : Subyektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Obyektif : kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun Gejala dan Tanda Minor : Subyektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak Obyektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat Kriteria Hasil : (L.05042) 1) Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2) Kekuatan otot cukup meningkat 3) Nyeri cukup menurun 4) Kaku sendi cukup menurun	Intervensi : (I.06171) Kolaborasi: 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5) Fasilitasi melakukan ambulasi, bila perlu 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Terapeutik: 7) lakukan ambulasi sederhana yang harus dilakukan pasien (mis. berjalan, duduk, setengah duduk) Edukasi: 8). Ajarkan latihan rentang gerak (ROM) aktif dan pasif
Gangguan Integritas Kulit b.d Perubahan Sirkulasi (D.0129) Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan epidermis) atau jaringan	Gangguan Integritas Kulit b.d Perubahan Sirkulasi Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat	Intervensi : (I.14564) Observasi : 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)

(membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan tau ligament) Penyebab : Perubahan sirkulasi Gejala dan Tanda Mayor : Subyektif : Tidak tersedia Obyektif : Kerusakan jaringan dan tau lapisan kulit Gejala dan Tanda Minor : Subyektif : Tidak tersedia Obyektif : Nyeri, pendarahan, kemerahan, hematoma Kondisi klinis terkait: Diabetes mellitus	Kriteria Hasil : (L.14125) 1) Hidrasi cukup meningkat 2) Perfusi jaringan cukup meningkat 3) Kerusakan jaringan menurun 4) Kerusakan lapisan kulit menurun 5) Kemerahan menurun	2) Monitor tanda tanda infeksi Terapeutik: 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5) Bersihkan jaringan nekrotik 6) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 7) Pasang balutan sesuai jenis luka 8) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 9) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 10) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Edukasi : 11) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi: 12) Kolaborasi prosedur debridement, jika perlu 13) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
Gangguan Pola Tidur b.d Kurangnya Kontrol Tidur (D.0055) Definisi : Gangguan	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur pasien	Intervensi : (I.05174) 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur

kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal. Penyebab : Kurangnya kontrol tidur Gejala dan Tanda Mayor : Subyektif : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup Obyektif : tidak tersedia Gejala dan Tanda Minor : Subyektif : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Obyektif : Tidak tersedia Kondisi klinis terkait: Kecemasan	membaik Kriteria Hasil : (L.05045) 1) Keluhan sulit tidur menurun 2) Keluhan sering terjaga menurun 3) Keluhan pola tidur berubah menurun	2) Tetapkan jadwal tidur rutin 3) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 4) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 5) Anjurkan relaksasi otot
Defisit nutrisi (D.0019)	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik Kriteria hasil : 1) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat 2) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat 3) Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan	Intervensi keperawatan : Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi : 1) Identifikasi status nutrisi 2) Monitor asupan makanan 3) Monitor berat badan 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : 5) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) Edukasi : 6) Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi : 7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tindakan dari sebuah perencanaan. Tindakan keperawatan terdiri dari tindakan mandiri (independen) dan kolaborasi (dependen). Tindakan mandiri merupakan tindakan yang berasal dari keputusan sendiri. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang berdasarkan hasil keputusan bersama dengan profesi lain (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Mobilisasi yang dilakukan setiap 2-3 jam sekali dapat menurunkan risiko luka tekan (Setyawati, 2015) sehingga dilakukan massase dan alih baring. Perawatan luka dilakukan untuk merawat luka serta dengan pemberian antiseptik dapat menjaga kontaminasi luka terhadap infeksi (Mubarak, Chayatin, Susanto, 2015). Faktor yang mendukung tindakan perawatan luka adalah adanya peralatan steril seperti kassa, gunting, pinset, serta spuit, kapas alkohol. Perawatan luka yang dilakukan menggunakan *modern dressing*.

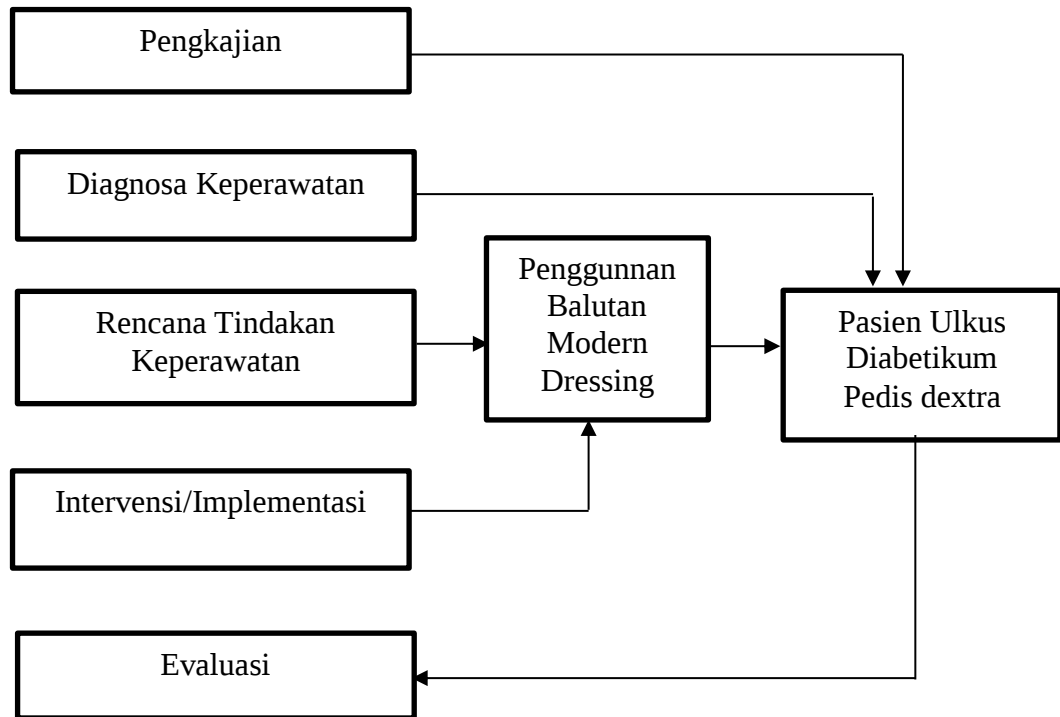
6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses yang terencana dan sistematis dalam mengumpulkan, mengorganisis, menganalisis, dan membandingkan status klien dengan kriteria hasil yang diinginkan serta menilai beberapa derajat pencapaian hasil klien. Evaluasi memiliki beberapa tujuan, tujuan utamanya adalah menentukan kemajuan klien dalam mencapai kriteria hasil yang sudah dirancang. Tujuan penting lainnya adalah menilai efektivitas komponen proses keperawatan dalam membantu klien mencapai kriteria hasil.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien dengan menggunakan komponen SOAP yakni S (data subyektif: berupa keluhan klien), O (data obyektif: hasil Pemeriksaan), A (Analisis pembandingan data dengan teori), dan P (Planning atau perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan). Luka pada pasien dikatakan mengalami proses penyembuhan jika luas luka berkurang, jumlah eksudat berkurang, jaringan luka semakin membaik, sedangkan luka sedang dikatakan tidak mengalami infeksi (Marvina *et al*, 2013). Berikut adalah hal yang dievaluasi dari masalah keperawatan kerusakan integritas jaringan:

1. Suhu, elastisitas, hidrasi dan sensasi baik.
2. Menunjukkan sedikit penyatuan ujung luka.
3. Luka tidak berbau
4. Eksudat berkurang
5. Diameter/ luas luka tetap, tidak bertambah
6. Bengkak dapat berkurang.

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.3. Kerangka Konsep Asuhan Keperawatan

BAB III

TINJAUAN KASUS

1.1. Pengkajian

Data Demografi Pasien

1.1.1. Identitas Pasien

Nama : Ny. M.W
Umur : 53 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Perkawinan: belum kawin
Agama : Kristen Protestan
Suku : Serui Papua / Indonesia
Pendidikan : SPG
Pekerjaan : Guru
Alamat : Pemda Doyo Baru
Tanggal masuk : 01 April 2021/ Pukul 17.42 WIT
Tanggal Pengkajian: 13 April 2021
Sumber informasi : Suami Pasien
No.RM : 54-29 04

Penanggung Jawab

Nama : Tn. H.Y
Umur : 56 tahun
Alamat : Pemda Doyo Baru
Pekerjaan : Swasta
Pendidikan : SMA
Hubungan dgn pasien: Suami Pasien

Tanggal Pengkajian: 13 April 2021.

1.1.2. Riwayat Kesehatan Saat ini

1. Keluhan utama : Nyeri

2. Riwayat Keluhan

P: nyeri di sebabkan karena ulkus pada kaki kanan

Q: nyeri seperti di tusuk tusuk

R: Nyeri menetap dan tidak menyebar

S: skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T: nyeri muncul secara tiba tiba dalam jangka waktu 2-5 detik

Lokasi pada kaki kanan diabgian punggung kaki

3. Keluhan yang dirasakan saat dikaji

Klien mengatakan kaki terasa sakit , bengkak, warna merah, terasa panas ada benjolan 7 seperti bisul pecah ada nanah , 3 hari kemudian ada ulat, klien membersihkan luka pakai air garam klien tidak bisa jalan 1 bulan yang lalu . klien masuk rumah sakit tanggal 01 april 2021 jam 17.42 wit ,riwayat gula darah sekitar tahun 2002 , klien control di puskesmas sentani , badan terasa lemas , pusing hilang timbul , klien mengatakan luka masih basah dan tampak ada cairan nana pada perban nyeri pada luka , nyeri di sekeliling luka

4. Faktor pencetus

Pasien mengatakan mengalami sakit Diabetes Melitus karena ada keluarga yang juga mengalami penyakit yang sama (faktor keturunan) yaitu orang tua pasien.

5. Lama keluhan

Pasien mengatakan keluhan dirasakan sejak pertama kali dirawat sampai sekarang pada saat pengkajian. Pasien mengatakan mengalami sakit Diabetes Melitus sejak lebih kurang 3 tahun yang lalu

6. Diagnose medis

a. Diabetes Mellitus I

b. Sindrome dyspepsia

c. Ulkus dorsalis pedis dextra

1.1.3. Riwayat Kesehatan Dahulu

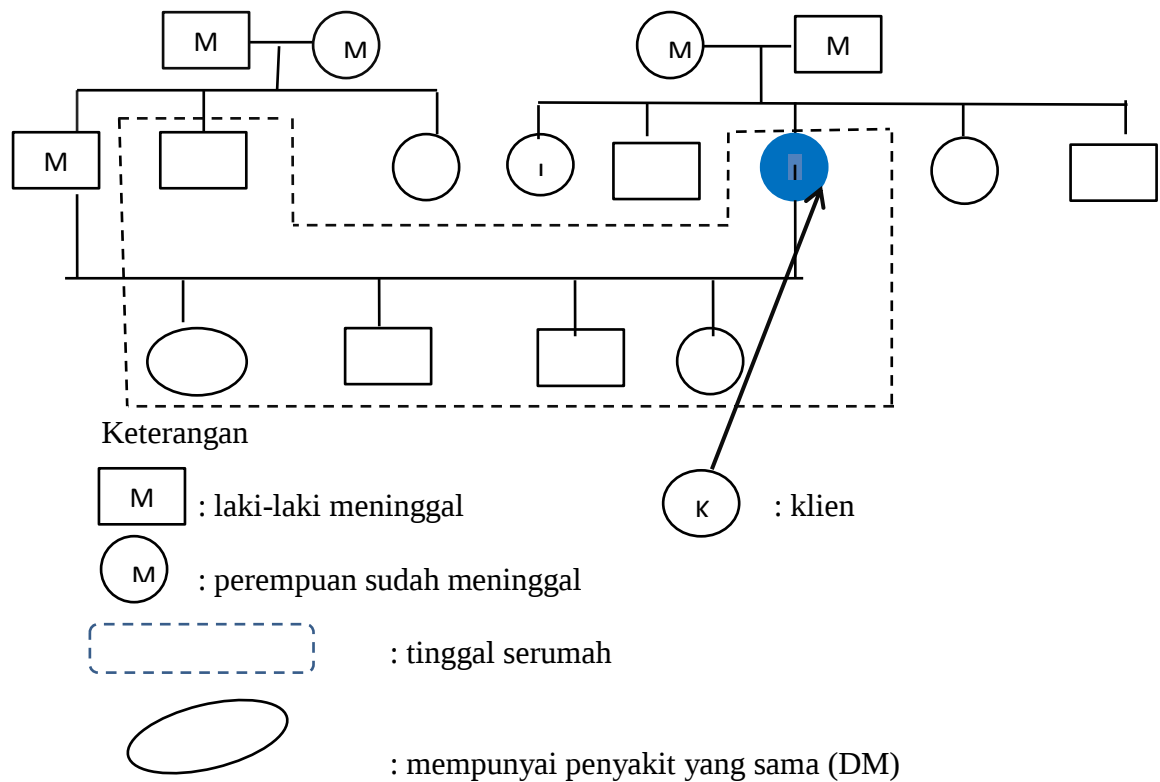
Klien menderita diabetes kurang lebih 18 tahun yang lalu klien tidak pernah dirawat karena penyakit diabetes klien hanya berobat di puskesmas sentani dan obat yang di dapar yaitu metformin 3x 1 tablet.

1.1.4. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Riwayat penyakit keluarga

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data bahwa pasien mengatakan ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus yaitu ayah dari pasien sendiri yang sudah meninggal dunia.

b. Genogram (3 generasi)



Gambar 3.1. Genogram

1.1.5. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1. Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Aktivitas	Dirumah	Di RS
	Pola nutrisi dan cairan		
	Frekuensi	Pasien mengatakan Makan baik Nasi, ubi, sayur, ikan, papeda, buah 3 kali (pagi, siang, malam) 1 piring habis Padat Tidak ada	Pasien mengatakan selama dirumah sakit Makan baik Nasi, ikan sayur, buah (diet DM) 3 kali (pagi, siang ,malam) Setengah porsi Lunak Tidak ada
	Intake cairan	Pasien mengatakan Air putih , teh 7-8 gelas 1500-2000 ml/hari Tidak ada keluhan	Pasien mengatakan Air putih 7-8 gelas 1500-2000ml/ hari Tidak ada terpasang infus Ringer laktat 20 tts/menit
	Diet	Pasien mengatakan dirumah melakukan diet yaitu mengurangi makaan yang manis manis dan mengandung gula tinggi seperti sirup, kue kue, permen dan lainnya	Pasien mengatakan selama dirumah sakit tidak boleh mengkosumsi makanan selain makanan yang didapatkan dari rumah sakit, pasien tetap melakukan diet gula
	Makanan dan minuman yang di sukai	Pasien mengatakan dirumah menyukai makanan lembut lembut dan lunak	Pasien mengatakan tidak begitu menyukai makanan rumah sakit karena tidak enak dan agak hambar
	Makanan pantangan	Pasien mengatakan makanan pantangan yaitu makananan yang manis manis da mengandung gula tinggi	Pasien mengatakan makanan pantangan yaitu makananan yang manis manis da mengandung gula tinggi
2	Pola Eliminasi	Di Rumah	Di Rumah Sakit

	BAB (buang air besar) a. Frekuensi b. Warna c. Bau d. Output	Pasien mengatakan 1 kali sehari Lembek dan kuning Khas Tidak ada 5-7 kali 500 cc/ hari Warna kuning jernih Amoniak	Pasien mengatakan 1 kali sehari Lembek dan kuning Khas Tidak ada 5-7 kali 500cc / hari pakai kateter Warna kuning jernih Amoniak
	BAK (buang air kecil)	Pasien mengatakan biasanya BAK sering dirumah, warna kuning , bau , seperti bau pesing dan jumlah banyak	Pasien mengatakan selama perawatan dirumah sakit pasien BAK lancar dan sering, warna, kuning seperti biasa, bau seperti bau obat dan jumlahnya banyak.
3	Pola Istirahat dan Tidur	Di Rumah	Di Rumah Sakit
	a. Istirahat dan tidur • Waktu tidur (jam) • Lama/hari • Kebiasaan pengantar tidur • Kesulitan dalam hal tidur [] menjelang tidur [] sering/mudah terbangun [] Merasa tidak puas setelah bangun tidur	Pasien mengatakan biasanya dirumah tidur jam 9/jam 10, biasanya tidur 6-9 jam sehari, kebiasaan sebelum tidur biasanya mengaji atau nonton tv, kesulitan saat tidur kadang sering terbangun tengah malam karena BAK	Pasien mengatakan biasanya dirumah sakit kadang susah tidur,tidur biasanya jam 10/11, biasanya tidur 6-8 jam sehari, kebiasaan sebelum tidur biasanya ngobrol dengan ibunya ,pasien kesulitan saat tidur selama perawatan sulit untuk karena terpasang infus, kadang sering terbangun tengah malam karena BAK
4	Pola Aktivitas dan Latihan	Di Rumah	Di Rumah Sakit
		Mandiri dlam perawatan diri dan aktivitas	1. Pasien mengatakan merasa kesulitan dalam melakukan aktivitas selama perawatan seperti berjalan dan mandi karena ada ulkus dikaki kanannya 2. Pasien mengatakan sulit untuk memasang pakaian dan harus

			dibantu oleh keluarga karena terpasang infus, 3. Pasien sulit untuk BAB. 4. Pasien mengatakan tidak mengalami sesak nafas setelah melakukan aktivitas 5. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan 6. Pasien mengatakan pada kaki kanan ada ulkus 7. Pasien mengatakan luka pada ulkus masih basah dan mengeluarkan cairan 8. Pasien mengatakan telapak kaki kanan sudah berlubang 9. Pasien mengatakan jari kaki kedua sudah menghitam 10. Pasien mengatakan luka dibersihkan setiap pagi
--	--	--	---

1.1.6. Data lingkungan

Pasien mengatakan rumah pasien bersih, tidak ada bahaya yang ada disekitar rumah pasien, dan juga rumah berada dilingkungan yang banyak pepohonan dan asri sehingga jauh dari polusi udara dan jalan raya serta tidak ada polusi pabrik di lingkungan rumah pasien. Di Serui masih asri kabupaten baru

1.1.7. Data Psikososial

1. Pola fikir dan persepsi

a. Alat bantu yang digunakan

Pasien tidak menggunakan alat bantu untuk melihat seperti kaca mata dan alat bantu mendengar

b. Kesulitan yang dialami

Pasien mengatakan kadang merasa pusing, merasakan sensasi panas dan dingin sudah menurun di kaki nya

2. Persepsi diri

a. Hal yang dipikirkan saat ini

Pasien mengatakan ingin segera cepat sembuh dan cepat pulang kerumah ke Serui dan bisa berkumpul dengan keluarga

b. Harapan setelah menjalani perawatan

Pasien berharap untuk cepat sembuh dan bisa kembali ke rumah dan menjalani aktifitas sehari-hari seperti biasa dan bisa sekolah seperti biasa.

c. Perubahan yang dirasakan saat sakit

Pasien mengatakan setelah sakit pasien mengalami perubahan dalam beraktifitas, pola makan dan pola tidur serta beribadah serta pasien mengatakan ingin memperdalam ilmu agama dan memperbanyak ibadah. Pasien sedih tidak bisa pergi ke gereja

d. Kesan terhadap perawat

Pasien mengatakan perawatnya sangat membantu sekali selama dalam perawatan dan ramah-ramah saat menyapa pasien.

3. Suasana hati (*mood*)

Pada saat pengkajian pasien mengatakan dalam suasana atau mood yang baik namun agak kelihatan sedih.

4. Hubungan / komunikasi

Pasien mampu berbicara bahasa Indonesia dengan baik dan mudah dipahami oleh perawat.

5. Kebiasaan seksual

Pasien merupakan anak perempuan dari 4 bersaudara

6. Mekanisme coping

a. Pengambilan keputusan

Dalam hal pengambilan keputusan pasien mengatakan diambil oleh ibunya.

b. Hal yang disukai dari dirinya sendiri

Pasien menyukai semua hal yang ada pada dirinya. Semuanya pemberian Tuhan Yesus yang baik.

c. Yang ingin dirubah dari kehidupan

Pasien mengatakan ingin merubah semua gaya dan pola hidup serta spiritualitas menjadi lebih baik. Selalu ingin dekat dengan Tuhan Yesus supaya disembuhkan

d. Yang dilakukan saat stress

Pasien mengatakan jika pasien stress pasien selalu shalat dan berdoa agar diberikan kemudahan. Dan selalu ingin dipeluk dan didampingi ibunya.

e. Apa yang dilakukan perawat agar pasien nyaman

Pasien mengatakan perawat selalu memberikan support dan motivasi untuk cepat sembuh

7. System nilai kepercayaan

a. Siapa atau apa yang menjadi sumber kekuatan

Tuhan Yesus Kristus sebagai sumber kekuatan pasien

b. Apakah Tuhan , agama, kepercayaan penting untuk anda

Pasien mengatakan Tuhan Yesus Kristus sangat penting sebagai orang yang beriman

c. Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan

Pasien ingin segera bisa beribadah di gereja

d. Kegiatan agama atau kepercayaan yang ingin dilakukan selama dirumah sakit, sebutkan

Pasien ingin segera bisa beribadah di Gereja

1.1.8. Pengkajian Fisik

1. Pengkajian umum

a. Tingkat kesadaran : Composmentis (E4M6V5: 15)

b. Keadaan Umum : sakit lemah

c. Antropometri : TB : 151 cm, BB: 50 kg
IMT: 21,9 kg/cm²

d. Tanda-tanda vital :

- Tekanan Darah :120 / 70 mmHg

- Frekuensi nadi : 102x/menit
- Frekuensi nafas : 22 x/menit
- Suhu Tubuh : 36,5 °C

2. Pengkajian Head To Toe

Tabel 3.2. Pemeriksaan Head to Toe

	Pemeriksaan fisik	Keterangan (inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi)
a	Kepala	Tampak tidak ada benjolan/pembengkakan, rambut tampak berwarna hitam dan keriting, kusam dan lepek. Pasien mengatakan sakit kepala dan pusing
b	Mata	Tampak mata pasien terdapat reaksi pupil terhadap cahaya, pupil tampak isokor dengan diameter 3 mm, 48ultrip tampak ikterik, dan conjungtiva merah jambu, tidak ada pembengkakan pada 48ultiple48, tidak ada menggunakan alat bantu penglihatan, dan fungsi penglihatan baik, dan tidak ada keluhan pada mata. Pasien mengatakan tidak ingat lagi kapan terakhir melakukan pemeriksaan mata, pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi mata
c	Hidung	Tampak tidak ada reaksi alergi pada hidung pasien, tidak ada sinusitis, tampak tidak perdarahan pada hidung dan pasien mengatakan tidak ada keluhan pada hidung. Indra penciuman masih baik.
D	Telinga	Tampak telinga simestris kiri dan kanan, tampak tidak ada perubahan bentuk telinga, telinga tampak ada kotoran, tampak tidak ada luka/lesi di dau telinga, tampak tidak ada perdarahan yang keluar dari lubang telinga, tampak telinga tidak terpasang anting dan tampak tidak ada gangguan fungsi pendengaran. Pasien mengatakan tidak ada mengalami telinga berdenging(48ultiple).
E	Mulut dan tenggorokan	Gigi pada mulut pasien tampak sudah tidak lengkap, pasien mengatakan menggunakan gigi palsu yaitu bagian atas semuanya dan bagian bawah separuh. Pasien mengatakan tidak ada gangguan atau kesulitan berbicara serta tidak ada kesulitan menelan
f	Leher	Pada leher pasien teraba arteri carotis, dan tidak ada pembesaran yang terjadi pada kelenjar tyroid, tidak ada kelainan pada leher pasien.
G	Dada (Thoraks)	Inspeksi : bentuk simetris, pergerakan dada sama. Warna kulit sama, tampak frekuensi nafas 22 x/, pola nafas teratur. Palpasi : tidak ada perbedaan suhu pada dada klien antara kiri dan kanan, terdapat getaran pada pemeriksaan taktil fremitus,tidak ada pembengkakan dan nyeri, tidak ada kelainan yang ditemui pada

		pemeriksaan palpasi pada pasien. Perkusi : terdapat bunyi sonor pada lapang paru pada saat dilakukan perkusi Auskultasi : Pada pemeriksaan auskultasi suara paru vesikuler, dan nafas teratur
h	Jantung (Kardiovaskuler)	Inspeksi : tampak tidak ada edema dan tidak ada perubahan warna pada kulit pada dada sebelah kiri. Palpasi : tidak ada nyeri tekan atau nyeri lepas dan tidak ada teraba pembengkakan pada dada sebelah kiri Perkusi : terdapat bunyi sonor Auskultasi : Pada pemeriksaan auskultasi terdengar bunyi jantung lup dup, tidak ada bunyi jantung tambahan. Irama jantung teratur
i	Abdomen	Inspeksi : bentuk perut pasien datar, simetris, tampak tidak ada bekas luka, warna kulit sama Auskultasi : Pada auskultasi terdapat bising usus 12x/menit Perkusi : teraba batas hepar pada kuadran kanan atas abdomen, tidak ada keluhan pada saat dilakukan perkusi Palpasi : tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan maupun nyeri lepas
j	Ekstremitas	1. Tampak ada edema pada kaki sebelah kanan. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan dan ada ulkus, pasien mengatakan tidak ada kekakuan, tampak ada luka ulkus diabetikum pada kaki sebelah kanan dan jari kedua atau jari tengah kaki tampak sudah mengalami 49multiple dan berwarna kehitaman, lebar ulkus ± 10 cm dengan kedalaman 1,5 cm tampak pada telapak kaki sudah berlubang. Kondisi luka tampak kemerahan disekitar luka, terdapat jaringan nekrotik dan masih keluar cairan pada luka serta berbau. 2. Pasien mengatakan nyeri pada kaki kanan 3. Pasien mengatakan pada kaki kanan ada ulkus 4. Pasien mengatakan luka pada ulkus masih basah dan mengeluarkan cairan 5. Pasien mengatakan kaki kanan sudah berlubang 6. Pasien mengatakan jari kaki kedua sudah menghitam 7. Pasien mengatakan luka dikaki dibersihkan setiap pagi
k	Genitourinaria	Pasien tampak tidak ada menggunakan kateter, dan tidak ada kelainan yang ditemui
l	Kulit	Kulit pasien berwarna hitam, tampak turgor kulit jelek, temperature hangat, kulit tampak lembab dan tampak tidak sianosis pada bibir dan juga kuku. Tampak kulit disekitar luka berwarna kemerahan dan

		pada jari kaki kedua berwarna hitam
m	Neurologi	Kesadaran composmentis Pemeriksaan nervous cranial tidak ada kelainan atau gangguan untuk sementara ini

1.1.9. Hasil pemeriksaan Penunjang

1. Data laboratorium

Hasil laboratorium tanggal 07 April 2021

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin	7,4 (Low)	P (13,0 – 16,0) W (11,0 – 16,0)
Red Blood Cell (RBC)	2,78 (Low)	P (4,5 – 14,0) W (4,0 – 5,0)
Hematokrit	21,8 (low)	P (40,0 – 48,0) W (37,0 – 43,0)
MCV	77,0 (fl)	
MCH	26,6	
MCHC	34,6	
RDW-SD	46,1	
RDW-CP	16,2 +	
WBC	6,15	
Eosinophil	1,5	
Basophil	0,7	
Neutrophil	57,8	
Limfosit	28,3	
Monosit	12,1	
Platelet (trombosit)	306	150 – 400
PDW	8,5	
MPV	8,6	
P-LCR	12,8	
PCT	0,26	
Kalium	3,65	3,5 – 5,5
Natrium	141,0	135 – 147
Clorida	108,2	100 – 106

Hasil Laboratorium tanggal 08 April 2021 (Kimia Darah)

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Glukosa 2 Jam PP	175	< 140 mg/dl
Albumin (BROMCC)	2,2	3,5 – 5,6 g/dl
GDS	81. mg/dl	< 140 mg/dl

1.1.10. Therapy obat

Hari / tanggal	Obat parenteral	Dosis
08 April 2021	IVFD Asering	20 tts/menit
	Omeprazole	2 x1 amp(injeksi)
	Ondansentron	3 x 1 amp (IV)
	Tromboaspilet	1 x 80 mg
	Amonefron	3 x 1 tab per oral
	asam folat	2 x1 tab per oral
	Transfusi PRC	2 kolf
	Transfusi Albumin	20% 100 cc
	Ketorolac	3 x 1 amp IV
	Metronidazol	3 x 500 mg IV

2. Radiologi: USG abdomen, foto thoraks , tidak ada.

USG abdomen (tanggal 7 april 2021)

Hepar :

Ukuran membesar , sudut tanjam, permukaan rata , tekstur parenkim, 51ultiple kapsul tidak ada menebal , tidak tampak bayangan ,nodul / masa, vena porta dan vena hepatica tidak melebar

Kandung empedu

Besar normal , dinding menebal , batu 51ultiple kecil, dengan diameter terbesar IK 0,46 cm duktus biliaris hepatal : tidak melebar

Spleen

Ukuran tidak membesar , tekstur parenkim homogeny halus , tidak tampak nodul /masa vena lienalis tidak melebar

Pancreas

Ukuran normal , tidak tampak masa , duktus pankreatus normal

Ginjal kanan kiri

Ukuran mengecil , batas tekstur paremkin dengan sentral echocompleks tak jelas , post color Doppler masih tampak flow vascularisasi tidak tampak batu , sistim peluokalisises tidak melebar

Vesika urinaria : tidak terisi tampak balon kateter di dalamnya

Kesimpulan :

- Cholecystitis disertai multi cholelithiasis
- Proses kronis ginjal bilateral
- Tidak tampak asites

Foto thorax

Cruris dextra : bayangan lusessn multiple di soft tissue 1/3 distol os curitis dextra

Ankle – pendis dextra : bayangan lusessn multiple di soft tissue 1/3 distal os curitis dextra

Kesimpulan :

Ulcus region cruris sampai ankle destra belum tampak tanda tanda osteomyelitis

2.1. Analisa Data

Tabel 3.3. Analisa Data

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	DS : Klien mengatakan sakit pada kaki sebelah kanan DO: Tampak ada ulkus pada kaki kanan , luka tampak terbuka , dan kondisi perban basah tampak cairan pus pada perban, luka warna merah ,warna sekitar luka menghitam , Derajat luka merupakan derajat 4 sampai menembus tendon / tulang ,lebar luka kurang lebih 10 cm dengan kedalaman 1,5 cm , tercium bau khas namun tidak menyengat Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit	Adanya hiperglikemi, ulkus diabetikum pada dorsalis pedis, serta perubahan sirkulasi ke jaringan	Kerusakan integritas kulit / jaringan (D. 0129)
2	DS : Klien mengatakan nyeri pada kaki kanannya yang luka , nyeri pada sekeliling luka DO : Klien tampak kesakitan , ekspresi wajah tenang , skala nyeri 4 (nyeri sedang)	Adanya agen pen cedera Fisiologis (inflamasi iskemia)	Nyeri akut (D.0077)

	Ttv TD : 120/70 mmhg HR : 102 x/ menit RR : 22 x/ menit		
3	DS : Klien mengatakan sakit pada kaki kanan badan terasa lemas , terasa nyeri pada luka, terasa pusing DO : Klien tampak ada ulkus pada kaki kanan , warna kulit hitam di sekitar ulkus , warna kulit pucat, penyembuhan luka lambat'turgor kulit lambat , akral teraba dingin ,CRT > 3 detik	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
4	DS : klien mengatakan badan terasa lemas, kepala terasa pusing hilang timbul , Klien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas bawah terutama kaki sebelah kanan karena adanya luka Terpasang infus pada tangan sebelah kanan DO: Kekuatan otot menurun Rentang gerak (ROM) menurun , nyeri saat bergerak Kekuatan otot 5/5/5/3 Klien tampak tidak mampu melakukan aktivitas sehingga aktivitas sehari hari di bantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari hari Terpasang kateter, ulkus pada kaki kanan ,klien hanya di atas tempat tidur	Kekuatan sendi menurun	Gangguan mobilitas fisik (D . 0054)
	DS : Klien mengatakan Badan terasa lemas , badan terasa gerah , mandi hanya 1x badan saja 1 x sehari , tidak pernah kramas Klien mengatakan tidak mampu mandi sendiri DO : klien tampak tidak mampu	kelemahan fisik	deficit perawatan diri (D.0109)

	mandi sendiri, makan sendiri , ke toilet sendiri secara mandiri , klien tampak kotor Minat melakukan perawatan diri kurang		
--	--	--	--

2.2. Diagnosa Keperawatan Yang Muncul

1. Kerusakan integritas kulit b.d Adanya hiperglikemi, ulkus diabetikum pada dorsalis pedis, serta perubahan sirkulasi ke jaringan
2. Nyeri akut berhubungan dengan Adanya agen pencedera fisiologis (inflamasi iskemia
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan sendi
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik

2.3. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 3.4. Rencana Asuhan Keperawatan.

No	(SDKI PPNI, 2017)	SLKI (Standar Luaran)	Intervensi (SIKI PPNI, 2017)
1	Kerusakan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan Adanya hiperglikemi, ulkus diabetikum pada dorsalis pedis, serta perubahan sirkulasi ke jaringan (D . 0129)	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L . 14125) dengan kriteria hasil -Elasitas meningkat -perfusi jaringan meningkat -kerusakan jaringan menurun - kerusakan lapisan kulit menurun - nyeri menurun - suhu kulit membaik	Perawatan luka (I .1: 4564) Observasi : -Monitor karakteristik luka (mis : drainase , warna, ukuran , bau,) -Monitor tanda – tanda infeksi Terapeutik: - lepaskan balutan dan plester secara perlahan - bersigkan dengan cairan NaCL atau pembersih non toksin sesuai kebutuhan - bersihkan jaringan nekrotik - Berikan Moist Wound dressing pada luka - Berikan salep sesuai dengan kulit atau lesi - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam sesuai dengna kondisi pasien - Berikan diet dengan kalori 30-35 kkl/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 gram/kgBB/hari Edukasi: -Jelaskan tanda dan gejala infeksi

			- anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi: kolaborasi pemberian obat antibiotik
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi iskemia) (D. 0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L. 08066) dengan kriteria hasil : -keluhan nyeri menurun -gelisah menurun - kesulitan menurun - frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi : - Identifikasi lokasi, karakteristik , durasi , frekuensi,kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik: -Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis : TENS ,hypnosis, akupresur, terapi music ,terapi pijit, kompres hangat / dingin, terapi bermain .) -Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis : suhu ruangan , pencahayaan , kebisingan) Edukasi: - Jelaskan penyebab , periode , dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

			- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kolaborasi Pemberian Obat analgetik
3	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia . (D. 0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat (L. 02011) Dengan kriteria hasil – kekuatan nadi perifer meningkat -penyembuhan luka meningkat - warna kulit pucat menurun - nyeri ekstremitas menurun - kelemahan otot menurun	Perawatan sirkulasi (I. 02079) Observasi -Periksa sirkulasi perifer (mis : nadi perifer , edema , pengisian kapiler , warna , suhu ,) -Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi (mis : diabetes , perokok orang tua , hipertensi dan kadar kolestrol tinggi) -Monitor panas , kemerahan , nyeri atau bengkak pada ekstermitas Terapeutik: -Hindar pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi -Hindar pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi

			Edukasi: -Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis : rendah lemak jenuh , minyak ikan omega - -Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis : rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat , luka tidak sembuh hilang rasanya)
4	Gangguan mobolitas fisik berhubungan dengan kekuatan sendi (D. 0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat (L. 05042) dengan kriteria hasil -pergerakan ekstremitas meningkat Kekuatan otot meningkat -rentang gerak (ROM) meningkat -nyeri menurun -Kecemasan menurun	Dukung ambulasi (I. 06171) Observasi -Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya -Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik -Fasilitas aktivitas ambulansi dengan alat bantu Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulansi Edukasi -Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi

			-Anjurkan melakukan ambulansi dini
5	Devisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D. 0109)	Setelah dilakukan tinadakan keperawatan selama 2x 24 jam diharapkan perawatan diri meningkat (L. 11103) Dengan kriteria hasil : -kemampuan mandi meningkat -kemampuan mengenakan Pakaian meningkat -kemampuan makan meningkat , -kemampuan ke toilet (BAB/BAK)meningkat -minat melakukan perawatan diri meningkat -mempertahankan kebersihan diri meningkat	Edukasi kesehatan (I. 12383) Observasi -Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi -Identifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik -Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan -Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan -Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi -Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat -Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

2.4. Catatan Perkembangan (Implementasi & Evaluasi)

Nama Pasien : Ny. M.W

Ruangan : Bedah RSUD Abepura

No RM : 54-29 04

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi

Hr/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
14 /4/2021 Jam 10.00 wit	D.0129	Memonitor karakteristik luka (mis : drainase, warna ukuran, bau) H: ada ulkus pada kaki kanan, luka tampak terbuka , dan kondisi perban basah tampak cairan pus pada perban, luka warna merah ,warna sekitar luka menghitam , Derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon / tulang ,luas luka kuarang lebih 4 cm dengan diameter 3- 4 cm , tercium bau khas namun tidak menyengat -Memonitor tanda tanda infeksi H : tidak ada tanda tanda infeksi -Melepaskan baluatan dan plester secara perlahan H: - Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksin sesuai kebutuhan H: luka selalu di bersihkan dengan cairan	S: Klien mengatakan adanya luka pada kaki kanan dan terasa sakit O: Tampak ada ulkus pada kaki kanan, luka tampak basah , dan kondisi perban basah tampak cairan pus pada perban, luka warna merah , Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit A :Masalah kerusakan integritas kulit / jaringan belum teratasi P: intervensi 2,-8 dilanjutkan

		Nacl -Membersihkan jaringan nekrotik - H: jaringan nekrotik selalu di angkat pada saat luka di bersihkan -Berikan salep sesuai dengan kulit / lesi - H : Salep gentamicin -Memasang balutan sesuai jenis luka -Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - H : teknik steril selalu di pertahankan -Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase - H; balutan selalu diganti 2 x sehari -Mengjadwalkan - Perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien - H: klien mengatakan setiap 2 jam miring kanan , miring kiri -Memberikan diet dengan kalori 30-35 /kgBB/ hari dan protein 1,25-1,5 g /kgBB/ hari - H: klien mendapat program diet DM dan diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein) dari rumah sakit	
--	--	---	--

		-Menjelaskan tanda gejala infeksi H: klien dapat memahaminya -Menganjurkan mengkonsumsi makana tinggi kalori dan protein H: klien dapat makanan diet TKTP dari rumah sakit -Mengkolaborasi pemberian antibiotic H: instruksi dokter ceftriaxone 1x 2 gr , metronodasol 3 x 500 mg	
14 /4/2021 Jam 10.00 wit	D.0777	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,dan intensitas nyeri H: P : nyeri disebabkan karena ulkus pada kaki kanan Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri menetap dan tidak menyebar S: skala nyeri 3 (nyeri sedang) T: nyeri muncul secara tiba –tiba dalam jangka waktu 2- 5 detik Lokasi pada tungkai bawah sebelah kanan - Mengeidentifikasi skala nyeri H : Skala nyeri 3 (nyeri ringan) - Mengidentivikasi respon nyeri non verbal	S: Klien mengatakan luka pada kaki kanan masih terasa sakit O: P : nyeri disebabkan karena ulkus pada kaki kanan Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri menetap dan tidak menyebar S: skala nyeri 3(nyeri ringan) T: nyeri muncul secara tiba –tiba dalam jangka waktu 2- 5 detik Lokasi pada tungkai bawah sebelah kanan A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P:

		H: klien mengatakan dengan teknik napas dalam melalui hidung dan di keluar melalui mulut dapat mengurangi nyeri - Mengeidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri H: klien mengatakan yang meperberat rasa sakit yaitu pada saat menggerakan kanan . - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis : terapi music) H; klien mengatakan sering mendengar music untuk mengurangi sakit --Mengontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis : suhu ruangan , pencayahaan, kebisingan) H : klien mengatakan kalau ruangan aman dan tidak ada yang ribut bisa tidur dan rasa sakit pada kaki berkurang - Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri H : klien mengatakan dapat memahami dan mengertinya -Menjelaskan strategi meredakan nyeri H; klien megatakan dapat mengerti dan dapat melaksanakan nya	Intervensi 1,2,12 dilanjutkan
--	--	---	-------------------------------

		-Menganjurakan memonitor nyeri secara mandiri H : klien dapat memahaminya -Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengeurangi rasa nyeri H : klien mengatakan dapat memahami dan mempraktekan seperti teknik napas dalam dapat menurangi rasa sakit -Mengkolaborasi pemberian analgetik H: intruksi dokter kotorolak 3x1 ampul iv	
--	--	--	--

14 /4/2021 Jam 10.00 wit	D.0009	Memeriksa sirkulasi (mis : nadi, edema , pengisian kapiler, warna , suhu) H: nadi: 100 x / menit , edema tidak ada , suhu :36, 8 derajat Celsius , tidak ada edema -Mengidentifikasi risiko gangguan sirkulasi (mis : diabetes, perokok , orang tua , hipertensi , kadar kolesterol tinggi) H : gangguan sirkulasi di karenakan oleh diabetes yang di derita klien -Memonitor panas , kemerahan , nyeri atau bengkak pada ekstremitas H: tidak ada tanda tanda infeksi -Menghindar pemasangan infus atau pengambilan darah diarea keterbatasan perfusi H: --Menghindar pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi H : selama ini melakukan pengukuran tekanan darah pada tangan sebelah kiri bebas dari pemasangan infus -Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis : rendah lemak , minyak ikan	S: Klien mengatakan sakit pada kaki kanan, badan terasa lemas O: Klien tampak ada ulkus pada kaki kanan , warna kulit hitam di sekitar ulkus , warna kulit pucat, penyembuhan luka lambat A: masalah perpusi perifer tidak efektif belum teratasi P: Intervensi 1,2,4,5 di lanjutkan
--------------------------------	--------	---	--

		omega 3) H: klien dapat memahami dan mengerti nya	
14 /4/2021 Jam 10.00 wit	D.0054	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H: klien mengatakan sakit pada kaki sebelah kanan dan terasa lemas -Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi H: TD: 110/ 80 mmhg , N: 100 X / menit -Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi H: KU baik , klien merasa lemas , nyeri pada kaki sebelah kanan -Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu H: klien hanya dibantu dengan kursi roda. -Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi H: keluarga klien aktif dalam membantu -Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	S : Klien mengatakan badan terasa lemas,adanya luka pada kaki sebelah kiri O : Kekuatan otot menurun , nyeri saat bergerak , lemas Klien tampak tidak mampu melakukan aktivitas sehingga aktivitas sehari hari di bantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari hari Terpasang kateter, ulkus pada kaki kanan ,klien hanya di atas tempat tidur A: gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : intervensi dilanjutkan

		H: klien mengatakan memahami dan mengerti -Menganjurkan melakukan ambulansi dini H: klien mengatakan takut karena terpasang kateter dan infus takut tercabut dan kaki kanan bila digerakan terasa sakit	
14 /4/2021 Jam 10.00 wit	D.0109	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi H : klien mengatakan bersedia dan siap -Mengidentifikasi faktor- faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat -Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan H: meteri penyuluhan dan leaflet -Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan H : penyeuluahn dilakukan pada tanggal 14 //04 2021 jam 10 wit -Memberikan kesempatan untuk bertanya -Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehtaan H: klein dapat memahami dan mengerti	S: Klien mengatakan Badan terasa lemas , badan terasah segar , mandi hanya lab badan saja 2 x sehari , tidak pernah kramas Klien mengatakan tidak mampu mandi sendiri O : klien tampak tidak mampu mandi sendiri di bantu sama petugas , makan dibantu , ke toilet dibantu , klien tampak Minat melakukan perawatan diri kurang A : Masalah devisit perawatan diri teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan

		-Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat -Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	
--	--	--	--

\

CATATAN PERKEMBANGAN (Implementasi dan evaluasi) HARI KE II

Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Keperawatan
15/ 04 / 2021 Jam 10.00 wit	D.0129	Memonitor karakteristik luka (mis : drainase, warna ukuran, bau) H: ada ulkus pada kaki kanan, luka tampak terbuka , dan kondisi perban basah tampak cairan pus pada perban, luka warna merah ,warna sekitar luka menghitam , Derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon / tulang ,luas luka kuarang lebih 4 cm dengan diameter 3- 4 cm , tercium bau khas namun tidak menyengat -Memonitor tanda tanda infeksi H : tidak ada tanda tanda infeksi -Melepaskan baluatan dan plester secara perlahan H: - Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksin sesuai kebutuhan H: luka selalu di bersihkan dengan cairan Nacl	S: Klien mengatakan adanya luka pada kaki kanan dan terasa sakit O: Tampak ada ulkus pada kaki kanan, luka tampak basah , dan kondisi perban basah tampak cairan pus pada perban, luka warna merah , Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit A :Masalah kerusakan integritas kulit / jaringan belum teratasi P: intervensi 2,-8 dilanjutkan

		-Membersihkan jaringan nekrotik H: jaringan nekrotik selalu di angkat pada saat luka di bersihkan -Berikan salep sesuai dengan kulit / lesi H : Salep gentamicin -Memasang balutan sesuai jenis luka -Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka H : teknik steril selalu di pertahankan -Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase H; balutan selalu diganti 2 x sehari -Mengjadwalkan Perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien H: klien mengatakan setiap 2 jam miring kanan , miring kiri -Memberikan diet dengan kalori 30-35 /kgBB/ hari dan protein 1,25-1,5 g /kgBB/ hari H: klien mendapat program diet DM dan diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein) dari rumah sakit -Menjelaskan tanda gejala infeksi	
--	--	--	--

		H: klien dapat memahaminya -Menganjurkan mengkonsumsi makana tinggi kalori dan protein H: klien dapat makanan diet TKTP dari rumah sakit -Mengkolaborasi pemberian antibiotic H: instruksi dokter ceftriaxone 1x 2 gr , metronidasol 3 x 500 mg	
15/ 04 / 2021 Jam 10.00 wit	D.0777	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,dan intensitas nyeri H: P : nyeri disebabkan karena ulkus pada kaki kanan Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri menetap dan tidak menyebar S: skala nyeri 3 (nyeri sedang) T: nyeri muncul secara tiba –tiba dalam jangka waktu 2- 5 detik Lokasi pada tungkai bawah sebelah kanan - Mengeidentifikasi skala nyeri H : Skala nyeri 3 (nyeri ringan) - Mengidentivikasi respon nyeri non verbal H: klien mengatakan dengan teknik napas	S: Klien mengatakan luka pada kaki kanan masih terasa sakit O: P : nyeri disebabkan karena ulkus pada kaki kanan Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri menetap dan tidak menyebar S: skala nyeri 3(nyeri ringan) T: nyeri muncul secara tiba –tiba dalam jangka waktu 2- 5 detik Lokasi pada tungkai bawah sebelah kanan A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P:

		dalam melalui hidung dan di keluar melalui mulut dapat mengurangi nyeri - Mengeidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri H: klien mengatakan yang meperberat rasa sakit yaitu pada saat menggerakan kaki . - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis : terapi music) H; klien mengatakan sering mendengar music untuk mengurangi sakit --Mengontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis : suhu ruangan , pencayahaan, kebisingan) H : klien mengatakan kalau ruangan aman dan tidak ada yang ribut bisa tidur dan rasa sakit pada kaki berkurang - Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri H : klien mengatakan dapat memahami dan mengertinya -Menjelaskan strategi meredakan nyeri H; klien megatakan dapat mengerti dan dapat melaksanakan nya	Intervensi 1,2,12 dilanjutkan
--	--	--	-------------------------------

		-Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri H : klien dapat memahaminya -Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengeurangi rasa nyeri H : klien mengatakan dapat memahami dan mempraktekan seperti teknik napas dalam dapat menurangi rasa sakit -Mengkolaborasi pemberian analgetik H: intruksi dokter kotorolak 3x1 ampul iv	
15/ 04 / 2021 Jam 10.00 wit	D.0009	Memeriksa sirkulasi (mis : nadi, edema , pengisian kapiler, warna , suhu) H: nadi: 98 x / menit , edema tidak ada , suhu :37 derajat Celsius , tidak ada edema -Mengidentifikasi risiko gangguan sirkulasi (mis : diabetes, perokok , orang tua , hipertensi , kadar kolestrol tinggi) H : gangguan sirkulasi di karenakan oleh diabetes yang di derita klien -Memonitor panas , kemerahan , nyeri atau bengkak pada ekstremitas H: tidak ada tanda tanda infeksi	S: Klien mengatakan sakit pada kaki kanan, badan terasa lemas O: Klien tampak ada ulkus pada kaki kanan, warna kulit hitam di sekitar ulkus , warna kulit pucat, penyembuhan luka lambat A: masalah perpusi perifer tidak efektif belum teratasi P: Intervensi 1,2,4,5 di lanjutkan

		-Menghindar pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi -Menghindar pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi H : selama ini melakukan pengukuran tekanan darah pada tangan sebelah kanan bebas dari pemasangan infus -Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis : rendah lemak , minyak ikan omega 3) H: klien dapat memahami dan mengerti nya -Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis : rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat , luka tidak sembuh hialng rasa) H : klien mengerti dan memahaminya	
15/ 04 / 2021 Jam 10.00 wit	D.0054	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H: Klein mengatakan sakit pada kaki sebelah kanan dan terasa lemas -Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi H: TD: 110/ 70 mmhg , N: 98 X / menit	S : Klien mengatakan badan terasa lemas, adanya luka pada kaki sebelah kanan O : Kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak , lemas Klien tampak tidak mampu melakukan aktivitas

		-Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi H: KU baik , klien merasa lemas, nyeri pada kaki sebelah kiri -Memfasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu H: klien hanya dibantu dengan kursi roda. -Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulansi H: keluarga klien aktif dalam membantu -Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi H: klien mengatakan memahami dan mengerti -Menganjurkan melakukan ambulansi dini H: klien mengatakan takut karena terpasang kateter dan infus takut tercabut dan kaki kanan bila digerakan terasa sakit	sehingga aktivitas sehari hari di bantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari hari Terpasang kateter, ulkus pada kaki kanan ,klien hanya di atas tempat tidur A: gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
15/ 04 / 2021 Jam 10.00 wit	D.0109	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi H : klien mengatakan bersedia dan siap -Mengidentifikasi faktor - faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi	S: Klien mengatakan Badan terasa lemas , badan terasa segar , mandi hanya lab badan saja 2 x sehari , tidak pernah kramas Klien mengatakan tidak mampu mandi sendiri O : klien tampak tidak mampu mandi sendiri di

		perilaku hidup bersih dan sehat -Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan H: meteri penyuluhan dan leaflet -Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan H : penyeuluahn dilakukan pada tanggal 14 //04 2021 jam 10 wit -Memberikan kesempatan untuk bertanya -Menjelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehtaan H: klein dapat memahami dan mengerti -Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat -Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	bantu sama petugas, makan dibantu, ke toilet dibantu , klien tampak Minat melakukan perawatan diri kurang A : Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan
--	--	---	---

CATATAN PERKEMBANGAN (Implementasi dan Evaluasi) HARI KE III

Hari /tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi Keperawatan
16 /04/2021 Jam 11.00 wit	D.0129	Memonitor karakteristik luka (mis : drainase, warna ukuran, bau) H: ada ulkus pada kaki kanan, luka tampak terbuka, dan kondisi perban basah tampak cairan pus pada perban, luka warna merah, warna sekitar luka menghitam , Derajat luka merupakan derajat 3 sampai menembus tendon / tulang ,luas luka kurang lebih 4 cm dengan diameter 3- 4 cm , tercium bau khas namun tidak menyengat -Memonitor tanda tanda infeksi H : tidak ada tanda tanda infeksi -Melepaskan balutan dan plester secara perlahan H: - Membersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksin sesuai kebutuhan H: luka selalu di bersihkan dengan cairan Nacl -Membersihkan jaringan nekrotik H: jaringan nekrotik selalu di angkat pada saat luka di bersihkan -Berikan salep sesuai dengan kulit / lesi	S: Klien mengatakan adanya luka pada kaki kanan dan terasa sakit O: Tampak ada ulkus pada kaki kanan, luka tampak basah , dan kondisi perban basah tampak cairan pus pada perban, luka warna merah , Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit A :Masalah kerusakan integritas kulit / jaringan belum teratasi P: intervensi 2,-8 dilanjutkan

		H : Salep gentamicin -Memasang balutan sesuai jenis luka -Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka H : teknik steril selalu di pertahankan -Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase H; balutan selalu diganti 2 x sehari -Mengjadwalkan Perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai dengan kondisi pasien H: klien mengatakan setiap 2 jam miring kanan , miring kiri -Memberikan diet dengan kalori 30-35 /kgBB/ hari dan protein 1,25-1,5 g /kgBB/ hari H: klien mendapat program diet DM dan diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein) dari rumah sakit -Menjelaskan tanda gejala infeksi H: klien dapat memahaminya -Menganjurkan mengkonsumsi makana tinggi kalori dan protein H: klien dapat makanan diet TKTP dari rumah sakit -Mengkolaborasi pemberian antibiotic H: instruksi dokter ceftriaxone 1x 2 gr , metronidasol 3 x 500 mg	
16 /04/2021	D.0777	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,dan intensitas nyeri	S:

Jam 11.00 wit		H: P : nyeri disebabkan karena ulkus pada kaki kanan Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri menetap dan tidak menyebar S: skala nyeri 3 (nyeri sedang) T: nyeri muncul secara tiba –tiba dalam jangka waktu 2- 5 detik Lokasi pada tungkai bawah sebelah kanan - Mengeidentifikasi skala nyeri H : Skala nyeri 3 (nyeri ringan) - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal H: klien mengatakan dengan teknik napas dalam melalui hidung dan di keluar melalui mulut dapat mengurangi nyeri - Mengeidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri H: klien mengatakan yang memperberat rasa sakit yaitu pada saat mengerjakan kaki . - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis : terapi music) H; klien mengatakan sering mendengar music untuk mengurangi sakit --Mengontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (mis : suhu ruangan , pencayahaan, kebisingan) H : klien mengatakan kalau ruangan aman dan tidak ada yang ribut bisa tidur dan rasa sakit pada kaki berkurang	Klien mengatakan luka pada kaki kanan masih terasa sakit O: P : nyeri disebabkan karena ulkus pada kaki kanan Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : nyeri menetap dan tidak menyebar S: skala nyeri 3(nyeri ringan) T: nyeri muncul secara tiba –tiba dalam jangka waktu 2- 5 detik Lokasi pada tungkai bawah sebelah kanan A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: Intervensi 1,2,12 dilanjutkan
--------------------------	--	--	--

		- Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri H : klien mengatakan dapat memahami dan mengertinya -Menjelaskan strategi meredakan nyeri H; klien megatakan dapat mengerti dan dapat melaksanakan nya -Menganjurakan memonitor nyeri secara mandiri H : klien dapat memahaminya -Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengeurangi rasa nyeri H : klien mengatakan dapat memahami dan mempraktekan seperti teknik napas dalam dapat menurangi rasa sakit -Mengkolaborasi pemberian analgetik H: intruksi dokter kotorolak 3x1 ampul iv	
16 /04/2021 Jam 11.00 wit	D.0009	-Memeriksa sirkulasi (mis : nadi, edema , pengisian kapiler, warna , suhu) H: nadi: 100 x / menit , edema tidak ada, suhu :37,3 derajat Celsius, tidak ada edema -Mengidentifikasi risiko gangguan sirkulasi (mis : diabetes, perokok , orang tua , hipertensi , kadar kolestrol tinggi) H : gangguan sirkulasi di karenakan oleh diabetes yang di derita	S: Klien mengatakan sakit pada kaki kanan , badan terasa lemas O: Klien tampak ada ulkus pada kaki kanan , warna kulit hitam di sekitar ulkus , warna kulit pucat, penyembuhan luka lambat

		klien -Memonitor panas , kemerahan , nyeri atau bengkak pada ekstremitas H: tidak ada tanda tanda infeksi -Menghindar pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi -Menghindar pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi H : selama ini melakukan pengukuran tekanan darah pada tangan sebelah kiri bebas dari pemasangan infus -Mengajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis : rendah lemak , minyak ikan omega 3) H: klien dapat memahami dan mengerti nya -Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis : rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat , luka tidak sembuh hialng rasa) H : klien mengerti dan memahaminya	A: masalah perpusi perifer tidak efektif belum teratasi P: Intervensi 1,2,4,5 di lanjutkan
16 /04/2021 Jam 11.00 wit	D.0054	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya H: klein mengatakan sakit pada kaki sebelah kanan dan terasa lemas -Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan ambulasi H: TD: 120/ 70 mmhg , N: 102 X / menit	S : Klien mengatakan badan terasa lemas,adanya luka pada kaki sebelah kanan O : Kekuatan otot menurun

		-Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi H: KU baik , klien merasa lemas , nyeri pada kaki sebelah kanan -Memfasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu H: klien hanya dibantu dengan kursi roda. -Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulansi H: keluarga klien aktif dalam membantu -Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi H: klien mengatakan memahami dan mengerti -Menganjurkan melakukan ambulansi dini H: klien mengatakan takut karena terpasang kateter dan infus takut tercabut dan kaki kanan bila digerakan terasa sakit	, nyeri saat bergerak , lemas Klien tampak tidak mampu melakukan aktivitas sehingga aktivitas sehari hari di bantu oleh keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari hari Terpasang kateter, ulkus pada kaki kanan ,klien hanya di atas tempat tidur A: gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
16 /04/2021 Jam 11.00 wit	D.0109	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi H : klien mengatakan bersedia dan siap -Mengidentifikasi faktor - faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat -Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan H: materi penyuluhan dan leaflet -Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan H : penyuluhan dilakukan pada tanggal 14 /04 2021 jam 10 WIT -Memberikan kesempatan untuk bertanya -Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	S: Klien mengatakan Badan terasa lemas , badan terasa segar, mandi hanya lab badan saja 2 x sehari, tidak pernah kramas Klien mengatakan tidak mampu mandi sendiri O : klien tampak tidak mampu mandi sendiri di bantu sama petugas , makan dibantu , ke toilet dibantu , klien tampak Minat melakukan perawatan diri kurang A : Masalah dehisit perawatan diri teratasi sebagian

		H: Klein dapat memahami dan mengerti -Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat -Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	P: Intervensi di lanjutkan
--	--	---	----------------------------

BAB IV

PEMBAHASAN

1.1. Analisis Kasus Terkait Teori

Asuhan keperawatan pada Pasien Ny. M.W dengan Diabetes Melitus Tipe II dengan ulkus diabetikum pada cruris dextra dilakukan sejak tanggal 13 sampai 16 April 2021, Pasien masuk rumah sakit sejak 07 April 2021 melalui IGD RSUD Abepura Pengkajian dilakukan diruangan Bedah pada tanggal 13 April 2021 dengan data yang didapatkan yaitu Pasien mengatakan saat ini kepala terasa pusing, tampak ada luka ulkus dikaki sebelah kanan dan tpunggung kaki kanan. Pasien mengatakan kaki terasa sakit dan sulit untuk melakukan aktivitas sehingga pasien belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri dan dibantu oleh keluarga dan perawat. Berdasarkan hasil observasi pada saat pengkajian tampak luka ditutup dengan kasa gulung dan tampak jari kaki kedua (jari tengah) sudah mengalami ganggren.

Masalah keperawatan utama yang didapatkan sesuai dengan prioritas masalah yang telah disusun yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan Adanya hiperglikemi, ulkus diabetikum pada dorsalis pedis, dextra serta perubahan sirkulasi ke jaringan. Salah satu komplikasi pada pasien diabetes adalah neuropati pada ekstremitas bawah yang menyebabkan ulkus diabetik, dan diperkirakan bahwa 15 % pasien dengan diabetes akan berkembang menjadi ulkus pada ektremitas bawah selama perjalanan penyakitnya (Frykberg & Armstrong, 2016). Ulkus adalah luka terbuka pada permukaan kulit atau selaput lender dan ulkus adalah kematian jaringan yang luas dan disertai dengan invasive kuman saprofit. Adanya kuman sarofit tersebut menyebabkan ulkus menjadi berbau, ulkus diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan DM dengan neuropati perifer (Andyagreeni, 2015). Ulkus diabetikum dikenal dengan istilah gangrene didefinisikan sebagai jaringan nekrosis atau jaringan mati yang disebabkan oleh adanya emboli pembuluh darah besar arteri pada bagian tubuh sehingga suplai darah berhenti. Ulkus menyebabka teradiya kerusakan integritas jaringan pada kulit yag dapat meyebabka gaggren hingga amputasi.

Kerusakan integritas jaringan kulit merupakan kondisi individu mengalami atau beresiko untuk mengalami perubahan pada jaringan, kornea, atau membran mukosa tubuh. Kerusakan integritas kulit yaitu kondisi ketika individu mengalami atau beresiko mengalami perubahan epidermis dan atau dermis (Lynda Juall. ED. 13,2012). Kerusakan jaringan terjadi ketika tekanan mengenai kapiler yang cukup besar dan menutup kapiler tersebut. Tekanan pada kapiler merupakan tekanan yang dibutuhkan untuk menutup kapiler misalnya jika tekanan melebihi tekanan kapiler normal yang berada pada rentang 16 sampai 32 mmHg (NANDA, 2018).

Masalah keperawatan kedua yaitu Kelemahan Fisik berhubungan dengan Adanya ulkus diabetikum pada dorsalis pedis, adanya kelemahan akibat penurunan produksi energi dan aktivitas. Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan pasien mengalami ulkus pada bagian kaki kiri serta telapak kaki yang sudah berlubang dengan kedalaman lebih kurang 1,5 cm. Luka ulkus dibalut dengan kasa dan tidak boleh terkontaminasi atau basah. Hal ini menyebabkan pasien sulit untuk melakukan aktivitas seperti turun dari kasur, berjalan ke kamar mandi, serta mandi dan buang air kecil sehingga pasien harus selalu dibantu oleh keluarga. Kelemahan fisik adalah ketidakcukupan psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau diinginkan (Huda,dkk, 2016).

Menurut Carpenito (2009) batasan karakteristik aktivitas terdiri dari batasan karakteristik mayor dan batasan karakteristik minor. Karakteristik mayor yaitu terganggunya kemampuan untuk bergerak secara sengaja dalam lingkungan (misalnya mobilitas ditempat tidur, berpindah tempat dan ambulasi) dan keterbatasan rentang gerak ROM (*Range Of Motion*), sedangkan karakteristik minor yaitu keterbatasan gerak dan keengganan untuk bergerak (kelelahan dan kelemahan).

1.2. Analisis Kasus

Setelah mendapatkan keempat masalah keperawatan pada tinjauan kasus, salah satu intervensi yang dilakukan penulis yaitu sehubungan dengan masalah keperawatan yang utama yaitunya kerusakan integritas jaringan kulit, penulis melakukan salah satu intervensi yang dapat dilakukan untuk

mempercepat proses penyembuhan luka ulkus yang salah satunya yaitunya perawatan luka dengan menggunakan metode moist wound healing. Salah satu asuhan perawatan pada penderita diabetes adalah teknik perawatan luka. Perawatan luka merupakan asuhan keperawatan yang dilakukan perawat di bangsal, terutama pada ruang perawatan medical surgincal. Perawat dituntut untuk mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang adekuat terkait dengan proses perawatan luka yang dimulai dari pengkajian yang komprehensif, perencanaan intervensi yang tepat, implementasi tindakan, evaluasi hasil yang ditemukan selama perawatan serta dokumentasi hasil yang sistematis (Agustina, 2009). Teknik perawatan luka terkini di dunia keperawatan yaitu dengan menggunakan prinsip lembab dan tertutup, suasana lembab mendukung terjadinya proses penyembuhan luka (Blackley, 2004). Teknik perawatan luka lembab dan tertutup atau yang dikenal moist wound healing adalah metode untuk mempertahankan kelembaban luka dengan menggunakan bahan balutan penahan kelembaban sehingga menyembuhkan luka, pertumbuhan jaringan dapat terjadi secara alami. Munculnya konsep moist wound healing, menjadi dasar munculnya pembalutan luka modern (Mutiara, 2009).

Sejalan dengan teori yang mengatakan bahwa balutan yang dapat menjaga kelembaban pada permukaan luka akan memfasilitasi proses angiogenesis, pada angiogenesis terjadi pembentukan kapiler darah baru dimana suplai oksigen dan nutrisi mengalami peningkatan. Proses lain adalah peningkatan autolitik debridemen, pada kondisi moist neutrophil meningkat sehingga jaringan nekrotik dapat diangkat dan tidak menimbulkan respon nyeri. Proses ini pula menstimulasi makrofag untuk menghasilkan hormon pertumbuhan yang dapat merangsang pertumbuhan sel baru (Keast & Orsted, 2008). Pada saat dilakukan asuhan keperawatan didapatkan hasil bahwa sebelum dilakukan perawatan menggunakan moist wound healing luka tampak mengeluarkan cairan, terdapat jaringan nekrotik pada ulkus dan disekitar telapak kaki yang berlubang, terdapat ganggren pada jari kaki kedua, mengeluarkan bau dan pasien merasakan nyeri saat luka dibersihkan. Namun setelah dilakukan perawatan luka menggunakan teknik *moist wound healing*

selama 4 hari tampak cairan dan pus mulai berkurang, tampak ganggren pada jari kaki kedua tidak meluas atau melebar, jaringan nekrotik mulai berkurang, pada telapak kaki yang berlubang tampak mulai mengalami perbaikan pada kulit, warna kemerahan pada sekitar ulkus tampak berkurang, tampak kulit disekitar lubang sudah tidak ada jaringan nekortik lagi, dan pasien mengatakan nyeri berkurang. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perubahan setelah dilakukan perawatan luka menggunakan teknik moist wound healing pada luka Nn.G. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakuka oleh Maria Imaculata, dkk (2018) tentang Efektivitas Perawatan Luka Teknik Balutan *Wet-Dry Dan Moist anti microbial Wound Healing* Pada Penyembuhan Ulkus Diabetik yang mendapatkan hasil bahwa perawatan luka pada ulkus diabetik dengan teknik moist healing lebih cepat proses penyembuhannya sehingga pasien mendapatkan perawatan lebih efektif dan efisien baik dari segi waktu dan biaya. Balutan *Moist anti microbial Wound Healing* bersifat lembut dan dapat mengembang apabila luka mempunyai jumlah eksudat yang banyak dan tetap memberikan kesan lembab dan mencegah kontaminasi dari bakteri yang ada diluar luka. Untuk balutan basah kering apabila luka memiliki eksudat dalam jumlah banyak maka harus segera diganti balutannya. Terutama apabila eksudat tersebut sampai merembes keluar dari balutan yang menyebabkan balutan tampak kotor. Selain itu teknik moist healing tidak memberikan nyeri maupun perdarahan saat balutan diangkat dari luka. Sedangkan untuk penggunaan perawatan luka balutan basah kering akan sangat sulit saat ingin membuka balutan tersebut dikarenakan balutan tersebut menjadi kering dan akan menimbulkan nyeri dan juga perdarahan apabila balutan tersebut diangkat (Wahidin, 2013)

1.3. Analisis Based Evidence Practice

Teknik pembalutan luka (*wound dressing*) saat ini berkembang pesat dan dapat membantu dokter dan pasien untuk menyembuhkan luka kronis. Prinsip lama yang menyebutkan penanganan luka harus dalam keadaan kering, ternyata dapat menghambat penyembuhan luka, karena menghambat proliferasi sel dan kolagen, tetapi luka yang terlalu basah juga akan menyebabkan maserasi kulit sekitar luka. Memahami konsep penyembuhan luka lembap, pemilihan bahan balutan, dan prinsip-prinsip intervensi luka yang optimal merupakan konsep kunci untuk mendukung proses penyembuhan luka. Perawatan luka menggunakan prinsip kelembapan seimbang (*moisture balance*) dikenal sebagai metode modern dressing dan memakai alat ganti balut yang lebih modern. Saat ini, lebih dari 500 jenis modern wound dressing dilaporkan tersedia untuk menangani pasien dengan luka kronis antara lain berupa hidrogel, film dressing, hydrocolloid, calcium alginate, foam/absorbant dressing, dressing antimikrobial, hydrophobic antimikrobial. Keberhasilan proses penyembuhan luka tergantung pada upaya mempertahankan lingkungan lembap yang seimbang, karena akan memfasilitasi pertumbuhan sel dan proliferasi kolagen.

Pencarian artikel dilakukan menggunakan beberapa kata kunci diantaranya :*ulkus diabetikum* dan *modern dressing*. Database pencarian digunakan adalah *google scholar*. Pencarian jurnal dibatasi diantara tahun 2011-2020. Didapatkan 15 buah artikel yang sesuai dengan pencarian *evidence base practice* ini. Dari artikel yang ditelaah menunjukkan Penggunaan ilmu dan teknologi serta inovasi produk perawatan luka dapat memberikan nilai optimal jika digunakan secara tepat. Prinsip utama dalam manajemen perawatan luka adalah pengkajian luka yang komprehensif agar dapat menentukan keputusan klinis yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Diperlukan peningkatan pengetahuan dan keterampilan klinis untuk menunjang perawatan luka yang berkualitas, terutama dalam penggunaan modern dressing. Setelah dilakukan seleksi isi jurnal, diperoleh 7 jurnal yang sesuai dengan pembahasan perawatan luka dengan modern dressing pada pasien dengan ulkus diabetikum. Hasil penelitian menunjukkan luka yang

dirawat dengan modern dressing pada pasien ulkus diabetikum mengalami regenerasi ditandai dengan penurunan skor skala Bates-Jansen *Wound Assesment Tool*. Modern dressing yang berpegang pada prinsip moisture balance lebih efektif terhadap proses penyembuhan luka diabetes. Kondisi luka dengan lingkungan lembab yang seimbang dapat menunjang pertumbuhan sel dan pertumbuhan jaringan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada NY M. W selama 4 hari, yaitu pada tanggal 13 - 16 April 2021 dengan kasus Diabetes Melitus + Ulkus Diabetikum dextra, di Ruang Bedah RSUD Abepura , maka dapat diketahui hal-hal seperti berikut :

1. Penulis sudah mampu memahami konsep teori Diabetes Melitus : definisi, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, tanda dan gejala, komplikasi, penatalaksanaan non farmakologi.
2. Setelah dilakukan pegkajian didapatkan bahwa pasien Ny.M.W mengalami diabetes melitus dengan ulkus diabetikum pada dextra dengan luka seluas ± 10 cm dengan kedalaman $\pm 1,5$ cm, terdapat jaringan nekrotik, jari kaki kedua sudah mengalami ganggren dan pada telapak kaki sudah berlubang.
3. Masalah keperawatan yang muncul pada kasus yaitu :
 - a. Kerusakan integritas kulit b.d Adanya hiperglikemi, ulkus diabetikum pada dorsalis pedis dextra, serta perubahan sirkulasi ke jaringan
 - b. Kelemahan b.d Adanya ulkus diabetikum pada dorsalis pedis, adanya kelemahan akibat penurunan produksi energi dan aktivitas.
4. Untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul tersebut maka disusunlah rencana asuhan keperawatan sesuai dengan teoritis dan kasus yang ditemukan pada Ny. M.W dengan ulkus diabetikum dextra di ruangan Bedah RSUD Abepura.
5. Implementasi keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah disusun dan disesuaikan dengan kondisi Ny. M.W dengan ulkus diabetikum dextra di Ruang Bedah RSUD Abepura
6. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari pada Ny. M.W dengan ulkus diabetikum di ruangan Bedah RSUD Abepura selama 4 hari didapatkan bahwa sudah memperlihatkan adanya perbaikan.

7. Penulis telah mampu menerapkan perawatan luka menggunakan metode *moist anti microbial wound healing* dalam meningkatkan penyembuhan ulkus diabetikum pada Ny. M.W di ruangan Bedah RSUD Abepura .
8. Hasil implemetasi perawatan luka menggunakan metode *moist anti microbial wound healing* Ny.M.W selama 4 hari didapatkan hasil bahwa cairan dan pus mulai berkurang, ganggren pada jari kaki kedua tidak meluas atau melebar, jaringan nekrotik mulai berkurang, pada telapak kaki yang berlubang mulai mengalami perbaikan pada kulit, warna kemerahan pada sekitar ulkus berkurang, kulit disekitar lubang sudah tidak ada jaringan nekortik lagi, dan pasien mengatakan nyeri berkurang

B. Saran

1. Bagi Penulis

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus dengan ulkus diabetikum dextra sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

2. Bagi Institusi Pendidikan Prodi Pendidikan Profesi Ners

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan, khususnya di bidang medikal bedah dengan Diabetes melitus di ruang perawatan.

3. Bagi RSUD Abepura

Hasil penulisan karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai dasar pengembangan manajemen asuhan keperawatan dan membantu perawat diruang perawatan dalam meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan. Sudah diterapkan salah satu intervensi dari jurnal terkait dalam asuhan keperawatan pada Ny. M.W di ruangan Bedah Abepura.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, A., & Mardianti, T. (2016). Penggunaan balutan modern (hydrocoloid) untuk penyembuhan luka diabetes mellitus TIPE II. *Jurnal Ipteks Terapan*, 10(1), 18–24.
- Alberikus Dimantika, S. Y. (2020). Perawatan Luka Diabetes Mellitus Menggunakan Teknik Modern Dressing. *Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan*, 117-268.
- Alexiadou, K. dan Doupis, J., 2012. Management of Diabetic Foot Ulcers. *Springer Healthcare, Greece*, 3: 1–15.
- Anggraini, Z. (2016). Gambaran Implementasi Prosedur Perawatan Luka Post Operasi Oleh Perawat Di Rsu Pku Muhammadiyah Bantul. FKIK Universitas Muhammadiyah Yogyakarta , 1-23
- Arisanty, I. P. (2013). *Manajemen Perawatan Luka :Konsep Dasar*. Jakarta : EGC.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Bahri, Y (2014). Asupan serat kadar gula darah, kadar kolesterol total, dan status gizi pada pasien diabetes melitus Tipe 2 di Rumah Sakit Roemani Semarang . UNIMUS. Diunduh 25 Desember 2020
- Bararah, T., & Jauhar, M. (2013), *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Jakarta: Prestasi Pustakaraya.
- Brunner & Suddarth. (2018), *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Buluchek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Intervention Classification* (6th ed.). Indonesia: CV. Mocomedia.
- Corwin, Elizabeth J. 2011. *Buku Saku Patofisiologi*.EGC.Jakarta. Data Rekam Medik RSUD Jayapura
- Diah. dkk, .. (2017). Hubungan Prinsip Dan Jenis Balutan Dengan Penerapan Teknik Moist Wound Healing. *Jurnal Keperawatan STIKES Harapan Ibu Jambi, Indonesia* (36132),.
- Doenges, E. M. (2014). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.

- Edmonds, M., Lazaro-Martinez, J. L., Alfayate-Garcia, J. M., Martini, J., Petit, J., Rayman, G.... Piaggese, A. (2018). Sucrose octasulfate dressing versus control dressing in patient with neuroischemic diabetic foot ulcer (explorer): An international, multicentre, double-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 6(3), 186-96.
- Elizabeth Gianino, C. M. (2018). Smart Wound Dressings for Diabetic Chronic Wounds. *Bioengineering*, 5(15), 1-26.
- Elsaid, A., Sameh, M. E., Mohamed, E., & El-said, M. (2020). Randomized controlled trial on autologous platelet-rich plasma versus saline dressing in treatment of non-healing diabetic foot ulcers. *World Journal of Surgery*, 44(4), 1294–1301.
- Fatmadona, R., Oktarina, E. (2016). Aplikasi Modern Wound Care Pada Perawatan Luka Infeksi Di RS Pemerintah Kota Padang. *NERS Jurnal Keperawatan*, 12(2), 159-165.
- Ghofar, A. (2012), *Pedoman Lengkap Keterampilan Perawatan Klinik*. Yogyakarta: Mitra Buku.
- Gifari Moh S. Gambaran karakteristik luka dan perawatannya Di Klinik Perawatan Luka Griya Afiat Makassar. Skripsi. Makasar; Universitas Hasanuddin; Februari 2018. [Diakses tanggal 14 Desember 2020]. Tersedia dari : <http://digilib.unhas.ac.id/>
- Gito, & Rochmawati, E. (2018). Efektifitas Kandungan Modern Wound Dressing Terhadap Perkembangan Bakteri Staphylococcus Aureus Effectiveness of Modern Wound Dressing on the growth of Staphylococcus Aureus Bacteria. *Jurnal Keperawatan UMM*, 9(2), 88–99. <https://doi.org/https://doi.org/10.22219/jk.v9i2.5160>
- Handayani, L. T. (2016). Studi meta analisis perawatan luka kaki diabetes dengan modern dressing. *The Indonesian Journal of Health Science*, 6(2), 149–159.
- Herdman, H. T. (2012). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta: EGC
- Hidayat Rahmad Anas & Nurhayati Isnani. (2017). Perawatan Kaki Penderita Diabetes Melitus Di Rumah. *Jurnal Permata Indonesia Volume 5 Nomor 2*. Diakses pada tanggal 31 Januari 2018.
- IDF, 2017. *Atlas Diabetes. International Diabetes Federation*. <http://www.idf>, 2017.

- Ismail, D. D. (2009). Modern Dressing Improve the Healing Process in Diabetic Wound. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 4.
- Kartika. Ronald W. (2015). Perawatan Luka Kronis dengan *Modern dressing*. Wound Care/Diabetic Center, RS Gading Pluit, Jakarta. Vol. 42 no. 7; tahun 2015 [Diakses tanggal 9 Desember 2020]. Tersedia dari: https://www.academia.edu/36224517/TeknikPerawatan_Luka_Kronis_dengan_Modern_Dressing
- Kemenkes RI, 2018. *Profil Kesehatan Indonesia*. Kemeneks RI, Jakarta.
- Kusumaningrum, N. S. D., & Asriningati, R. (2016). Identifikasi risiko diabetic foot ulcer (DFU) pada pasien dengan diabetes mellitus. *Jurnal Luka Indonesia*, 2(1), 58–63.
- Kristiyaningrum. (2013). Efektivitas penggunaan larutan NaCl dibandingkan dengan D40% terhadap proses penyembuhan luka ulkus DM di RSUD KUDUS. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK)*, 4(2), 52–58.
- LeMone, Priscilla, M. Burke, Karen dan Bauldoff, Gerene. (2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta. Edisi 5 Vol. 4; tahun 2016.
- Lina EP., Sholihatul M (2016). Faktor risiko komplikasi kronis (kaki diabetik) dalam diabetes mellitus tipe 2. *The Indonesian Journal of Health Science*. Vol. 7 No. 1; Desember 2016 [Diakses tanggal 3 November 2018]. Tersedia dari: <http://jurnal.unmuhjember.ac.id/index.php/TIJHS/article/view/382>.
- Maghfuri, A. (2016), *Buku Pintar Perawatan Luka Diabetes Melitus*. Jakarta: Salemba Medika.
- Maria Imaculata, Ose, Putri Ayu Utami, Ana Damayanti. (2018). Efektifitas Perawatan Luka Teknik Balutan *Wet-Dry* Dan *Moist Wound Healing* Pada Penyembuhan Ulkus Diabetik. *Journal of Borneo Holistic Health*. 1 Juni 2018; Hal. 101-112. Borneo; Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan. [Diakses 1 Januari 2019]. Tersedia dari: <http://jurnal.borneo.ac.id/index.php/borticalth/article/view/401>
- Maryunani, Anik. (2015). Perawatan Luka Modern [*Modern Woundcare*] Terkini Dan Terlengkap. In Median;

- Meilin, A., Sidabutar, B., Patty, R. A., & Simanjuntak, S. (2019). Gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan luka modern dressing di satu rumah sakit swasta di Indonesia Barat. *Jurnal Keperawatan Raflesia*, 1(2), 77-86. doi: 10.33088/jkr.vli2.415.
- Merdekawati Diah & Rasyidah AZ. (2017). ***Hubungan Prinsip Dan Jenis Balutan Dengan Penerapan Teknik Moist Wound Healing***. Jurnal Endurance Volume 2. Diakses pada tanggal 12 Desember 2020.
- Mohamad Roni Alfaqih, G. W. (2019). The Management of Diabetic Foot Ulcers Using the Wound Treatment Techniques of Modern Dressing: Systematic Review. *Jurnal Ners*(Vol. 14, No. 3, Special Issue 2019), 177-181.
- Moorhead, S., Johnson, M., Meridean, & Swanson, E. (2013). ***Nursing Outcome Classification***. (I. Nurjannah & R. D. Tumanggor, Eds.) (5th ed.). Indonesia: CV. Mocomedia.
- Mutiudin, A. I. (2019). Efektivitas proses penyembuhan luka dengan penggunaan modern wound dressing pada pasien ulkus diabetik: a sistematik review. *Jurnal Keperawatan & Kebidanan*, 3(2), 12– 21.
- Nanda (2015). *Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediaAction
- Nurarif, A., & Kusuma, H. (2015), *APLIKASI Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediaAction.
- Ose, M. I., Utami, P. A., & Damayanti A. (2018), *Efektivitas Perawatan Luka Teknik Balutan Wetdry Dan Moist Wound Healing Pada Penyembuhan Ulkus Diabetik*. *Journal of Borneo Holistic Health*, Volume 1 No. 1 Juni 2018 hal 101-112.
- Puspitasari, Ummah, & Sunarsih (2011). Analisis Gyssens Penggunaan Antibiotik Empiris Dan Biaya Serta Analisis Pola Resistensi Pasien Infeksi Ulkus Diabetik Dengan Peripheral Arterial Disease (PAD) di Poli Kaki RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Universitas Gadjah Mada, 2018 | Diunduh dari <http://etd.repository.ugm.ac.id/>
- Ramachandran A, S. C. (2012). Trends in prevalence of diabetes in Asian countries. *World Journal Of Diabetes*, 110-117.

- Rohmayanti, E. H. (2017). Modern wound care application in diabetic wound management. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2(DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20170178>), Feb;5(2):702-706.
- Setiyawan, D. (2019). *MOIST DRESSING AND OFF-LOADING USING A CRUTCH TOWARDS THE RECOVERY OF DIABETIC FOOT ULCER. International Respati Health Conference (IRHC)*, 18.
- Singh S, Pai DR, Yuhhui C (2013). Diabetic foot ulcer-diagnosis and management. *Clinical Research on Foot and Ankle*, 1(3): 120.
- Smeltzer, S. C., & Bare, A. G. (2012), *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Supartini, Y., dkk. (2009). *Buku Panduan Praktika Mata Kuliah Kebutuhan Dasar Manusia II*. Jakarta: EGC.
- Sutanto. (2010), *Cekal Penyakit Modern Hipertensi, Stroke, Jantung, Kolesterol, dan Diabetes*. Yogyakarta: C.V Andi Offset.
- Tarwoto & Wartonah (2015). *Medikal Bedah Gangguan Sistem dalam keperawatan*. Info Media, Jakarta.
- Tandra, Hans. (2017). Segala Sesuatu Yang Harus Anda Ketahui Tentang Diabetes Panduan Lengkap Mengenal Dan Mengatasi Diabetes Edisi Kedua dan Paling Komplit [e-book]. Jakarta. Edisi 2; Tahun 2017. [Diakses tanggal 15 Desember 2020]. Tersedia dari: <https://www.amazon.com/Segala-sesuatu-ketahui-tentang-Diabetes/dp/6020334767>.
- Wahyuni, L. (2016). *Effect Moist Wound Healing Technique Toward Diabetes Mellitus Patients With Ulkus Diabetikum In Dhoho Room Rsud Prof Dr. Soekandar Mojosari. Jurnal Keperawatan STIKES Bina Sehat PPNI Mojokerto*.
- Werna Nontji, Suni Hariati, Rosyidah Arafat. Teknik Perawatan Luka Modern Dan Konvensional Terhadap Kadar Interleukin 1 Dan Interleukin 6 Pada Pasien Luka Diabetik. *Jurnal Ners*. April 2015; Vol 10 No 1: 133-137. [Diakses tanggal 9 Desember 2020]. Tersedia dari : <https://e-journal.unair.ac.id/JNERS/article/view/2105>.
- WHO, 2017. Global Report Diabetes World. <http://www.who.int.com>. diakses 15 Desember 2020.

Wijaya, Andra Saferi dan Mariza Putri, 2013. Perawatan luka dengan pendekatan multidisiplin [e-book]. Edisi ke-1, Yogyakarta: ANDI (Anggota IKAPI); 2018

Yasmara, D., Nursiswati, & Arafat, R. (2017), *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah: Diagnosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta: EGC.



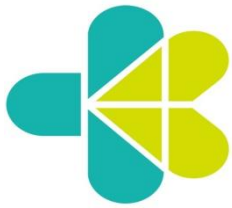
**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PERAWATAN LUKA
ULKUS DIABETIKUM
MAHASISWA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA**



STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR PERAWATAN LUKA ULKUS DIABETIKUM DENGAN TEKNIK <i>MOIST WOUND HEALING</i>	
Definisi	Suatu tindakan keperawatan dalam merawat luka pada kaki penderita ulkus diabetikum dengan metode mempertahankan lingkungan luka tetap terjaga kelembabannya guna memfasilitasi penyembuhan luka
Tujuan	1. Membersihkan luka pada penderita ulkus diabetikum 2. Menutup luka pada penderita ulkus diabetikum 3. Mempercepat terjadinya pembentukan sel aktif 4. Menurunkan resiko infeksi
Alat dan Bahan	1. Bak instrument berisi pinset anatmi 1 buah dan pinset chirurgis 1 buah steril, gunting arteri 1 buah, Kom satu buah, gunting jaringan 1 buah 2. Bengkok 2 buah 3. Larutan NaCl 0,9 % 4. Sarung tangan steril (handscoon) satu pasang 5. Disinfektan 6. Kassa steril secukupnya 7. Alcohol 70% 8. Dressing : hyrdokoloid, hidroaktif gell, calcium alginate, dll 9. Duk Steril 10. Plester 11. Gunting plester 12. Supratule/daryantule (tergantung merek) 13. Verban
Fase Orientasi	1. Mengucapkan salam terapeutik kepada pasien 2. Memperkenalkan diri bila pertemuan pertama kali 3. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan. (selama berkmuikasi gunakan bahasa yang jelas, sistematis serta tidak mengancam) 4. <i>Inform consent</i> (memvalidasi kembali) apakah pasien setuju dilakukan tindakan atau tidak 5. Klien diberikan kesempatan kepada pasien atau keluarga jika ada hal yang ingin ditanyakan terkait prosedur tindakan 6. Membuat kontrak waktu dengan pasien
Fase kerja (tahap kerja)	1. Perawatan mencuci tangan 6 langkah menurut WHO 2. Memasang skrem(sampiran) untuk menjaga privasi klien

	3. Mendekatkan alat-alat yang telah disiapkan ke dekat klien 4. Memasang sarung tangan bersih 5. Buka balutan luka dan buang ke bengkok (nirbeken) 6. Lakukan pengkajian luka yang meliptui: a. Ukuran atau luas luka b. Jaringan nekrotik c. Jumlah jaringan nekrotik d. Warna kulit sekitar luka e. Kedalaman luka f. Cairan eksudat yang dikeluarkan g. Jaringan granulasi dan epitelisasi h. Adanya gangren 7. Lakukan pembersihan luka atau pencucian luka Bila membersihkan luka dengan menggunakan salah satu teknik atau kombinasi seperti: a. Irigasi : memberikan tekanan atau menyemprotkan cairan NaCL 0,9% pada luka yang digunakan untuk membersihkan luka b. Perendaman : merendam luka c. Swabbing: mengusap atau menggosok secara perlahan 8. Kemudian luka dikeringkan dengan menggunakan kassa steril 9. Bersihkan dan perhatikan apakah klien merasakan nyeri pada saat dilakukan perawatan luka 10. Perhatikan apakah terdapat jaringan nekrotik, jika ada lakukan pengangkatan jaringan nekrotik dengan menggunakan gunting jaringan atau pinset hanya pada jaringan yang mati 11. Ganti sarung tangan steril 12. Lakukan dressing atau pembalutan Primary dressing: a. Gunakan hydrogel dengan mengoleskan gel je permukaan luka atau hidrokoloid untuk mencegah infeksi dan menjaga moist luka serta membantu kenyamanan pasien b. Bisa gunakan calcium alginate bila terdapat perdarahan c. Kemudian tutup menggunakan kassa steril Secondary dressing : d. Tutup luka dengan kassa gullung dan pleseter menggunakan hipafik dengan oclusive dressig (luka jangan sampai tampak kelihata dari luar. Ukur ketebalan kassa atau bahan gel yang ditempelkan ke luka harus mampu membuat suasana optimal atau <i>moist balance</i>) e. Rapikan seluruh alat alat dan sampah
--	---

	f. Rapiakan pasien dan atur posisi pasien senyaman mungkin g. Buka skrem kembali
Tahap terminasi	1. Tanyakan perasaan pasien setelah dilakukan perawatan luka 2. Akhiri kegiatan dengan memberikan reward atau mengucapkan terima kasih kepada pasien 3. Diskusikan kontrak waktu selanjutnya dengan pasien 4. Mengucapkan salam terapeutik 5. Catat hari tanggal waktu dilakukan tindakan, serta identitas pasien dan nama perawat 6. Catat tindakan yang dilakukan serta hasil dan respon klien pada catatan perkembangan
Sumber referensi : Hanna RA, 2009	



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

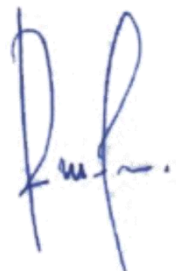


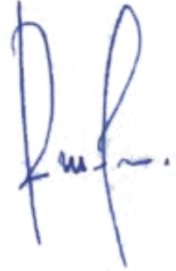
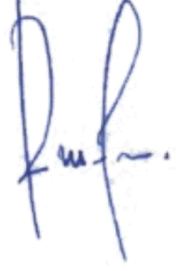
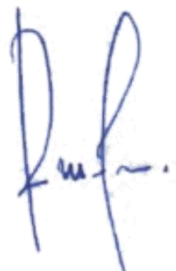
LEMBAR KONSULTASI

Nama : Helda Soukotta

NIM : PO.71.2.09.21.022

Judul KIAN : Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien Ny. M.W Dengan Ulkus Diabetikum Pedis Dextra Yang Diberikan Perawatan Luka Modern Dressing Untuk Penyembuhan Luka Di Ruang Bedah RSUD Abepura

No	Hari Tanggal	Materi Bimbingan	Masukan Pembimbing	Paraf/TTD
1	Senin, 4 Juli 2022	Pengajuan Judul	Judul ACC silahkan cari jurnal2 yang berkaitan dengan KIAN dan segera konsul BAB I	
2	Jum'at 8 Juli 2022	Bimbingan BAB I dan Jurnal2 yang berkaitan	Perbaiki latar belakang Tujuan Umum diperbaiki Manfaat diperbaiki	
3	Selasa, 12 Juli 2022	BAB I - II	Bab I sudah bagus Bab II tambahkan Diagnosa menurut SDKI PPNI	

4	Senin, 18 Juli 2022	BAB II-BAB III	Tinjauan Kasus diperbaiki , genogram diperbaiki, Implementasi harus jelas	
5	Kamis, 21 Juli 2022	BAB III – BAB IV	Evaluasi dan Catatan Perkembangan diperbaiki analisis Masalah yang riil dengan EBN pada kasus anda	
6	Selasa, 26 Juli 2022	BAB IV-V	Buat Kesimpulan merujuk pada Tujuan Khusus dan Saran merujuk pada Manfaat	
7	Jumat, 29 Juli 2022	BAB I - V	lengkapi dengan cover2 serta lampiran, abstrak segera diperbaiki, typo2 dan nama rumah sakit harus Benar	
8	Rabu, 3 Agustus 2022	BAB I- V	ACC Maju KIAN dan good luck yah	

DOKUMENTASI MAHASISWA PRAKTIK



Penderita diabetes harus perlu untuk

merawat kaki secara baik. Merawat kaki diabetikum harus dengan cermat dan memilih sepatu yang sesuai dapat mencegah gangguan yang dapat timbul pada penderita diabetes seperti luka yang tidak terasa.

Tujuan Perawatan Ulkus Diabetikum:

1. Melancarkan pembuluh darah ke kaki
2. Mencegah kaki tetap kering
3. Mencegah terjadinya pengerasan dan pecah-pecah pada kaki
4. Mencegah terjadinya luka
5. Mencegah dilakukan amputasi

Cara Perawatan kaki Diabetes

1. Cucilah kaki anda setiap hari dengan air hangat kuku dan sabun yang lembut



2. Keringkan kaki anda dengan baik sampai sela-sela jari benar – benar kering (gunakan handuk yang lembut dan menyerap air)



3. Jika menggunting kuku, gunting merata dan melintang



4. Oleskan lotion (hand body) supaya kulit tetap lembut, namun jangan dioleskan pada sela-sela jari kaki



5. Gantilah setiap hari kaos kaki dan pilihlah kaos kaki yang terbuat dari kain katun



6. Usahakan kaki tetap hangat dan kering



7. Jangan berjalan tanpa alas kaki baik di dalam maupun luar rumah



8. Selalu gunakan sepatu yang pas dan pilih sepatu yang bagian depan tidak sempit serta terbuat dari kulit.



9. Periksa sepatu sebelum digunakan apakah ada yang rusak atau ada kerikil, sisa potongan kuku ataupun benda-benda lain yang dapat melukai kulit



Hal-hal Yang Tidak Boleh Dilakukan

1. Jangan menggunakan sabun yang keras saat mencuci kaki
2. Jangan menggunakan handuk yang keras dan tidak menyerap air
3. Jangan berjalan tanpa alas kaki menggunakan sepatu ber hak tinggi atau

- Sepatu yang didepannya lancip
4. Jangan merawat luka kaki anda dengan menggunakan betadin

Bila Yang Mungkin Terjadi Kaki Tidak Dirawat

1. Timbul mata ikan yang tidak diketahui
2. Bisa terjadi luka akibat:
 - a. Sepatu yang sempit/menekan
 - b. Tidak menggunakan alas kaki
 - c. Air yang digunakan terlalu hangat / dingin
 - d. Kesalahan memotong kuku, dll
3. Luka dapat bertambah besar dan merambat sehingga perlu di amputasi

Kapan Kita Perlu Ke Pelayanan Kesehatan

Jika terjadi luka bersihkan dengan kassa steril lalu tutup yang dapat dibeli di apotik dan jangan menggunakan betadin. Segera konsultasi kepada perawat atau dokter pribadi atau langganan anda untuk mendapatkan yang tepat.

Rawatlah kaki anda dan ikuti petunjuk
Berjalan kaki cepat setiap hari
Memperlancar sirkulasi darah dan dapat
membuat anda lebih sehat

Selamat mencoba semoga bermanfaat

PERAWATAN KAKI DIABETES



HELDA SOUKOTTA
NIM: PO 7120921022

PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
JAYAPURA
2022