

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN PERAWATAN
LUKA ULKUS DIABETIKUM DM TIPE II MENGGUNAKAN
CAIRAN NaCl 0,9% DI RUANG PENYAKIT DALAM
RSUD H.HANAFIE MUARO BUNGO
TAHUN 2019**

OLEH :

**HENDRI
1814901633**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2019**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ners

JUDUL :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN PERAWATAN
LUKA ULKUS DIABETIKUM DM TIPE II MENGGUNAKAN
CAIRAN NaCl 0,9% DI RUANG PENYAKIT DALAM
RSUD H.HANAFIE MUARO BUNGO
TAHUN 2019**

OLEH :

**HENDRI
1814901633**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2019**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIATISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Hendri

Nim : 1814901633

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Ny.R Dengan Perawatan Luka Ulkus
Diabetikum Dm Tipe II Menggunakan Cairan Nacl 0,9% Di Ruang
Penyakit Dalam Rsud H.Hanafie Muaro Bungo Tahun 2019

Dengan ini saya menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ners di suatu tempat perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali tertulis di acu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila ternyata kelak terbukti ada ketidak benaran dalam pernyataan yang saya diatas, maka akan bertanggung jawab sepenuhnya.

Bukit tinggi, September 2019

Hendri

HALAMAN PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN PERAWATAN
LUKA ULKUS DIABETIKUM DM TIPE II MENGGUNAKAN
CAIRAN NaCl 0,9% DI RUANG PENYAKIT DALAM
RSUD H.HANAFIE MUARA BUNGO
TAHUN 2019

OLEH :

HENDRI
1814901633

Karya Ilmiah Akhir Ners ini akan diseminarkan
Di Aula AKPER Setih Setio Bungo, 03 Agustus 2019

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



(Ns. Ida Suryati, M.Kep)
NIK: 1420130047501027

Pembimbing II



(Ns. Yenty Gusnita, S.Kep)
NIK: 197908122009042001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes Perintis Padang



(Ns. Mera Delima, M.Kep)
NIK 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN PERAWATAN
LUKA ULKUS DIABETIKUM DM TIPE II MENGGUNAKAN
CAIRAN NaCl 0,9% DI RUANG PENYAKIT DALAM
RSUD H.HANAFIE MUARA BUNGO
TAHUN 2019

OLEH :

HENDRI
1814901633

Pada :

HARI/TANGGAL : Sabtu/ 05 Agustus 2019

JAM : 11.00 -12.00 WIB

Dan yang bersangkutan dinyatakan
LULUS

Tim Penguji :

Penguji I : Ns. Lisa Mustika Sari, M.Kep ()

Penguji II : Ns. Ida Suryati, M.Kep ()

Mengetahui,

Ketua Program Pendidikan Profesi Ners
STIKes Perintis Padang



(Ns. Mera Delima, M.Kep)
NIK 1420101107296019

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R DENGAN PERAWATAN LUKA
ULKUS DIABETIKUM DM TIPE II MENGGUNAKAN CAIRAN NaCl
0,9%
DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD H.HANAFIE
MUARO BUNGO TAHUN 2019**

Hendri¹ , Ida Suryati² , Yenty Gustina³

Mahasiswa Profesi Ners, STIKes Perintis Padang¹

Dosen Profesi Ners, STIKes Perintis Padang^{2,3}

Email: hendricik@gmail.com

ABSTRAK

Diabetes melitus merupakan terjadi gangguan metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) diakibatkan kurang hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. Tujuannya untuk menganalisa hasil implementasi asuhan keperawatan dengan intervensi perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9% untuk mempercepat penyembuhan luka. Metode dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini berupa studi kasus yang diambil saat praktek RSUD H.Hanafie Muaro Bungo dengan melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari. Hasil yang didapatkan setelah melakukan intervensi terdapat adanya pengeringan luka selama dilakukan perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9% Terjadi pengeringan luka yang cepat. Disimpulkan ada pengaruh signifikan terhadap perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9% pada penderita yang mengalami diabetes melitus tipe II. Disarankan pada rumah sakit agar bisa menerapkan intervensi perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9% selain obat farmakologi dan non farmakologi yang telah dilakukan oleh rumah sakit.

Kata Kunci : diabetes melitus tipe II, perawatan luka menggunakan cairan NaCl 0,9%
Daftar Pustaka : 16 (1999-2016)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R DENGAN PERAWATAN LUKA
ULKUS DIABETIKUM DM TIPE II MENGGUNAKAN CAIRAN NaCl
0,9%
DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD H.HANAFIE
MUARO BUNGO TAHUN 2019**

Hendri¹ , Ida Suryati² , Yenty Gustina³

Professional student nurses, padang pioneers STIKes¹

Professional professors, padang pioneers STIKes^{2'3}

Email: hendricik@gmail.com

Abstrac

Diabetes mellitus is a metabolic disorder characterized by hyperglycemia (an increase in glucose levels) due to lack of the hormone insulin, a decrease in the effects of insulin or both. The aim is to analyze the results of the implementation of nursing care with wound care interventions using 0.9% NaCl fluid to accelerate wound healing. The method in writing this Final Nurse Scientific Work is a case study taken during the practice of Rsud H. Hanafie Muaro Bungo by doing nursing care for 3 days. The results obtained after the intervention contained wound drying during wound care using 0.9% NaCl fluid Rapid wound drying occurs. It was concluded that there was a significant effect on wound care using 0.9% NaCl fluid in patients with type II diabetes mellitus. It is recommended at hospitals to be able to implement wound care interventions using 0.9% NaCl fluid in addition to pharmacological and non-pharmacological drugs that have been carried out by hospitals.

Keywords : type II diabetes mellitus, wound care using 0.9% NaCl fluid

Bibliography : 16 (1999-2016)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Hendri
Nim : 1814901633
Tempat/tanggal lahir : Tanjung berugo, 09 Maret 1995
Alamat : Ds. Tanjung Berugo Kec. Lembah Masurai Kab. Merangin
No. HP : 082374805757
Program Studi : Profesi Ners
Agama : Islam
Orang tua :
 Ayah : Ibnu Hajar
 Ibu : Nurias

Riwayat Pendidikan

1. SD N 58/IV Tanjung Berugo 2001-2007
2. MTS Al-Munawwaroh Sei.Misang Bangko Merangin 2007-2010
3. MAN Al-Munawwaroh Sei.Misang Bangko Merangin 2010-2013
4. S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Dharmas Indonesia Tahun 2013-2017
5. STIKes Perintis Padang Program Profesi Ners Tahun 2018-2019

KATA PENGANTAR



Puji Syukur Penulis Ucapkan Kehadirat Allah SWT, karena telah memberi nikmat kesehatan, kekuatan, pikiran yang jernih dan keterbukaan hati sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Perawatan Luka Ulkus Diabetikum DM Tipe II Menggunakan Cairan Nacl 0,9% Di Ruang Penyakit Dalam Rsud H.Hanafie Muaro Bungo Tahun 2019. Karya ilmiah akhir siklus elektif ini diajukan untuk peminatan akhir siklus Profesi dan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ners pada Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Bukit tinggi.

Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Oleh karena itu, Penulis Mengucapkan Terima Kasih Kepada:

1. Bapak Yendrizaral Jafri, S.Kep, M.Biomed Ketua STIKES Perintis Padang
2. Ibu Ns. Mera Delima, M.Kep Ketua Program Profesi Ners STIKES Perintis Padang
3. Ns, Ida Suryati, M.Kep, selaku Pembimbing Akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran sehingga karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diselesaikan
4. Direktur Rsud H.Hanafie Muara Bungo Beserta seluruh Staf dan Karyawan yang telah memberikan kemudahan dan Izin dalam mengambil data untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
5. Ibu Ns. Yenti Gusnita, S.Kep Pembimbing Klinik Mata Kuliah Keperawatan Medikal Bedah yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, arahan dan petunjuk selama penyelesaian makalah seminar kasus ini.
6. Bapak/Ibu seluruh Dosen staf pengajar dan Administrasi STIKes Perintis Bukit Tinggi yang telah banyak memberikan ilmu dan bimbingan serta nasehat kepada Penulis selama menjalani Pendidikan.

7. Teristimewa Kepada Kedua Orang Tua yang selalu mendukung baik dari moril maupun materi. Dan Buat Sahabat Ku Wahyu Setiyawan kita bukan sekedar teman biasa tapi kita saudara yang memberikan semangat serta bantuan dalam segala hal dan Terima Kasih buat keluarga besar penulis yang telah memberi semangat, do'a, serta dukungan demi menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Sahabat dan rekan-rekan Mahasiswa Angkatan II di Muara Bungo Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Bukit Tinggi yang telah memberikan masukan dan dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

Penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang pelayanan kesehatan terutama keperawatan dan Institusi Pendidikan STIKe Perintis Bukit Tinggi. Atas segala bantuan yang telah diberikan, Penulis mengucapkan Terima Kasih dan mendoakan semoga kebaikan Bapak/Ibu dan teman-teman akan dibalas oleh Allah SWT. Amin Ya Rabbal Alamiin.

Bukit tinggi, September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL.....	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIATISME.....	iii
HALAMAN PERSETUJUA	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
ABSTRAK	vi
ABSTRAC.....	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Mellitus	7
2.2 Konsep Ulkus Diabetikus.....	13
2.3 Konsep Cairan Nacl 0,9%	23
2.4 Konsep Ankle Brachial Index (Abi)	27

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

3.1 Pengkajian	50
3.2 Analisa Data	69
3.3 Intervensi	71
3.4 Implementasi & Evaluasi	75

BAB IV PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian Data Dan Analisa Data Dasar	88
4.2 Diagnosa Keperawatan	89
4.3 Intervensi Keperawatan	90
4.4 Implementasi Keperawatan	93
4.5 Evaluasi	94

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	97
5.2 Saran	98

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel Pola Nutrisi	55
Tabel Pola Eliminasi.	56
Tabel Pola Istirahat dan Tidur.....	56
Tabel Laboratorium.....	64
Tabel Terapi Obat..	65
Tabel Data Fokus	68
Tabel Analisa Data.....	69
Tabel Intervensi Keperawatan.....	71
Tabel Implementasi Keperawatan.....	75

LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Konsultasi Pembimbing I

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi Pembimbing II

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Revisi Penguji I

Lampiran 4 : Lembar Konsultasi Revisi Penguji II

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Diabetes melitus merupakan terjadi gangguan metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) di akibatkan kurang hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya.(Kowalak,dkk.2016)

Para penderita diabetes melitus dengan kadar glukosa darah yang tidak terkendali bisa menyebabkan komplikasi kronik yaitu neuropati, bisa menyebabkan perubahan jaringan syaraf karena penimbunan fruktosa dan sorbitol sehingga mengakibatkan penurunan kecepatan induksi, parastesia, penurunan reflek otot, keringat berlebihan, atrofi otot, hilang rasa dan kulit kering apabila diabetes tidak hati-hati dapat menyebabkan trauma yang menjadi ulkus diabetikum

Ulkus merupakan luka permukaan kulit yang terbuka atau selaput lendir, bisa juga dinamakan kematian jaringan yang luas disertai invasif kuman saprofit, adanya kuman saprofit tersebut bbisa menimbulkan ulkus yang berbau, ulkus diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit diabetes dengan neuropati perifer (Soedarsono, 2016).

Ulkus diabetikum merupakan suatu bentuk komplikasi kronik diabetes melitus berupa luka yang terbuka pada permukaan kulit yang disertai dengan

kematian jaringan sekitarnya. Ulkus diabetikum adalah luka terbuka pada permukaan kulit karena adanya komplikasi makroangiopati sehingga terjadi vaskuler insusufisiensi dan neuropati, jika lebih lanjut terdapat luka yang sering tidak dirasakan dan dapat berkembang menjadi infeksi yang disebabkan oleh bakteri aerob dan anaerob (Windharto, 2007).

Komplikasi ini menyebabkan terjadinya penurunan sensitifitas atau kepekaan kulit, terutama kaki. Oleh sebab itu, penderita diabetese melitus yang tidak terkontrol kemungkinan tidak ada merasakan trauma atau luka ;ecet pada tungkai yang disebabkan oleh bebrapa faktor, seperti terantuk atau tergores oleh sesuatu, sepatu yang terlalu sempit, menginjak benda yang tajam, atau berbagai luka lainnya. Luka pada kasus ulkus kaki diabetikum sering tidak kunjung sembuh, permukaan luka cukup dalam, bengkak, dengan bau busuk (Soedarsono,2016).

Beberapa gambaran luka pada penderita diabetes melitus dapat berupa bercak-bercak hitam (demopati) selulitis (infeksi kulit dan peradangan), nekrobiosis lipiodika diabetik (berupa luka kronik, luka oval, tepi keputihan), osteomelitis (infeksi pada tulang) dan luka kehitaman dan berbau busuk (gangren).

Organisasi kesehatan dunia (WHO) memperkirakan jumlah pasien Diabetes Mellitus akan meningkat hingga melebihi 300 juta pada tahun 2025. Indonesia merupakan Negara dengan penderita penyakit diabetes mellitus cukup

tinggi. Dengan Prevalensi 8,6 % dari total penduduk, terdapat 4,5 juta pengidap Diabetes dan pada tahun 2025 diperkirakan meningkat menjadi 12,4 juta penderita.

Prevalensi penyakit DM di Provinsi Jambi berdasarkan Dinas Kesehatan adalah 0,5% sedangkan prevalensi DM sebesar 0,7%. Data ini menunjukkan cakupan diagnosis DM oleh tenaga kesehatan mencapai 71,4%, lebih tinggi dibandingkan cakupan penyakit asma maupun penyakit jantung.

Data penderita diabetes mellitus di RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2018 berjumlah 751 orang. Dimana jumlah penderita berjenis kelamin laki-laki berjumlah 293 dan penderita berjenis kelamin perempuan sejumlah 458 Orang.

Menurut Haris (2009). Cara membersihkan luka secara klasik yaitu dengan menggunakan antiseptic seperti acetic acid, hydrogen peroxide, peroxidone iodone dan chlorohexadine dapat mengganggu proses penyembuhan luka pada tubuh karena mengandung antiseptic tersebut tidak hanya membunuh kuman tetapi juga membunuh leukosit yang dapat membunuh bakteri pathogen dan jaringan fibroblast yang membentuk jaringan kulit baru.

Cara terbaik untuk membersihkan luka dengan menggunakan cairan saline dan untuk luka yang kotor bisa menggunakan water-pressure. Cairan NaCl 0,9% juga merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk penyembuhan karena sesuai dengan kandungan garam dalam tubuh (Thomas, 2007).

1.2 PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang yang telah di uraikan diatas dapat dirumuskan permasalahan dalam karya ilmiah ini adalah sulitnya melakukan perawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum serta tingginya biaya pengobatan untuk luka ulkus diabetikum, sehingga peneliti berinisiatif memberikan asuhan keperawatan dengan cairan NaCl 0,9% yang merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka dengan cara menjaga kelembaban, menjaga granulasi tetap kering, namun NaCl 0,9% merupakan elektrolit yang kandungan garamnya cukup tinggi namun harganya yang cukup terjangkau.

1.3 TUJUAN PENULISAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penulis karya ilmiah akhir Ners adalah bagaimana cara memberikan asuhan keperawatan pada pasien ulkus diabetikum dengan terapi cairan NaCl 0,9% di Ruang Penyakit Dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Tujuan khusus dari karya ilmiah akhir Ners adalah:

- a. Mahasiswa mampu memahami konsep dasar pada klien dengan penyakit ulkus diabetikum di Ruangan penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo

- b. Mahasiswa mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada klien dengan penyakit ulkus diabetikum di Ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo
- c. Mahasiswa mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada klien dengan penyakit ulkus diabetikum di Ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo
- d. Mahasiswa mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit ulkus diabetikum di Ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo
- e. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada klien dengan penyakit ulkus diabetikum di Ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo
- f. Mahasiswa mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada klien dengan penyakit ulkus diabetikum di Ruang penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo
- g. Mampumelakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit Ulkus Diabetikum
- h. Menganalisis intervensi penggunaan cairan NaCl 0,9 % untuk luka ulkus diabetikum.

1.4 MANFAAT PENULISAN

1. Bagi pasien

Sebagai tambahan informasi dan dapat menambah pengetahuan tentang penyakit ulkus diabetikum, serta dapat menyikapi dan mengatasi penderita dengan penyakit ulkus diabetikum.

2. Bagi profesi keperawatan

Dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit ulkus diabetikum, sehingga dapat dilakukan tindakan keperawatan yang segera untuk mengatasi masalah yang terjadi pada pasien dengan penyakit ulkus diabetikum.

3. Bagi pembaca

Memberikan pengertian atau pengetahuan dan pengambilan keputusan yang tepat kepada pembaca. Khususnya dalam menyikapi ulkus diabetikum.

4. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mahasiswa dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien ulkus diabetikum.

5. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan hasil penelitian ini memberikan masukan positif dalam memodifikasi standar asuhan keperawatan di lahan rumah sakit untuk mengurangi masalah keperawatan dengan ulkus diabetikum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DIBETES MELLITUS

2.1.1 DEFINISI

Diabetes Melitus adalah gangguan metabolic yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (Kowalak, dkk 2016). Diabetes melitus merupakan penyebab hiperglikemi. Hiperglikemi disebabkan oleh berbagai hal, namun hiperglikemi paling sering disebabkan oleh diabetes melitus. Pada diabetes melitus gula menumpuk dalam darah sehingga gagal masuk ke dalam sel. Kegagalan tersebut terjadi akibat hormone insulin jumlahnya kurang atau cacat fungsi. Hormon insulin merupakan hormone yang membantu masuknya gula darah (WHO,2016).

2.1.2 ETIOLOGI

Mekanisme yang bisa menyebabkan resistensi Insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II tidak diketahui. Faktor genetic diperkirakan memegang peran dalam proses terjadinya resistensi insuline. Selain itu terdapat pula faktor-faktor risiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II. Faktor-faktor ini adalah:

1. Obesitas. Obesitas bisa menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh sehingga insulin yang suda ada menjadi berkurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik.
2. Usia. Resistensi unsilen cendrung Cenderung meningkat pada usia atas 65 tahun.
3. Gestasional, diabetes mellitus dengan kehamilan (diabetes melitus gaestasional (DMG) adalah kehamilan normal yang disertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal mempertahankan euglycemia). Pada golongan ini, kondisi diabetes dialami sementara selama masa kehamilan. Artinya kondisi diabetes atau intoleransi glukosa pertama kali didapat selama kehamilan, biasanya pada trimester kedua atau ketiga (Brunner & suddarth, 2015).

Klasifikasi Diabetik Melitus meurut *American diabetes Asociation* adalah sebagai berikut:

- a) DM Tipe I Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolute, Autoimun, Idiopatik.
- b) Tipe II Bervariasi mulai dari yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai defekinsulin diserta resistensi insulin.
- c) Tipe Lain: Defek genetik fungsi sel beta, Defek genetik kerja insulin: resistensi insulin tipe A, leprechaunisme, sindrom

rabson Mendenhal, Penyakit eksokrin pancreas: pancreatitis, trauma pankrea tektomi, neoplasma, fibrosiskistik, Endokrinopati: akromegali, sindromcushing, feokromositoma, Obatatau zat kimia: vacor, pentamidin, asam nikotinat, glukokortikoid, hormone tiroid, diazoxid, tiazid, Infeksi: rubella congenital, Immunologi (jarang): sindrom stiff-man, antibodi anti reseptor insulin, Sindrom genetic lain yang berkaitan dengan DM

d) Diabetes Melitus Gestasional (Gestational diabetes melitus) GDM.

5%-10% penderita diabetes adalah tipe I Kurang lebih 90% hingga 95% penderita mengalami diabetes tipe I, yaitu diabetes yang tidak tergantung insulin. Awetan mendadak biasanya terjadi sebelum usia 30%. Diabetes tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas insulin (yang disebut resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes melitus tipe umumnya disebabkan oleh obesitas dan kekurangan olahraga factor yang mempengaruhi timbulnya diabetes mellitus secara umum yaitu usia lebih dari 40 tahun, obesitas dan riwayat keluarga. (Brunner dan Suddarth's, 2016).

2.1.3 PATOFISIOLOGI

Terdapat dua masalah utama pada DM Tipe II yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan berkaitan pada reseptor khusus dan meskipun kadar insulin tinggi dalam darah tetap saja glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel sehingga sel akan kekurangan glukosa. Mekanisme inilah yang dikatakan sebagai resistensi insulin. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah yang berlebihan maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangnya, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadilah DM tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karenaitu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II. (Bruner & Sudarth, 2013).

2.1.4 MANIFESTASI KLINIS

a. Poliuri

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membrane dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolariti menyebabkan cairan intrasel berdifusi kedalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah ke ginjal meningkat sebagai akibat dari hiperosmolaritas dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotik (poliuria).

b. Polydipsia

Akibat meningkatnya difungsi cairan dari intra sel kedalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intra sel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel. Akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor hausta aktivasi menyebabkan seseorang haus terus dan ingin selalu minum (polidipsia).

c. Poliphagia

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produk sinergi menurun, penurunan energy akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan (poliphagia).

d. Penurunan berat badan

Karena glukosa tidak dapat di transport kedalam sel maka sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan menciut, sehingga seluruh jaringan terutama otot mengalami atrofi dan penurunan secara otomatis.

e. Malaise atau kelemahan

f. Kesemutan, Lemas dan Matakabur. (Brunner & Suddart, 2013).

2.1.5 PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi 4 hal yaitu:

1. Post prandial: Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum.

Angka diatas 130 mg/dl mengindikasikan diabetes.

2. Hemoglobin glikosilat: Hb 1C adalah sebuah pengukuran untuk menilai kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb 1C yang melebihi 6,1% menunjukkan *diabetes*.

3. Tes toleransi glukosa oral: Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75gr gula, dan akan diuji selama periode 2 jam. Angka gula darah yang normal dua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.

4. Tes glukosa darah dengan finger stick, yaitu jari ditusuk dengan sebuah jarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan kedalam celah pada mesing gluco meter, pemeriksaan

ini digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan dirumah.

2.2 KONSEP ULKUS DIABETIKUM

2.2.1 DEFINISI

Ulkus diabetikum merupakan salah satu bentuk komplikasi kronik diabetes melitus yaitu terdapat luka pada permukaan kulit yang terbuka yang disertai dengan kematian jaringan sekitarnya. Ulkus diabetikum adalah luka permukaan kulit yang terbuka karena adanya komplikasi makroangiopati sehingga terjadi vaskuler insusisiensi dan neuropati, jika berlanjut maka terdapat luka yang tidak dirasakan, dan berkembang menjadi infeksi yang disebabkan oleh bakteri aerob dan anaerob (Windharto, 2007).

Klasifikasi Ulkus diabetikum pada penderita diabetes mellitus menurut Wagner dikotip oleh WaspadjiS, terdiri dari beberapa peningkatan:

- 0 Tidak ada luka terbuka, kulit utuh.
- 1 Ulkus Superfisialis, terbatas pada kulit.
- 2 Ulkus lebih dalam sering dikaitkan dengan inflamasi jaringan.
- 3 Ulkus dalam yang melibatkan tulang, sendi dan formasi abses bagian depan kaki atau tumit.
- 4 Ulkus dengan kematian jaringan tubuh pada seluruh kaki.

2.2.2 ETIOLOGI

Bila seseorang yang menderita diabetes melitus kadar glukosa darahnya yang tinggi dalam jangka yang lama maka bisa menimbulkan komplikasi yang menahun (gangguan penglihatan yang sudah menyerang bagian dari mata dan bila terjadi gangguan rasa dan gangguan rasa berarti sudah menyerang syaraf dan bila bila mengenai ginjal maka ginjal tidak akan berfungsi dengan baik).

Adapun beberapa gambaran luka pada penderita diabetes melitus dapat berupa bercak-bercak hitam (demopati) selulitis (infeksi kulit dan peradangan), nekrobiosis lipodika diabetik (berupa luka kronik, luka oval, tepi keputihan), osteomielitis (infeksi pada tulang) dan luka kehitaman dan berbau busuk (gangren).

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya ulkus diabetik, yaitu:

a. Neuropati diabetik

Yaitu kelainan urat sara akibat diabetes melitus dikarenakan tinggi kadar gula dalam darah yang menyebabkan merusak urat saraf penderita dan menyebabkan menurunnya atau hilang rasa nyeri pada kaki sehingga apabila penderita mengalami terbentur atau trauma kadang tidak terasa. Gejala yang timbul neuropati adalah kesemutan, rasa tebal telapak kaki, rasa panas (wadengan:bahasa jawa), badan sakit semua terutama malam hari dan kram pada kaki.

b. Angiopati Diabetik (Penyempitan pembuluh darah)

pembesaran atau kecil pembuluh darah pada penderita diabetes melitus mudah tersumbat dan menyempit dikarenakan gara-gara gumpalan darah. Apabila terjadi sumbatan pada pembuluh darah besar atau sedang pada tungkai maka tungkai akan lebih mudah terjadi gangren daibetik yaitu luka pada kaki kehitaman dan bau busuk. Adapun angiopati menyebabkan asupan oksigen, nutrisi serta anti biotik terganggu sehingga menyebabkan lambat kulit sembuh.

b. Infeksi

Infeksi sering merupakan komplikasi akibat berkurangnya aliran listrik (neuropati) (Soeparman,2000).

2.2.3 PATOFISIOLOGI

Beberapa akibat komplikasi kronik atau jangka panjang diabetes melits merupakan ulkus diabetika. Ulkus diabetika disebabkan adanya tga aktor yang sering disebut trias yaitu: neuropati, infeksi dan iskemik.

Pada penderita diabetes melitus apabila kadar glukosa darah tidak terkendali akan terjadi komplikasi kronik yaitu neuropati yang bisa menyebabkan perubahan jaringan syaraf karena adanya penimbunan fruktosa dan sorbitol sehingga mengakibatkan akson menghilang, penurunan kecepatan parastesia, induksi, atrofi otot, penurunan reflek

otot, kering dan hilang rasa, keringat yang berlebihan, apabila diabetes tidak berhati-hati dapat terjadi trauma akan menimbulkan ulkus diabetikum..

Iskemik adalah suatu keadaan yang disebabkan karena kekurangan darah dalam jaringan, sehingga jaringan mengalami kekurangan oksigen. Hal ini dapat disebabkan oleh proses makro angiopati pada pembuluh darah sehingga sirkulasi jaringan turun ditandai dengan berkurangnya denyut nadi pada arteri tibialis, dorsalis pedis, dan poplitea, dingin, kuku menebal dan kaki menjadi atrofi (Price, 2007)

Aterosklerosis adalah suatu kondisi dimana arteri menyempit dan menebal karena terjadi penumpukan lemak pada pembuluh darah. Menebalnya arteri dikaki dapat mengurangi otot-otot kaki karena kurangnya suplai darah, sehingga menimbulkan kesemutan, dalam jangka waktu lama menyebabkan kematian pada jaringan yang berkembang menjadi ulkus diabetika sehingga merasa tidak nyamannya tubuh.

Pada penderita diabetes melitus proses angiopati berupa penyumbatan dan penyempitan pembuluh darah perifer, sering terjadi pada kaki akibat dari perfusi jaringan bagian distal dari tungkai menjadi berkurang sehingga menimbulkan ulkus diabetika. Pada penderita diabetes melitus yang tidak terkontrol akan menyebabkan penebalan tunika intima (hiperplasia membran basalis arteri) pada pembuluh darah kapiler dan besar terjadi kebocoran albumin keluar

pembuluh darah sehingga mengganggu distribusi darah ke jaringan dan timbul nekrosis jaringan yang mengakibatkan ulkus diabetika.

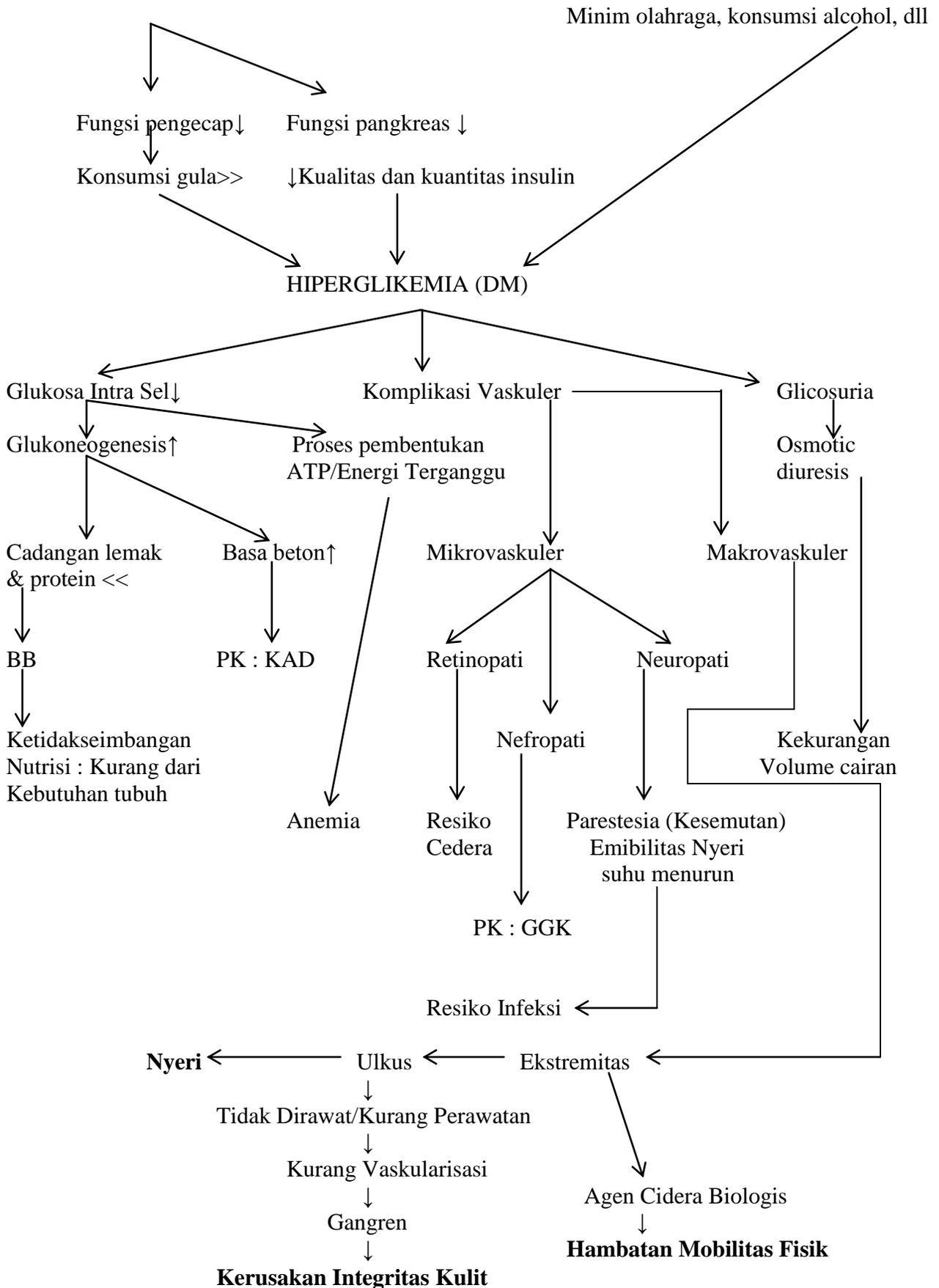
Peningkatan kadar fibrinogen dan bertambahnya reaktivitas trombosit menyebabkan tingginya agregasi sel darah merah sehingga sirkulasi darah menjadi lambat dan memudahkan terbentuknya trombosit pada dinding pembuluh darah yang akan mengganggu sirkulasi darah.

Penderita Diabetes mellitus biasanya kadar kolesterol total, LDL, trigliserida plasma tinggi. Buruknya sirkulasi sebagian besar jaringan akan menyebabkan hipoksia dan cedera jaringan, merangsang reaksi peradangan yang akan merangsang terjadinya aterosklerosis (Barbara, 2001).

Perubahan/ inflamasi pada dinding pembuluh darah, akan terjadi penumpukan lemak pada lumen pembuluh darah, konsentrasi HDL (high-density-lipoprotein) sebagai pembersih plak biasanya rendah.

Adanya faktor risiko lain yaitu hipertensi akan meningkatkan kerentanan terhadap aterosklerosis. Konsekuensi adanya aterosklerosis yaitu sirkulasi jaringan menurun sehingga kaki menjadi atrofi, dingin dan kaku menebal. Kelainan selanjutnya terjadi nekrosis jaringan sehingga timbul ulkus yang biasanya dimulai dari ujung kaki atau tungkai. (Soeparman, 2003).

PATHWAY



2.2.5 MANIFESTASI KLINIS

Ulkus diabetikum akibat mikriangio patik disebut juga ulkus panas walaupun nekrosis, daerah akral itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan dan biasanya teraba pulsasi arteri dibagian distal. Proses mikro angipati menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli memberikan gejala klinis 5 yaitu:

- a.Pain (nyeri)
- b.Paleness (kepucatan)
- c.Paresthesia (kesemutan)
- d.Pulselessness (denyut nadi hilang)
- e.Paralysis (lumpuh)

Bila terjadi sumbatan kronik, akan timbul gambaran klinis menurut pola dari *fontaine*:

- a.Stadium I : asimtomatis atau gejala tidak khas (kesemutan)
- b.Stadium II : terjadi klaudi kasio intermiten
- c.Stadium III : timbul nyeri
- d.Stadium IV : terjadinya kerusakan jaringan karena anoksia (ulkus).

2.2.6 KOMPLIKASI

Komplikasi diabetes Mellitus adalah sebagai berikut (Mansjoer, 1999)

a. Komplikasi akut

- 1) Kronik hipoglikemia
- 2) Ketoasidosis untuk DM tipe I
- 3) Koma hiperosmolarnon ketotik untuk DM Tipe II

b. Komplikasi kronik

- 1) Makroangiopati mengenai pembuluh darah besar, pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, dan pembuluh darah otak
- 2) Mikro angiopati mengenai pembuluh darah kecil retinopati diabetik dan nefropati diabetik
- 3) Ulkus diabetikum (Price, 2007).

2.2.7 PENATALAKSANAAN

a. Strategi pencegahan

Fokus pada penanganan ulkus diabetikum adalah pencegahan terjadinya luka. Strategi yang dapat dilakukan meliputi edukasi kepada pasien, perawatan kulit, kuku dan kaki serta penggunaan alas kaki yang dapat melindungi. Pada

penderita dengan resiko rendah boleh menggunakan sepatu hanya saja sepatu yang digunakan jangan sampai sempit atau sesak. Perawatan kuku yang dianjurkan pada penderita Resiko tinggi adalah kuku harus dipotong secara transversal untuk mencegah kuku yang tumbuh kedalam dan merusak jaringan sekitar.

b. Penanganan Ulkus Diabetikum

Penangan ulku diabetikum dapat dilakukan dalam berbagai tingkatan:

1) Tingkat 0

Penanganan pada tingkat ini meliputi edukasi kepada pasien tentang bahaya dari ulkus dan cara pencegahan.

2) Tingkat I

Memerlukan debrimen jaringan nekrotik atau jaringan yang infeksius

3) Tingkat II

Memerlukan debrimen anti biotic yang sesuai dengan hasil kultur, perawatan luka dan pengurangan beban yang lebih berarti.

4) Tingkat III

Memerlukan debrimen yang sudah menjadi gangren, amputasi sebagian, imobilisasi yang lebih ketat dan pemberian anti biotik

5) system gastro intestinal

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen, obesitas.

6) system urinary

Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen, obesitas.

7) system musculo skeletal

Penyebaran lemak, penyebaran miosit, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangrene di ekstremitas.

8) system neurologi

Terjadi penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, refleklambat, koma, disorientasi.

9) system laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah:

1. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah meliputi: GDS >200 mg/dl,
gula darah puasa
>120 mg/dl dan dua jam post prandial >200 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 (++++).

2. Kultur plus

Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan anti biotic yang sesuai dengan jenis kuman.

2.3 KONSEP CAIRAN NaCl 0,9 %

2.3.1 DEFINISI

NACL 0.9% OTSU 500 mL memiliki penyebutan Natrium Klorida. NACL 0.9% OTSU 500 mL merupakan obat yang biasa digunakan untuk mengganti cairan tubuh yang hilang karena beberapa faktor. NACL 0.9% OTSU 500 mL juga memiliki fungsi sebagai pengatur keseimbangan cairan tubuh, mengatur kerja dan fungsi otot jantung, mendukung metabolisme tubuh, dan merangsang kerja saraf.

2.3.2 KANDUNGAN CAIRAN NaCl

Elektrolit yang umum dikandung dalam larutan infus adalah Na⁺, K⁺, Cl⁻, Ca²⁺, laktat atau asetat. Jadi, dalam pemberian infus, yang diperhitungkan bukan hanya air melainkan juga kandungan elektrolit ini apakah kurang, cukup, pas atau terlalu banyak. Dalam hal ini pula atau dalam kandungan cairan ini terkandung osmolaritas cairan dimana yang dimaksud dengan osmolaritas adalah jumlah total mmol elektrolit dalam kandungan infus. Untuk pemberian infus ke dalam vena tepi maksimal osmolaritas yang dianjurkan adalah kurang dari 900mOsmol/L untuk mencegah risiko flebitis (peradangan vena). Jika osmolaritas cairan melebihi 900 mOsmol/L maka infus harus diberikan melalui vena sentral.

Adapun kandungan lain dalam cairan infuse yaitu seperti disebutkan sebelumnya, selain elektrolit beberapa produk infus juga mengandung zat-zat gizi yang mudah diserap ke dalam sel, antara lain: glukosa, maltosa, fruktosa, silitol, sorbitol, asam amino, trigliserida. Pasien yang dirawat lebih lama juga membutuhkan unsur-unsur lain seperti Mg²⁺, Zn²⁺ dan trace element lainnya. Dalam proses sterilitas cairan infuse itu sendiri dapat di lihat dari parameter kualitas untuk sediaan cairan infus yang harus dipenuhi adalah steril, bebas partikel dan bebas

pirogen disamping pemenuhan persyaratan yang lain. Pada sterilisasi cairan intravena yang menggunakan metoda sterilisasi uap panas, ada dua pendekatan yang banyak digunakan, yaitu overkill dan non-overkill (bioburden-based).

2.3.3 KEGUNAAN NaCl

NACL 0.9% OTSU 500 mL merupakan obat yang biasa digunakan untuk mengganti cairan tubuh yang hilang karena beberapa faktor.

2.3.4 EFEK SAMPING NaCl

Efek yang terjadi selama penggunaan NACL 0.9% OTSU 500 mL seperti kelebihan kadar Natrium dalam darah dan kekurangan Kalium dalam darah.

2.3.5 PRINSIP KERJA CAIRAN INFUS

Dinding sel darah merah mempunyai ketebalan ± 10 nm dan pori berdiameter $\pm 0,8$ nm. Molekul air berukuran \pm setengah diameter tersebut, sehingga ion K^+ dapat lewat dengan mudah. Ion K^+ yang terdapat dalam sel juga berukuran lebih kecil dari pada ukuran pori dinding sel itu, tetapi karena dinding sel bermuatan positif maka ditolak oleh dinding sel. Jadi selain ukuran partikel muatan juga faktor penentu untuk dapat melalui pori sebuah selaput semi permeabel.

Cairan sel darah merah mempunyai tekanan osmotik yang sama dengan larutan NaCl 0,92%. Dengan kata lain cairan sel darah merah isotonik dengan NaCl 0,92%. Jika sel darah merah dimasukkan kedalam larutan NaCl 0,92%, air yang masuk keluar dinding sel akan setimbang (kesetimbangan dinamis). Akan tetapi jika sel darah merah dimasukkan kedalam larutan NaCl yang lebih pekat dari 0,92% air akan keluar dari dalam sel dan sel akan mengerut. Larutan yang demikian dikatakan hipertonik. Sebaliknya jika sel darah merah dimasukkan kedalam larutan NaCl yang lebih encer dari 0,92%, air akan masuk kedalam sel dan sel akan mengembang dan pecah(plasmolisis). Larutan ini dikatakan sebagai hipotonik.

2.3.6 TERAPI NaCl 0,9% UNTUK PENDERITA DIABETES

Menurut Haris (2009). Pembersihan luka secara klasik menggunakan antiseptic seperti hydrogen peroxide, povidone iodone, acetic acid dan chlorohexadine dapat mengganggu proses penyembuhan dari tubuh karena kandungan antiseptic tersebut tidak hanya membunuh kuman, tetapi juga membunuh leukosit yang dapat membunuh bakteri pathogen dan jaringan fibroblast yang membentuk jaringan kulit baru. Cara yang terbaik untuk membersihkan luka adalah dengan menggunakan cairan saline dan untuk luka yang sangat kotor dapat digunakan

water-presure. Cairan NaCl 0,9% juga merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka karena sesuai dengan kandungan garam tubuh (Thomas, 2007).

2.4 KONSEP ANKLE BRACHIAL INDEX (ABI)

2.4.1 Definisi ABI

Ankle Brachial Index (ABI) merupakan rasio atau perbandingan antara tekanan darah sistolik yang diukur pada pergelangan kaki dengan arteri brachialis. Pertama kali diperkenalkan oleh Winsor pada tahun 1950 yang kemudian diusulkan sebagai metode diagnosis PAD yang bersifat non-invasif. Kemudian dari studi-studi yang terus dikembangkan dalam beberapa dekade terakhir telah berhasil membuktikan bahwa ABI bukan hanya sekedar metode diagnostik, namun juga sebagai salah satu indikator atherosklerotik sistemik dan juga sebagai penanda prognostik untuk kejadian kardiovaskular dengan gangguan fungsional walaupun tanpa disertai gejala klinis PAD (Aboyans, 2012)

Walaupun masih dijumpai beberapa kontroversi yang memperdebatkan batas nilai ABI yang dapat digunakan untuk mendiagnosa PAD, namun nilai $ABI \leq 0,9$ terbukti memiliki sensitivitas dan spesifisitas $>90\%$ untuk mendiagnosa PAD dibandingkan dengan angiografi sehingga di rekomendasikan

oleh *American Heart Association (AHA)* untuk mendeteksi proses atherosclerosis pada pembuluh darah sistemik (Michael dkk,2012).

2.4.2 Fisiologi ABI

Gelombang tekanan darah akan menjadi semakin kuat dan berbanding lurus dengan jauhnya jarak dari jantung, sehingga menyebabkan peningkatan tekanan darah sistolik yang progresif dan sebaliknya akan menurunkan tekanan darah diastolik. Hal ini dikarenakan pantulan mundur gelombang dari tahanan arteriol distal yang memperkuat gelombang antegrade. Beberapa bukti penelitian menunjukkan bahwa pantulan gelombang terjadi pada tempat yang berbeda di sepanjang bantalan pembuluh darah, dengan beberapa tahanan disepanjang pembuluh darah arteri.

Pada ekstremitas bawah, proses remodeling yang terjadi pada struktur pembuluh darah akan menyebabkan peningkatan tekanan intra luminal yang ditandai dengan meningkatnya ketebalan dinding tetapi tanpa perubahan diameter lumen. Penebalan pada dinding ini yang dihasilkan dari peningkatan tekanan hidrostatik pada ekstremitas bawah saat berjalan (posisi vertikal) sudah mulai terjadi pada tahun kedua kehidupan

dan dapat menerangkan kenapa nilai ABI <1 pada bayi baru lahir dan meningkat secara bertahap mencapai nilai ABI usia dewasa pada umur 2 atau 3 tahun(Katz dkk,1997). Dan oleh karena itu, baik gelombang pantulan maupun perubahan ketebalan dan kekakuan dinding pembuluh darah memberikan kontribusi pada peningkatan tekanan darah sistolik.

Beberapa variabel seperti usia, tinggi badan, kelompok etnis dan bahkan urutan pengukuran diketahui dapat mempengaruhi hasil ABI. Pada dua kelompok studi didapati bahwa nilai ABI pada kaki kanan rata-rata 0,03 lebih tinggi dibandingkan kaki kiri. Hasil ini mungkin disebabkan oleh urutan pengukuran (biasanya kakikanan diukur terlebih dahulu) dan mengakibatkan pengurangan sementara tekanan sistemik dari waktu ke waktu. Nilai ABI diperkirakan meningkat seiring pertambahan usia sebagai akibat kekakuan arteri. Beberapa studi potong lintang menunjukkan bahwa nilai ABI menurun seiring pertambahan usia, kemungkinan karena meningkatnya prevalensi dan progresivitas PAD (Smithdkk, 2005).

Pada populasi tanpa ada nya bukti klinis keterlibatan kardiovaskular, dijumpai hubungan yang searah antara tinggi badan dan nilai ABI. Kelompok orang dengan tinggi badan yang lebih akan memiliki nilai ABI yang lebih besar sebagai

konsekwensi dari meningkatnya tekanan darah sistolik seiring dengan jarak yang lebih jauh dari jantung. Oleh karena perhitungan ABI merupakan sebuah rasio, maka nilainya tidak terpengaruh oleh kenaikan atau pun penurunan tekanan darah.

2.4.3 Nilai ABI sebagai penanda progresivitas PAD

Perjalanan alami PAD mencakup penurunan nilai ABI seiring perjalanan waktu. Dari serangkaian pemeriksaan pasien yang dilakukan di laboratorium vaskular, nilai ABI mengalami penurunan rata-rata 0,06 tiap 4,6 tahun. Tingkatan ABI juga dapat digunakan untuk memprediksi kejadian yang mengenai ekstremitas bawah dimana tekanan darah sistolik dibawah atau sama dengan 50 mmHg sering dihubungkan dengan angka amputasi yang tinggi (Norgren dkk, 2007).

Pasien PAD memiliki ketahanan untuk latihan berjalan dan tingkat aktivitas fisik yang lebih rendah dibandingkan kelompok pasien tanpa PAD. Hal ini dibuktikan oleh beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa nilai ABI yang rendah dikaitkan dengan gangguan fungsional dan penurunan kapasitas latihan fisik yang lebih besar dibandingkan populasi dengan nilai ABI yang tinggi.

2.4.4 ABI sebagai penanda resiko kardiovaskular.

Pengukuran ABI dapat memberikan nilai yang melambangkan kejadian atherosclerosis sistemik dan dikaitkan dengan faktor-faktor resiko atherosklerotik dan prevalensi penyakit kardiovaskular pada bantalan pembuluh darah yang lain. Nilai ABI yang rendah telah lama dihubungkan dengan banyak faktor resiko tradisional kardiovaskular seperti hipertensi, DM tipe 2, dislipidemia, riwayat merokok dan fakto rresiko kardiovaskular yang baru dikembangkan seperti *C-Reactive Protein*, homosistein, interleukin-6 dan penyakit ginjal kronik (Allison dkk, 2006).

Hubungan yang kuat dan konsisten antara nilai ABI yang rendah dengan prevalensi CAD dan CVD telah dibuktikan pada beberapa populasi studi prospektif yang melibatkan individu dengan keterlibatan penyakit kardiovaskular.

Disamping korelasinya dengan nilai ABI yang rendah beberapa penelitian juga telah mengevaluasi hubungan antara nilai ABI yang tinggi, sebagai indikator kalsifikasi pembuluh darah, dengan faktor-faktor resiko tradisional kardiovaskular. Allison dan kawan-kawan membuktikan bahwa nilai $ABI > 1,4$ dihubungkan dengan kejadian stroke dangagal jantung kongestif

namun tidak dengan kejadian angina maupun infark miokard (Allison dkk, 2008).

2.4.5 Peranan ABI sebagai prediktor kejadian kardiovaskular

Walaupun ABI merupakan pengukuran yang menggambarkan derajat keparahan atherosklerotik pada ekstremitas bawah, namun dapat juga digunakan sebagai indikator atherosklerotik dibagian lain system pembuluh darah. Sehingga nilai ABI telah di investigasi menjadi salah satu alat predictor pada beberapa kelompok studidi Eropa dan Amerika Utara. Hasil dari studi-studi ini telah menunjukkan bahwa nilai ABI yang rendah berkaitan erat dengan meningkatnya resiko infark miokard, stroke dan penyebab kematian kardiovaskular (Leng dkk, 1996; Vander Meerdkk, 2004(a); Resnick dkk, 2004(b) Disini terlihat bahwa nilai ABI yang rendah, sebagai indicator atherosklerotik, dapat mempertajam tingkat akurasi prediktor resiko bila dikombinasikan dengan sistem penilaian stratifikasi resiko yang telah ada.

Sebuah meta analisis yang membandingkan 16 populasi studi prospektif menelusuri bahw anilai ABI memberikan informasi tentang resiko ke jadian kardiovaskular dan mortalitas terlebih bila dikombinasikan dengan *Framingham Risk Score*

(FRS). Nilai ABI $\leq 0,9$ dikaitkan dengan peningkatan dua kali lipatan gkatotal kematian, kematian akibat kejadian kardiovaskular dan infark miokard dibandingkan dengan menggunakan FRS sendiri. Penambahan nilai ABI menyebabkan diberlakukan klasifikasi ulang pada tiap kategori resiko baik pada pria maupun wanita. Sebagai contoh wanita dengan resiko rendah (FRS $<10\%$) atau resiko menengah (FRS 10-19%), namun dengan nilai ABI yang abnormal, menyebabkan wanita tersebut dikelompokkan menjadi resiko tinggi.

Penderita dengan diagnose penyakit kardiovaskular yang telah ditegakkan namun memiliki nilai ABI yang rendah, memiliki resiko kejadian kardiovaskular dan mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok dengan nilai ABI normal (Aboyans dkk, 2005; Agnelli dkk, 2006).

Pada studi HOPE (*Heart Outcomes Prevention Evaluation*) yang melibatkan pasien dengan CAD, stroke dan DM tipe 2, ABI dengan nilai padakisaran 0,6 sampai 0,9 dihubungkan pada resiko infark miokard (RR 1,4), dan kematian akibat penyakit kardiovaskular (RR 1,6) dibandingkan dengan kelompok nilai ABI normal (Albert dkk, 2009). Studi yang lain yaitu *Cardiovascular Heart Study* membuktikan bahwa pasien dengan nilai ABI $\leq 0,9$ memiliki peningkatan resiko kejadian gagal jantung kongestif (RR1,3) dan

mortalitas akibat penyakit kardiovaskular (RR 1,5). Lebih lanjut pada pasien PAD, penurunan nilai ABI $>0,15$ dihubungkan dengan peningkatan 2 kali lipat angka mortalitas (Criquidkk, 2008).

Nilai ABI paska latihan juga memiliki nilai predictor yang kuat, dimana pada pasien dengan nilai ABI normal saat istirahat namun dengan nilai ABI abnormal setelah latihan dikaitkan dengan peningkatan angka mortalitas (Sheikh dkk, 2011).

2.4.6 Cara pengukuran ABI

2.6.1 Keadaan yang berkaitan dengan pengukuran ABI

a) Kondisi pasien

Posisi tubuh dan kondisi lutut atau pinggang yang tertekuk ternyata mempengaruhi hasil pengukuran ABI. Penelitian yang dilakukan oleh Gornik dan kawan-kawan membuktikan bahwa tekanan pada lengan tidak berbeda pada saat pasien dalam keadaan berbaring atau duduk selama lengan berada pada posisi sejajar dengan jantung. Perbedaan posisi lebih mempengaruhi tekanan rendah dari pada jantung. Nilai ABI pada posisi duduk rata-rata lebih tinggi 0,35 dibandingkan pada posisi berbaring.

Sebelum pemeriksaan ABI dilakukan, pasien hendaknya diistirahatkan selama 5 hingga 10 menit. Masa rehat yang lebih lama

tidak dianjurkan pada pengaturan klinis pemeriksaan ABI. Walaupun setelah masa istirahat, pengukuran pada anggota gerak yang pertama cenderung memberikan tekanan sistolik yang lebih tinggi dibandingkan anggota gerak selanjutnya. Selain posisi pasien dan jeda istirahat, merokok juga mempengaruhi hasil pengukuran ABI, dimana bila pasien merokok 10 menit sebelum pemeriksaan dapat menurunkan nilai ABI dibandingkan bila nilai ABI diukur setelah 12 jam tidak merokok (Yataco dkk, 1998).

b) Ukuran manset

Penelitian tentang pengukuran tekanan darah di arteri brachialis menyoroti pentingnya ukuran manset yang memadai untuk mencegah ketidak-akuratan pemeriksaan. Namun informasi tentang ukuran manset yang tepat untuk pengukuran tekanan sistolik pada pergelangan kaki masih belum tersedia. Jika mengacu pada konsep yang sama dimana manset pada lengan juga digunakan pada pergelangan kaki, maka lebar dari manset harus setidaknya 40% dari lingkar pergelangan kaki. Manset harus berada dalam keadaan bersih dan kering. Cara melilit manset (spiral atau parallel) juga mempengaruhi tekanan darah sistolik pergelangan kaki dimana cara melilit secara spiral memberikan hasil yang lebih rendah (Mundt dkk, 1995)

Meskipun pemeriksaan ABI merupakan metode yang bersifat non-invasif, aman dan dapat ditolerir oleh sebagian besar pasien, namun penekanan akibat manset yang di kembangkan harus dihentikan bila pasien merasa nyeri. Selain itu pengembangan manset harus dihindari pada bekas luka graft karena berpotensi meningkatkan resiko thrombosis pada graft.

2.6.2 Langkah-langkah pengukuran ABI

- Pasien harus di istirahatkan setidaknya 5-10 menit dalam kondisi berbaring di dalam ruangan yang nyaman dan temperatur yang cukup.
- Pasien tidak boleh merokok sekurang-kurangnya 2 jam sebelum pengukuran.
- Pemilihan ukuran manset mencakup minimal 40% dari diameter lingkaran pergelangan kaki.
- Manset tidak boleh diletakkan pada bagian distal graft (dapat meningkatkan resiko thrombosis) ataubila dijumpai luka ulserasi.
- Sama halnya dengan pengukuran tekanan darah di lengan, manset harus membungkus pergelangan kaki. Batas bawah manset diletakkan 2 cm diatas *malleolus medialis*.

- Sebuah alat *handheld* Doppler 8-10 MHz digunakan dan pada probe Doppler diberikan gel sebagai sensor. Setelah alat Doppler diaktifkan, probe diletakkan pada daerah lengan.
- Manset kemudian dikembangkan secara perlahan sampai 20 mmHg diatasbatas aliran sinyal menghilang (tidak terdengar lagi) dan kemudian manset dikempeskan perlahan untuk mendeteksi tingkat tekanan dimana sinyal aliran muncul kembali.
- Deteksi aliran darah brachial selama pengukuran tekanan sistolik dilengan juga harus menggunakan alat Doppler.
- Urutan yang sama dalam pengukuran tekanan darah sistolik pada tiap anggota gerak harus diberlakukan dengan urutan yang dianjurkan adalah lengan kanan, arteri tibialis posterior kanan, arteri dorsalis pedis kanan, arteri tibialis posterior kiri, arteri dorsalis pedis kiri dan lengan kiri.
- Pada akhir pemeriksaan, pengukuran tekanan darah sistolik dilengan kanan harus di ulang kembali dan tekanan darah sistolik pada pengukuran pertama dan kedua diambil reratanya. Jika terdapat perbedaan hasil pengukuran tekanan darah sistolik dilengan kanan >10 mmHg, maka hasil pengukuran yang kedua lah yang digunakan.

- Tekanan darah sistolik tertinggi dari kedua lengan digunakan sebagai pembagi (denominator) sedangkan tekanan darah sistolik tertinggi antara tibialis posterior dan dorsalis pedis tiap ekstremitas bawah digunakan sebagai pembilang (numerator).
- Nilai ABI pada setiap pergelangan kaki dihitung dengan membagi tekanan darah sistolik tertinggi antara tekanan darah sistolik arteri tibialis posterior atau arteri dorsalis pedis dengan tekanan darah sistolik tertinggi dari kedua lengan.
- Ketika nilai ABI digunakan untuk alat diagnostic untuk menilai pasien dengan keluhan mengarah kepada PAD, maka nilai ABI harus dilaporkan secara terpisah pada tiap pergelangan kaki.
- Jika nilai ABI digunakan sebagai penanda prognostic kejadian dan mortalitas kardiovaskular, maka yang dipakai adalah nilai ABI terendah dari kedua pergelangan kaki.
- Nilai normal ABI berkisar pada 0,9 sampai 1,4 sehingga bila hasil pengukuran menunjukkan kisaran $\leq 0,9$ maka dapat dipertimbangkan sebagai penegakan diagnosa PAD.
- Pasien dengan nilai $ABI \leq 0,9$ atau $\geq 1,4$ harus dipertimbangkan memiliki peningkatan resiko kejadian dan mortalitas kardiovaskular walaupun tanpa adanya keluhan dan gejala PAD serta faktor resiko kardiovaskular

2.3.7 ASUHAN KEPERAWATAN TEORITIS

2.2.1 Pengkajian

a. Identitas klien

Pada identitas klien, akan didapatkan data-data terkait dengan identitas klien maupun keluarga yang menjadi penanggung jawab klien tersebut. Pada identitas didapatkan nantinya nama klien, alamat, jenis kelamin, tempat tanggal lahir, umur, suku/ras, agama, nomor telepon dan lain-lain. Sedangkan untuk penanggung jawab, juga akan didapatkan data-data yang sama, baik berupa nama, alamat, umur, nomor telepon dan diagnosa klien

b. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama

Klien mengeluhkan rasa nyeri pada kaki kiri akibat luka

2. Riwayat penyakit sekarang

Adanya keluhan sakit pada kaki kiri dan kesulitan beraktivitas akibat luka yang diderita

3. Riwayat penyakit dahulu

Adanya memiliki kecelakaan atau terbenturnya salah satu organ tubuh waktu dulu, adanya mengalami penyakit yang sama waktu dahulu

4. Riwayat penyakit keluarga

Ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi atau pun diabetes militus dan penyakit yang lain-lain

5. Pemeriksaan fisik

Kepala dan wajah :

Inspeksi : kepala simetris kiri dan kanan, tidak ada pembesaran pada kepala. Ukuran kepala normal sesuai dengan umur. Wajah biasanya tidak simetris kiri dan kanan, wajah terlihat pucat.

Palpasi : tidak terjadi nyeri pada kepala

Mata :

Inspeksi : Pupil sama, bulat, reaktif terhadap cahaya dan akomodasi. Konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik.

Palpasi : tidak ada pembengkakan pada mata

Telinga :

Inspeksi : Simetris telinga kiri dan kanan, terlihat bersih tanpa serumen.

Palpasi : Tidak ada nyeri pada daun telinga, pembengkakan pada daun telinga tidak ada.

Hidung :

Inspeksi : Simetris hidung kiri dan kanan, tidak terlihat perdarahan pada hidung

Palpasi : Tidak adanya nyeri saat diraba pada hidung, pembengkakan tidak ada

Mulut :

Inspeksi : Membran mukosa berwarna merah jambu, lembab, dan utuh. Uvula digaris tengah, Tidak ada lesi.

Palpasi : Tidak ada nyeri pada mulut , tidak adanya pembengkakan pada mulut

Leher:

Inspeksi : Posisi trakea apakah mengalami kemiringan atau tidak, vena jugularis tidak terlihat,

Palpasi : Tidak teraba nodul pada leher, tidak terjadi pembengkakan, apakah terjadi pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe ada pembesaran atau tidak

Paru-paru

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak adanya lesi, ada atau tidaknya retraksi dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan

Auskultasi : Vesikuler

Perkusi : Sonor

Palpasi : ada pergerakan dinding dada, taktil fremitus teraba jelas

Jantung

Inspeksi : Iktus kordis terlihat atau tidak, lesi diarea jantung atau tidak, pembengkakan pada jantung atau tidak

Palpasi : Pada area ICS II, ICS V kiri, dan Area midclavicula untuk menentukan batas jantung, tidak terjadi pembesaran pada jantung

Perkusi : Redup

Auskultasi : Normalnya bunyi jantung 1 lebih tinggi dari pada bunyi jantung II, tidak adanya bunyi tambahan seperti mur-mur.

S2 (dub) terdengar pada ICS II ketika katup aorta dan pulmonal menutup pada saat awal sistolik, terdengar suatu split yang mengakibatkan dua suara katup, ini

diakibatkan penutupan aorta dan pulmonal berbeda pada waktu respirasi.

S1(lub) terdengar pada ICS V ketika katup mitral dan katup trikuspidalis tertutup pada saat awal sistolik. Terdengar bagus pada apex jantung dan didengar dengan diafragma stetostokop dimana terdengar secara bersamaan

Abdomen

Inspeksi : tidak adanya pembengkakan pada abdomen/ asites

Palpasi : tidak adanya distensi pada abdomen

Perkusi : Tympani

Auskultasi : bising usus normal

Ekstremitas

Biasanya didapatkan bahwa pada ektremitas yang terjadi luka.

Neuro sensori:

Klien merasakan nyeri pada kaki kiri

Interaksi sosial:

Kerusakan interaksi sosial dengan keluarga/orang lain, terjadi perubahan peran.

Riwayat psikososial:

Pasien dengan ulkus diabetikum mungkin merasakan adanya kecemasan yang cukup tinggi apalagi pasien yang mengalami ulkus selalu dibayang-bayangi dengan amputasi

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

- a. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangren pada ekstremitas
- b. Nyeri akut berhubungan dengan kesemutan dan rasa ngilu pada persendian
- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan deformitas skeletal, nyeri, penurunan kekuatan otot.
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan agen cedera biologis.
- e. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya destruksi pada luka ulkus.
- f. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan pemenuhan nafsu makan

NO	DIAGNOSE KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL NOC	INTERVENSI NIC
1	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangrene pada ekstremitas	NOC : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tissue integrity : skin and mucous ❖ Wound healing : primary and secondary intention Kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan dalam aktifitas fisik - Perfusi jaringan normal - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Ketebalan dan tekstur jaringan normal - Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka 	NIC : <p>Pressure management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. - Hindari kerutan pada tempat tidur - Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering - Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali - Monitor kulit akan adanya kemerahan - Monitor kulit akan adanya kemerahan - Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan - Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien - Monitor status nutrisi pasien - Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat <p>Insision site care</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan pada luka yang ditutup dengan jahitan, klip atau staples - Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi - Gunakan preparat antiseptic, sesuai program - Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis	NOC : <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain level ❖ Pain control ❖ Comfort level Kriteria hasil :	Pain management <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas - Observasi isyarat ketidaknyamanan non verbal khususnya pada respon nyeri.

		<ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri dengan penggunaan teknik relaksasi - Melaporkan bahwa nyeri berkurang - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Memperlihatkan kesejahteraan fisik dan psikologi 	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan Teknik pengendalian nyeri - Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri. - Evaluasi pengalaman nyeri masa lalu - Ajarkan teknik non farmakologi (misalnya umpan balik biologis, relaksasi, terapi aktifitas, kompres hangat, masase) - Libatkan pasien dalam modalitas pengurangan nyeri - Kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap nyeri. - Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian analgetik.
3	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Joint Movement : Active ❖ Mobility level ❖ Self care : ADLs ❖ Transfer Performance <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien meningkat dalam aktifitas fisik ❖ Mengerti dari tujuan peningkatan mobilitas ❖ Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah ❖ Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi 	<p>NIC :</p> <p>Exercise Therapy : Ambulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring vital sign/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan. - Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulansi sesuai dengan kebutuhan - Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera. - Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulansi. - Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan. - Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps.

		(walker)	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan alat bantu jika klien memerlukan - Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan. -
4	Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nutritional status : food and fluid intake <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mempertahankan massa tubuh dan berat badan normal. ❖ Toleransi terhadap diet yang dianjurkan. <p>Menyatakan keinginan untuk mengikuti diet.</p>	<p>NIC :</p> <p>Fluid Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan catatan intake dan output yang akurat. - Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian. - Monitor status nutrisi. - Dorong masukan oral - Dorong keluarga untuk membantu pasien makan. - Ketahui makanan kesukaan pasien - Memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya. - Tawarkan cemilan yang rendah gula. - Ajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. - Ajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering.

BAB III
LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 IDENTITAS KLIEN

Nama : Ny. R

Tempat Tgl Lahir : Kuala Tungkal, 01 Desember 1981

Umur : 38 Tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Status perkawinan : Kawin

Agama : Islam

Suku : Melayu

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Swasta (berkebun)

Alamat : Dusun Candi

Tanggal masuk : 21 Mei 2019

Tanggal pengkajian : 22 Mei 2019

Sumber Informasi : Klien, keluarga dan Status Klien

Keluarga terdekat yang dapat segera dihubungi (Orang tua, /wali, dll)

Nama : Tn. K

Umur : 43 tahun

Pekerjaan : Tani

Alamat : Dusun Candi

Hubungan dg Klien : Suami klien

3.1.2 STATUS KESEHATAN SAAT INI

3.1.2.1 Keluhan Utama

Klien rujukan dari Rumah Sakit Permata Hati melalui IGD dan masuk ruangan penyakit dalam pada tanggal 21 Mei 2019 pukul 13.55 WIB dengan keluhan nyeri pada luka di telapak kaki kiri akibat penyakit ulkus diabetikum, klien juga mengatakan badannya lemah dan sulit untuk beraktifitas karna sakit serta tidak nafsu makan.

3.1.2.2 Keluhan Saat Ini

Klien datang ke IGD dengan tingkat kesadaran compos mentis. Pada saat pengkajian tanggal 22 Mei 2019 jam 14.10 wib, keadaan Klien adalah : klien tampak meringis kesakitan, klien mengatakan terasa nyeri pada kaki kirinya dan nyerinya seperti terbakar, klien juga mengatakan susah untuk beraktifitas dan aktifitasnya dibantu oleh keluarga, klien juga mengatakan tercium bau busuk pada lukanya. Suami klien mengatakan bahwa istrinya mengeluh nyeri pada luka di kaki kirinya dengan Skala nyeri 7.

Dari hasil pengamatan terlihat terdapat ulkus pada telapak kaki dengan luas \pm 3cm, pada tumit \pm 1 cm, luka juga terdapat pada jari-jari kaki klien dan kedalaman ulkus \pm 1 cm. Klien tampak lemah, Klien mengatakan badannya terasa bertambah kurus, klien mengatakan kurang nafsu makan dan hanya makan 3 kali sehari tapi yang di habiskan 1/2 porsi dengan minum \pm 1800cc/hari atau \pm 6-8 gelas. BB

klien 70 kg saat pengkajian, klien tampak berhati-hati saat bergerak, selain itu klien terlihat tidak nyaman dan meringis kesakitan, klien juga terlihat menjaga pergerakan kaki, klien juga tampak lemas dan di ruangan Klien dipasang IVFD Nacl 20 TPM.

Hasil pemeriksaan laboratorium :

Glukosa darah puasa : 342

Glukosa darah 2 jam PP : 416

TTV TD : 110 / 70 mmhg

Nadi : 81 x/menit

R : 20 x/menit

S : 37,2 ° C

3.1.2.3 Faktor Pencetus

Yang menjadi faktor pencetus klien menderita ulkus diabetikum adalah klien menginjak kaca saat membersihkan dapur, luka itu hanya di obati menggunakan betadine, sehingga kemudian menjadi luka terbuka dan busuk sehingga merusak jaringan kulit sehingga terjadi ulkus diabetikum pada kaki kiri klien .

3.1.2.4 Lama Keluhan

Klien mengatakan keluhan dirasakan lebih kurang 2 minggu terakhir ini.

3.1.2.5 Timbulnya Keluhan

Klien mengatakan nyeri yang dirasakan pada kaki timbul setiap setelah bergerak atau beraktivitas.

3.1.2.6 Faktor Yang Memperberat

Klien mengatakan tidak tahu faktor yang memperberat penyakitnya, hanya saja klien mengeluh setelah terjadi luka pada kaki kirinya terasa nyeri setiap bergerak atau beraktivitas.

3.1.2.7 Upaya Yang Dilakukan Untuk Mengatasinya

Sendiri : Klien mengatakan saat pertama terkena kaca hanya di obati menggunakan betadine.

3.1.2.8 Diagnosa Medic

Ulkus Diabetikum Tanggal : 22 Mei 2019

3.1.3 RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

3.1.3.1 Penyakit yang pernah dialami

Suami klien juga mengatakan bahwa istrinya tidak memiliki riwayat penyakit berat lainnya. Sebelumnya pasien pernah di rawat di rumah sakit karena penyakit diabetes mellitus yang diderita sejak 2 tahun yang lalu.

3.1.3.2 Alergi

Suami mengatakan klien tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan.

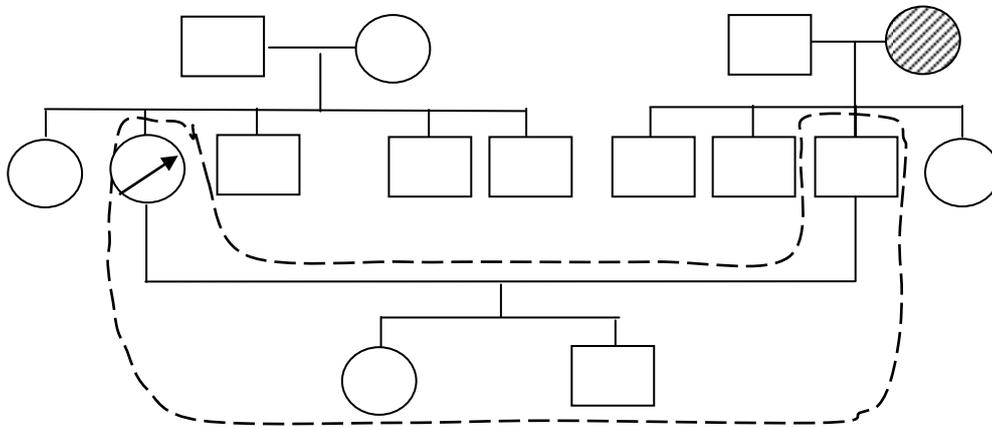
3.1.3.3 Kebiasaan merokok/ kopi/ teh/ obat-obatan/ alkohol/ lain-lain

suami klien mengatakan klien tidak memiliki kebiasaan merokok, dan juga tidak memiliki kebiasaan kopi atau teh.

3.1.4 RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

3.1.4.1 Suami mengatakan orang tua klien yaitu ayahnya memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus .

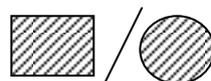
3.1.4.2 Genogram



Keterangan :

 : Perempuan

 : Laki-laki

 : Meninggal

 : Klien

--- : Tinggal serumah

Klien merupakan anak kedua dari lima bersaudara, saudara klien ada 4 orang, klien tinggal serumah dengan suami dan anak-anaknya.

3.1.5 DATA AKTIFITAS SEHARI-HARI

3.1.5.1 Pola Nutrisi dan cairan

Tabel 3.1.5.1

Pola nutrisi

POLA NUTRISI	Aktivits	
	Saat dirumah	Saat drumah sakit
1. Berat Badan	73 kg	70 kg (22/05/19)
2. Makananya ng disukai	Klien suka makan makanan sayur sayuran	Klien hanya makan makanan RS
3. Makanan yang tidak disukai	Klien kurang menyukai makan bersantan pedas dan goreng-gorengan.	Klien kurang menyukai makanan RS
4. Pola Makan		
a. Frekuensi	3x/hari	3x/sehari
b. Jenis	MB(Makanan Biasa).sering makan sayur sayuran.	Diet DM (1700) kalori Porsi yang diberikan hanya habis 1/2 porsi saja
c. Nafsu makan	Baik	Kurang baik

3.1.5.2 Pola Eliminasi

Tabel 3.1.5.2
Pola Eliminasi

POLA ELIMINASI	Aktivitas	
	Dirumah	Saat dirumah sakit
1. BAB a. Frekuensi b. Warna c. Konsistensi	1 x sehari pada pagi hari tanpa pencahar Kuning Lembek	1 x selama 2 hari, tanpa pencahar Kuning lembek
2. BAK a. Frekuensi b. Warna	4-5 kali/hari Kuning	Via kateter ±1500 cc. Tiga kali buang dari urine bag 500cc/24 jam Warna kuning jernih, bau khas urine.

3.1.5.3 Pola Istirahat Dan Tidur

Tabel 3.1.5.3
Pola istirahat dan tidur

POLA ISTIRAHAT DAN TIDUR	Aktivitas	
	Saat di rumah	Saat di rumah sakit
1. Lama tidur	Waktu tidur 8-10 jam/hari tidak ada keluhan dalam tidur	Waktu tidur 7-8 jam /hari tidak ada keluhan dalam tidur
2. Kesulitan dalam hal tidur	Tidak ada	Tidak ada

3.1.5.4 Aktivitas dan latihan

Klien selama ini hanya beraktifitas di rumah, selain mengerjakan pekerjaan rumah juga mengasuh anak.

3.1.5.4 Pola bekerja

Klien seorang ibu rumah tangga yang tidak bekerja. Klien hanya mengerjakan pekerjaan rumah

3.1.6 Data Lingkungan

- Kebersihan : Keluarga mengatakan tempat tinggalnya lumayan bersih dan rapi
- Bahaya : Tidak ada bahaya yang mengancam dilingkungan tempat tinggalnya
- Polusi : Klien tinggal didusun /pedesaan dengan suasana dan udara yang relatif masih bersih, tetapi jika ada kendaraan lewat ada polusi.

3.1.7 Data Psikososial

1. Pola pikir dan persepsi
 - a. Alat bantu yang digunakan : tidak ada
 - b. Kesulitan yang dialami : tidak ada
2. Persepsi diri
 - Hal yang dipikirkan saat ini : klien hanya memikirkan tentang penyakitnya
 - Harapan setelah menjalani perawatan : klien berharap segera sembuh
 - Kesan terhadap perawat : klien menganggap perawat seperti keluarga sendiri karna telah merawat
3. Suasana hati : Klien mengatakan pasrah dengan keadaan penyakitnya saat ini.

Rentang perhatian : klien sangat memperhatikan tentang penyakitnya dan berharap segera sembuh.

4. Hubungan komunikasi

a. Bicara

Bahasa utama yang digunakan adalah bahasa melayu/daerah orientasi pasien terhadap orang, tempat dan waktu baik, klien dapat mengenali setiap orang yang datang mengunjunginya dan klien bisa menyebutkan tanggal dan hari apa sekarang.

b. Tempat tinggal : klien tinggal dirumah sendiri beserta suami dan anak-anaknya.

c. Kehidupan keluarga

Adat istiadat yang dianut klien adalah adat dusun .dalam pembuatan keputusan didalamnya keluarga dilakukan dengan cara musyawarah. Pola komunikasi terjadi dengan baik.

d. Kesulitan dalam keluarga tidak ada masalah selama ini, hubungan dengan keluarga terjalin dengan baik dibuktikan dengan adanya keluarga menjenguk selama dirawat dirumah sakit

5. Kebiasaan seksual

Tidak di kaji

6. Pertahanan koping

a. Pengambilan keputusan

Klien dibantu oleh suaminya.

b. Yang disukai tentang diri sendiri:

Klien merasa bangga sebagai istri yang berbakti pada suami dan menjadi ibu dari anak-anaknya.

c. Yang ingin dirubah dari kehidupan :

Tidak ada karna menurut klien semua yang dialaminya adalah kehendak Allah SWT

d. Yang dilakukan klien jika stres :

Mencari pemecahan masalah dengan bersama suami.

7. Sistem nilai kepercayaan

a. Siapa/apa sumber kepercayaan : Tuhan Yang Maha Esa

b. Apakah tuhan, agama, kepercayaan penting untuk anda :

Iya

c. Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan :

Berdoa kepada Tuhan yang maha ESA

d. Kegiatan agama yang dilakukan di rumah sakit : berdoa.

3.1.8 Pengkajian Fisik

a. Pengkajian fisik umum

1) Tingkat kesadaran : kompos mentis ges 15 (E4,M6,V5)

2) keadaan umum : lemah

3) TTV: TD : 110 / 70 mmhg

Nadi : 81 x/menit

S : 37,2 ° C

R : 20x/menit

4) BB/TB : 70 kg/162cm

b. Pemeriksaan head to toe

a) **Kepala**

I : Bentuk kepala simetris, tidak tampak adanya benjolan dan lesi (-), kulit kepala bersih dan distribusi rambut merata

Pa : Tidak teraba adanya massa dan pembengkakan

a. **Mata**

I : Mata simetris, konjungtiva an anemis, klien gerakan bola mata atas-bawah dengan normal, klien dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri dan kanan, ukuran pupil 3 mm, sclera tidak ikterik

Pa : Tidak teraba adanya pembengkakan dimata Klien dan tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas dimata Klien kiri dan kanan.

b. **Hidung**

I : Hidung simetris kiri dan kanan, lubang hidung terdapat sedikit adanya seckret, tidak ada penyumbatan dilubang hidung, tidak ada lesi di area hidung

Pa : Tidak ada teraba adanya pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas (-)

c. Telinga

- I : Telinga simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya serumen, tidak tampak adanya pendarahan, tidak ada lesi di telinga Klien, tidak ada tanda-tanda infeksi di telinga Klien, Klien tidak menggunakan alat bantu dengar
- Pa : Tidak ada nyeri tekan di area telinga dan tidak ada nyeri tekan di telinga Klien.

d. Mulut

- I : Bentuk mulut simetris, tidak ada lesi dan sariawan
- Pa : Tidak ada pembengkakan pada gusi

e. Leher

- I : Tidak ada lesi jaringan parut, tidak ada pembengkakan kelenjartiroid, bentuk leher normal
- Pa : Tidak teraba adanya massa di area leher, tidak ada teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada teraba pembesaran kelenjar limfe

f. Thorak

(1) Paru – paru

- I : Bentuk dada simetris kiri dan kanan, warna kulit sao matang, tidak ada lesi di area dada Klien, frekuensi

napas RR 20×/i.

Pa : Taktil fremitus getarannya sama kiri dan kanan, tidak teraba adanya massa dan benjolan

Pe : Resonan seluruh lapang paru

Aus : Vesikuler

(2) Jantung

I : Ictus cordis tidak tampak, tidak ada lesi pada dada sebelah kiri

Pa : Ictus cordis teraba

Pe : Dullness

Au : Bunyi jantung S1 dan S2 dengan irama reguler (lup dup), tidak terdapat bunyi jantung tambahan murmur, gallop.

(3) Abdomen

I : Tidak ada lesi di area perut Klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya

Pa : Tidak ada nyeri tekan di area perut Klien, tidak ada pembesaran, tidak ada splenomegali, turgor kulit baik

Pe : Tympani

Aus : Bising usus 17x/menit

g). Integumen

I : Turgor kulit jelek, adanya luka atau warna kehitaman di kaki kiri meliputi telapak kaki dan ruas jari-jari.

Pal : Kulit elastis, adanya kelembaban di daerah sekitar ulkus dan gangren.

h). Muskuloskeletal

(1) Ekstremitas Atas

Terpasang infus RL24 TPM pada tangan sebelah kiri Klien, pergerakan ekstremitas baik, capillary refill <3 detik, akral hangat.

(2) Ekstremitas Bawah

Terdapat ulkus pada telapak kaki dengan luas ± 3 cm, pada tumit 2 cm \pm cm, pada jari-jari kaki klien dan kedalaman ulkus ± 1 cm.

Kekuatan otot

Pemeriksaan Fungsi Reflek

555	555
333	555

Ket : 5/5 normal

4/5 baik

3/5 sedang

2/5 buruk

1/5 sedikit

0/5 tidak ada

c. Sirkulasi

1) Tekanan darah : 110/70 mmhg

2) Distensi vena jugularis : Tidak Tampak

3) Pengisian kapiler : <3 detik

4) Edema : Tidak ada

5) Nadi Perifer : 81 x/menit

d. Neurologi

1) Tingkat kesadaran : Compos mentis

2) GCS : E4, M6, V5

3) Saraf Kranial

3.1.9 HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG

3.1.9.4 Data Laboratorium

Tabel 3.1.9.4

Data laboratorium

No	Jenis	NilaiNormal	HasilPemeriksaan		
			Tanggal		
			22/05/19	24/05/19	26/05/19
1	Hb	12.0-16.0	12,2		
2	Hematokrit	37.0-47.0	17		
3	Trombosit	150-400	548.000		
4	Leukosit	4.0-10.0	12.2		-
5	Glukosa darah puasa	74-109	342	378	241
6	Glukosa darah 2 jam pp	75-140	416	361	143

3.1.9.5 Pengobatan

Tabel 3.1.10
pengobatan

Nama Obat	Kontra Indikasi	Indikasi	Efek Samping
1. Ceftriaxone	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensitivitas:hiperbilirubenia neonatus, terutama mereka yang premature ; neonatus < dari 28 hari jika mereka menerima produk yang mengandung kalsium IV. • Larutan intravena ceftriaxone mengandung lidokain • Jika larutan lidokain digunakan sebagai pelarut dengan ceftriaxone untuk injeksi intra muskular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobati dan mencegah infeksi bakteri. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bengkak, nyeri, dan kemerahan di tempat suntikan • Reaksi alergi • Mual/muntah • Sakit perut • Sakit kepala/pusing • Lidah sakit atau bengkak • Berkeringat
Lansoprazole	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak dianjurkan bagi penderita gangguan hati, hipomagnesia, osteoporosis dan osteopenia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobati duodenum dan tukak lambung ringan, refluks esofagus. • Menurunkan asam lambung berlebih 	<ul style="list-style-type: none"> • Diare • Sakit perut • Mual • Kembung • Konstipasi • Sakit kepala/pusing • Penurunan kadar zat besi dalam darah

Metformin	<ul style="list-style-type: none"> • Gangguan fungsi ginjal, gangguan hati dan ketoasidosos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obat untuk mengontrol gula darah tinggi, biasanya digunakan oleh penderita diabetes tipe 2. Obat ini juga menurunkan jumlah gula yang diproduksi hati yang diserap perut atau usus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sakit kepala • Nyeri otot • Berasa lemah • Mual ringan • Muntah • Diare • Buang angin • Sakit perut
Novorapid	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak boleh digunakan pada ibu hamil • Pada anak umur dibawah 6-9 tahun • Memiliki masalah dengan ginjal atau hati, atau dengan adrenal, hipofisis atau kelenjar tyroid. 	<ul style="list-style-type: none"> • Memenuhi kebutuhan pasokan insulin pada penderita diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kadar kalium dalam darah menurun, yang di tandai dengan berkeringat, pucat, merasa lapar, jantung berdebar, dan pusing. • Pembengkakan, kemerahan, dan gatal pada bagian tubuh yang disuntik. • Reaksi alergiberupa sesak nafas, mengi (nafas berbunyi), pandangan kabur, kesulitan menelan, dan pembengkakan pada lengan atau tungkai.
Levemir	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak diberikan kepada hipersensivitas terhadap insulin detemir dan komponen produk lainnya. 	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk menangani atau mengobati penderita penyakit diabetes mellitus yang tidak dapat mengontrol kadar 	<ul style="list-style-type: none"> • Tanda reaksi alergi seperti ruam, gatal-gatal, kulit kemerahan, bengkak, dengan atau tanpa demam, mengi, sulit bernafas, pembengkakan pada mulut, wajah,

		gula darah dalam tubuhnya	lidah, atau tenggorokan. <ul style="list-style-type: none">• Tanda tanda kadar kalium rendah seperti nyeri otot atau kelemahan, kram otot, atau detak jantung yang tidak terasa normal.• Perubahan penglihatan• Meriang• Pusing yang sangat buruk atau pingsan• Perubahan suasana hati (mood)• Kejang• Bicara cadel
--	--	---------------------------	---

3.1.10 Data Fokus

Tabel 3.1.11

Data fokus

Data Subjektif	Data Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan terdapat luka pada kaki. 2. Klien mengatakan tidak nyaman pada kaki nya. 3. Klien mengatakan nyeri pada kaki nya. 4. Klien mengatakan susah beraktifitas. 5. Klien mengatakan luka pada kakinya tercium bau busuk. 6. Klien mengatakan nyeri seperti terbakar. 7. Klien mengatakan nyeri apabila bergerak atau beraktifitas. 8. Klien mengatakan luka dikakinya menyebabkan susah beraktifitas 9. Klien mengatakan badannya lemah 10. Klien mengatakan aktifitasnya di bantu keluarga 11. Klien mengatakan tidak bisa beraktifitas dengan normal 12. Klien mengatakan nafsu makannya kurang 13. Klien mengatakan badannya terasa bertambah kurus 14. Klien mengatakan makan 3 kali sehari porsi yang di makan hanya ½ porsi dengan minum ± 1800cc/hari atau ± 6-8 gelas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak menjaga pergerakan kaki. 2. Klien tampak meringis kesakitan 3. Klien tampak berhati-hati saat bergerak. 4. Klien tampak menahan rasa sakit. 5. Tampak adanya luka pada kaki klien 6. Klien tampak lemah 7. Klien tampak sedikit beraktifitas 8. Aktifitas klien tampak dibantu keluarga 9. Klien tampak menggunakan alat bantu mobilisasi 10. Klien tampak terbaring 11. TTV TD 100/60 mmhg NADI 81x/menit SUHU 37,2°C RR : 20 x/menit 12. Skala nyeri 7 13. Data labor - Leukosit : 12,2 - Gula darah puasa : 342 - Gula darah PP : 416 - HB : 11,2 14. Kondisi luka - Kedalam luka ± 1 cm - Luas luka ± 3 cm

ANALISA DATA

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah
1	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan luka pada kakinya - Klien mengatakan luka pada kakinya berbau busuk - Klien mengatakan luka pada kakinya membuat susah beraktifitas <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak adanya luka pada kaki klien - Luas luka ±3cm dengan kedalaman ±1cm - Klien tampak menjaga pergerakan kaki 	Adanya gangren pada ekstremitas	Gangguan integritas kulit
2	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada luka di kakinya - Klien mengatakan nyeri seperti terbakar <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis kesakitan - Klien tampak menahan rasa sakit - Skala nyeri 7 	Agen Cidera biologi	Nyeri akut
3	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak bisa beraktifitas dengan normal. - Klien mengatakan aktifitasnya di bantu oleh keluarga. <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak terbaring - Klien tampak sedikit 	Luka pada kaki	Gangguan mobilitas fisik

	beraktifitas - Klien tampak berhati hati dalam bergerak		
4	Data subjektif : - Klien mengatakan nafsu makannya menurun - Klien mengatakan badannya terasa bertambah kurus - Klien mengatakan makan 3 kali sehari porsi sedang dengan minum ± 1800cc/hari Data objektif : - Klien tampak tidak nafsu makan - Klien tampak lemah - Porsi makan yang dihabiskan ½ porsi - BB pasien turun dari 73 menjadi 70.	Penurunan nafsu makan	Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi

3.2.1 Diagnose keperawatan

- a. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangren pada ekstremitas
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka pada kaki
- d. Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan.

3.2.1 Intervensi keperawatan

NO	DIAGNOSE KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL NOC	INTERVENSI NIC
1	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangrene pada ekstremitas	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tissue integrity : skin and mucous ❖ Wound healing : primary and secondary intention <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan dalam aktifitas fisik - Perfusi jaringan normal - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Ketebalan dan tekstur jaringan normal - Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka 	<p>NIC :</p> <p>Pressure management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar. - Hindari kerutan pada tempat tidur - Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering - Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali - Monitor kulit akan adanya kemerahan - Monitor kulit akan adanya kemerahan - Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan - Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien - Monitor status nutrisi pasien - Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat <p>Incision site care</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan, memantau dan meningkatkan proses penyembuhan pada luka yang ditutup dengan jahitan, klip atau staples - Monitor proses kesembuhan area insisi - Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi - Bersihkan area sekitar jahitan atau staples,

			<p>menggunakan lidi kapas steril</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan preparat antiseptic, sesuai program - Ganti balutan pada interval waktu yang sesuai atau biarkan luka tetap terbuka (tidak dibalut) sesuai program
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Pain level ❖ Pain control ❖ Comfort level <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri dengan penggunaan teknik relaksasi - Melaporkan bahwa nyeri berkurang - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang - Memperlihatkan kesejahteraan fisik dan psikologi 	<p>Pain management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas - Observasi isyarat ketidaknyamanan non verbal khususnya pada respon nyeri. - Lakukan Teknik pengendalian nyeri - Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri. - Evaluasi pengalaman nyeri masa lalu - Ajarkan teknik non farmakologi (misalnya umpan balik biologis, relaksasi, terapi aktifitas, kompres hangat, masase) - Libatkan pasien dalam modalitas pengurangan nyeri - Kendalikan factor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap nyeri. - Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian analgetik.

3	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Joint Movement : Active ❖ Mobility level ❖ Self care : ADLs ❖ Transfer Performance <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Klien meningkat dalam aktifitas fisik ❖ Mengerti dari tujuan peningkatan mobilitas ❖ Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah ❖ Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker) 	<p>NIC :</p> <p>Exercise Therapy : Ambulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoring vital sign/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan. - Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulansi sesuai dengan kebutuhan - Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera. - Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulansi. - Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi - Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan. - Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps. - Berikan alat bantu jika klien memerlukan - Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.
4	Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nutritional status : food and fluid intake <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mempertahankan massa tubuh dan berat badan normal. ❖ Toleransi terhadap diet yang dianjurkan. ❖ Menyatakan keinginan untuk 	<p>NIC :</p> <p>Fluid Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan catatan intake dan output yang akurat. - Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian. - Monitor status nutrisi. - Dorong masukan oral - Dorong keluarga untuk membantu pasien makan.

		mengikuti diet.	<ul style="list-style-type: none">- Ketahui makanan kesukaan pasien- Memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya.- Tawarkan cemilan yang rendah gula.- Ajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering.- Ajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering.
--	--	-----------------	---

3.2.2 Catatan Perkembangan (implementasi)

Hari pertama

NO	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Jum'at 24 mei 2019 11 : 30	Kerusakan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Adanya Gangren Pada Ekstremitas	<p>Pressure managemen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merapikan tempat tidur. - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. <p>Insision site care</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. - Menggunting jaringan mikrotik. - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan kasa steril. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih sulit beraktifitas karna lukanya - Klien mengatakan kaki masih terasa nyeri. - Klien mengatakan luka masih tercium bau busuk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menjaga aktifitasnya. - Klien tampak meringis menahan sakit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merapikan pada tempat tidur. - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. 	

				<ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. - Menggantung jaringan mikrotik. - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan kasa steril. 	
2		Nyeri Akut Berhubungan Dengan agen cedera biologis	<p>Pain management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas - Melakukan Teknik pengendalian nyeri - Mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam) - Berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian analgetik. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih nyeri pada luka di kaki. - Klien mengatakan nyeri nya seperti terbakar. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis kesakitan menahan nyeri. - Skala nyeri 7. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas - Melakukan Teknik pengendalian 	

				nyeri - Mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam) - Berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian analgetik.	
3		Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka	NIC : Exercise Therapi : Ambulation - Mengkaji Tanda-Tanda Vital Td 110/70 mmhg N 81 x/menit S 37,2°C R 20 x/menit - Mengajarkan pasien tentang teknik ambulansi (gerak) seperti belajar berjalan. dengan bantuan keluarga. - Mengkaji/menanyakan kemampuan pasien dalam mobilisasi seperti bergerak, berjalan atau aktifitas lainnya. - Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi seperti miring kanan atau kekiri.	S : - Klien mengatakan aktifitas masih di bantu keluarga. - Klien mengatakan hanya sedikit beraktifitas. O : - Aktifitas klien tampak masih di bantu keluarga. - Klien tampak banyak berbaring A : - Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Mengkaji Tanda-Tanda Vital Td 110/70 mmhg N 81 x/menit	

				<p>S 37,2°C R 20 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien tentang teknik ambulansi (gerak) seperti belajar berjalan. dengan bantuan keluarga. - Mengkaji/menanyakan kemampuan pasien dalam mobilisasi seperti bergerak, berjalan atau aktifitas lainnya. - Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi seperti miring kanan atau kekiri. 	
	<p>Jum'at 24 mei 2019 11 : 30</p>	<p>Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan</p>	<p>NIC : Fluid Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meminta bantuan kepada keluarga untuk membantu pasien makan. - Memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya supaya klien lekas sehat. - Mengajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nafsu makannya menurun - Klien mengatakan badannya terasa bertambah kurus - Klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi sedang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nafsu makan - Klien tampak lemah - BB pasien mi 70 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi 	

				<p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none">- Meminta bantuan kepada keluarga untuk membantu pasien makan.- Memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya supaya klien lekas sehat.- Mengajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering.	
--	--	--	--	--	--

Hari ke 2

NO	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Sabtu 25 mei 2019 11 : 45	Kerusakan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Adanya Gangren Pada Ekstremitas	Pressure managemen <ul style="list-style-type: none"> - Merapikan tempat tidur. - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. Insision site care <ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. - Menggunting jaringan mikrotik. - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan kasa steril. 	S : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan luka pada kakinya mulai mengering. - Klien mengatakan sudah mencoba melakukan aktifitas ringan - Klien mengatakan bau busuk mulai berkurang. O : <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak melakukan aktifitas ringan - Klien tampak menjaga aktifitasnya. - Klien tampak lebih nyaman. A : <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian P : <ul style="list-style-type: none"> Intervensi dilanjutkan - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan 	

				NaCl 0,9 %.	
				- Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan kasa steril.	
2		Nyeri Akut Berhubungan Dengan agen cedera biologis	<p>Pain management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas - Melakukan Teknik pengendalian nyeri - Mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam) - Berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian analgetik. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih terasa nyeri pada kaki tapi sudah berkurang - Klien mengatakan sudah lebih nyaman. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih rileks - Skala nyeri 5 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas. - Mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam) jika nyeri masih terasa. - Berkolaborasi dengan tenaga 	

				kesehatan lain dalam pemberian analgetik.	
3		Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka	<p>NIC :</p> <p>Exercise Therapi : Ambulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji Tanda-Tanda Vital Td 110/70 mmhg N 81 x/menit S 37,2°C R 20 x/menit - Mengajarkan pasien tentang teknik ambulansi (gerak) seperti belajar berjalan. dengan bantuan keluarga. - Mengkaji/menanyakan kemampuan pasien dalam mobilisasi seperti bergerak, berjalan atau aktifitas lainnya. - Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi seperti miring kanan atau kekiri. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mulai melakukan aktifitas ringan meski meski masih dibantu keluarga dan menggunakan alat bantu. - Klien mengatakan sudah mulai melakukan aktifitas walau hanya aktifitas ringan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mulai beraktifitas menggunakan alat bantu. - Klien tampak beraktifitas ringan. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji Tanda-Tanda Vital Td 110/70 mmhg N 80x/menit S 37°C R 18 x/menit 	

				<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji/menanyakan kemampuan pasien dalam mobilisasi seperti bergerak, berjalan atau aktifitas lainnya. 	
	<p>Jum'at 24 mei 2019 11 : 30</p>	<p>Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan</p>	<p>NIC : Fluid Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meminta bantuan kepada keluarga untuk membantu pasien makan. - Memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya supaya klien lekas sehat. - Mengajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nafsu makannya mulai membaik - Klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi hampir penuh <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah mulai nafsu makan - Klien tampak lebih segar - BB pasien 70 kg <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meminta bantuan kepada keluarga untuk membantu pasien makan. - Mengajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. 	

Hari ke 3

NO	HARI TANGGAL	DIAGNOSA	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Minggu 26 Mei 2019 11 : 45	Kerusakan Integritas Kulit Berhubungan Dengan Adanya Gangren Pada Ekstremitas	Pressure managemen <ul style="list-style-type: none"> - Merapikan tempat tidur. - Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. Insision site care <ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan area luka menggunakan kapas steril. - Membersihkan luka dengan cairan NaCl 0,9 %. - Menggunting jaringan mikrotik. - Mengganti balutan pada luka dengan menggunakan kasa steril. 	S : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan luka pada kakinya mulai mengering. - Klien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas ringan - Klien mengatakan bau busuk berkurang. O : <ul style="list-style-type: none"> - Luka klien tampak kering - Klien tampak melakukan aktifitas ringan - Klien tampak lebih nyaman. A : <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi P : <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan 	
2		Nyeri Akut Berhubungan Dengan agen cidera biologis	Pain management <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, meliputi lokasi, 	S : <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih terasa nyeri pada kaki tapi sudah berkurang. 	

			<p>karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan Teknik pengendalian nyeri - Mengajarkan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam) - Berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian analgetik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah lebih nyaman. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih rileks - Skala nyeri 3 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <p>-</p>	
3		<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka</p>	<p>NIC :</p> <p>Exercise Therapi : Ambulation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji Tanda-Tanda Vital Td 110/70 mmhg N 81 x/menit S 37,2°C R 20 x/menit - Mengajarkan pasien tentang teknik ambulansi (gerak) seperti belajar berjalan. dengan bantuan keluarga. - Mengkaji/menanyakan kemampuan pasien dalam 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan beraktifitas menggunakan alat bantu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mulai beraktifitas menggunakan alat bantu. - Klien tampak beraktifitas ringan. <p>A :</p>	

			<p>mobilisasi seperti bergerak, berjalan atau aktifitas lainnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi seperti miring kanan atau kekiri. 	<ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
	<p>Jum'at 24 mei 2019 11 : 30</p>	<p>Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan</p>	<p>NIC :</p> <p>Fluid Management</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meminta bantuan kepada keluarga untuk membantu pasien makan. - Memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya supaya klien lekas sehat. - Mengajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nafsu makannya sudah mulai normal - Klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi penuh <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah mulai nafsu makan - BB pasien 70 kg <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p> <p>.</p>	

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan melihat apakah asuhan yang telah diberikan pada Ny. R dengan diagnosa medis ulkus diabetikum di ruang penyakit dalam RSUD H. HANAFIE MUARA BUNGO.

Pembahasan ini dibuat berdasarkan teori dan asuhan yang nyata dengan pendekatan proses manajemen keperawatan. Dalam hal ini kami akan membahas melalui tahapan-tahapan proses keparawatan yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

4.1 Pengkajian Data dan Analisa Data Dasar

Menurut Muttaqin (2008) pengkajian adalah tahap awal dari yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian dilakukan pada tanggal 22 Mei 2019 pukul 14.00 WIB, pengkajian dilakukan dengan metode *allowanamnesa* dan *autoanamnesa*, dimulai dari biodata klien, riwayat penyakit, pengkajian pola fungsional kesehatan, pemeriksaan fisik head to toe, dan didukung hasil laboratorium, hasil pemeriksaan penunjang dan terapi pengobatan.

Ny. R bertempat tinggal Di Dusun Candi, Ny R mengatakan sulit untuk berjalan, susah beraktivitas karna kaki kirinya luka. Ny R mengatakan mengalami nyeri dan kebas ketika melakukan aktifitas, kakinya sakit, nyeri yang dialaminya hilang timbul, Keadaan umum klien tampak sedang, kesadaran klien composmentis dengan nilai GCS 15, dan nadi: 81 x/menit, tekanan darah: 110/70 mmHg, suhu: 37,2 °C, serta pernafasan 20x/menit.

Hal diatas, seperti riwayat, manifestasi yang terdapat dan diungkapkan oleh klien sesuai dengann teori yang ada tentang ulkus diabetikum, meski tidak semua dialami oleh klien namun hampir sebagian besar dari teori terdapat dan terjadi pada klien.

Ulkus diabetikum adalah salah satu bentuk komplikasi kronik Diabetes mellitus berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai adanya kematian jaringan setempat. Ulkus diabetikum merupakan luka terbuka pada permukaan kulit karena adanya komplikasi makro angiopati sehingga terjadi vaskuler insusifiensi dan neuropati, yang lebih lanjut terdapa tluka pada penderita yang sering tidak dirasakan, dan dapat berkembang menjadi infeksi disebabkan oleh bakteri aerob maupun anaerob (Windharto,2007).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik yang mencangkup respon klien, keluarga, dan komunitas terhadap suatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan dalam proses keperawatan (Deswani, 2013).

Dalam menegakkan suatu diagnosa atau masalah klien harus berdasarkan pada pendekatan asuhan keperawatan yang didukung dan ditunjang oleh beberapa data, baik data subjektif dan data objektif dari hasil pengkajian dan Diagnosa yang diangkat oleh kelompok tidak semuanya sesuai dengan teori karena kelompok mengangkat diagnosa ini sesuai dengan kondisi klien pada saat dikaji.

Menentukan prioritas masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi dahulu. Prioritas pertama pada kasus Ny. R yaitu kerusakan integritas kulit akibat kerusakan pada jaringan kulit yang berhubungan dengan adanya gangren pada ekstremitas. Disini pada ekstremitas bawah yaitu pada kaki sebelah kiri tepatnya pada telapak kaki.

Diagnosa kedua adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, Nyeri akut akibat proses inflamasi pada daerah kaki yang luka, nyeri yang dialaminya hilang timbul, Skala nyeri 7 nyeri sedang. Ny terlihat meringis kesakitan menahan nyeri.

Diagnose ketiga adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka pada kaki. Ny R merasakan nyeri ketika bergerak ataupun memulai aktifitas sehingga tidak bisa beraktifitas dengan normal dan segala aktifitasnya harus dibantu oleh keluarganya. Ny R tampak hanya bisa terbaring dan berhati-hati ketika akan bergerak.

Diagnose keempat adalah Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan. Ini berdasarkan pengkajian Ny R mengatakan nafsu makan menurun, Ny R mengatakan badannya terasa kurus, Ny R tampak lemah dan pucat.. Ny R makan 3 kali sehari dengan porsi setengah.

4.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan adalah intervensi atau perencanaan keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharap dari klien, dan atau tindakan yang harus

dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan (Deswani, 2011).

Merumuskan rencana tindakan keperawatan adalah kegiatan spesifik untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan dan kriteria hasil, ada tipe rencana tindakan keperawatan yaitu observasi, terapeutik dan nursing treatment, penyuluhan atau pendidikan kesehatan, rujukan atau kolaborasi. Rasional adalah dasar pemikiran atau alasan ilmiah yang mendasari ditetapkan rencana tindakan keperawatan (Rohmah, 2012).

Rencana tindakan keperawatan untuk masalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangren pada ekstremitas, intervensi yang akan melakukan perawatan kulit di area epidermis adalah dengan teknik pressure management seperti menjaga kebersihan kulit, menjaga aktifitas serta tempat tidur. serta menggunakan terapi cairan NaCl 0,9%. Cara membersihkan area luka yaitu dengan kasa yang di basahi dengan NaCl 0,9%. Bersihkan luka secara pelan dah hati-hati, tindakan ini dilakukan saat akan mengganti balutan luka.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUD Kudus pada Oktober 2012 di dapatkan kasus ulkus DM cukup tinggi, yaitu sebanyak 21 orang, data kasus DM pada tahun 2010 masuk peringkat ke 5, tahun 2011 peringkat ke 4 dan pada tahun 2012 masuk peringkat 2. Perawatan lukanya menggunakan cairan NaCl 0,9% untuk mencuci luka dan membalut dengan kasa yang dibasahi. Hasil observasi didapatkan proses kesembuhan luka yang dirawat dengan cairan NaCl 0,9% proses granulasinya cukup lama, pasien mengeluh sakit saat dilakukan ganti balut karena jaringannya kering.

Berdasarkan alasan ini, penulis termotivasi untuk melakukan penelitian tentang efektifitas penggunaan larutan NaCl 0,9 % (Kristiyaningrum dkk, 2013).

Menurut Haris (2009). Pembersihan luka secara klasik menggunakan antiseptic seperti hydrogen peroxide, povidone iodone, acetic acid dan chlorohexadine dapat mengganggu proses penyembuhan dari tubuh karena kandungan antiseptic tersebut tidak hanya membunuh kuman, tetapi juga membunuh leukosit yang dapat membunuh bakteri pathogen dan jaringan fibroblast yang membentuk jaringan kulit baru. Cara yang terbaik untuk membersihkan luka adalah dengan menggunakan cairan saline dan untuk luka yang sangat kotor dapat digunakan water-presure. Cairan NaCl 0,9% juga merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka karena sesuai dengan kandungan garam tubuh.

Rencana untuk masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Intervensi ini mengacu pada pain managemen yaitu penanganan nyeri. Intervensi yang di berikan kepada Ny R berupa mengajarkan teknik pengendalian nyeri berupa teknik non farmakologi seperti relaksasi nafas dalam. Dalam melaksanakan intervensi ini perawat harus melibatkan klien dalam modalitas sehingga terjadi umpan balik yang baik antara perawat dan klien. Selain tindakan keperawatan di lakukan juga kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam pemberian analgetik.

Rencana intervensi untuk masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pada luka dapat di lakukan dengan teknik pengaturan posisi/ ambulance. Teknik ini lebih cenderung untuk membantu aktifitas ringan,

seperti melakukan aktifitas berlebih karena keluarga di tuntut untuk membantu segala aktifitas dari klien.

Rencana intervensi untuk masalah gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan penurunan nafsu makan dapat di lakukan dengan teknik food and fluid intake. Teknik ini lebih cenderung untuk membantu pemenuhan kebutuhan nutrisi klien. Adapun intervensi yang diberikan seperti mengajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, memberikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya, mendorong masukan oral, mendorong keluarga agar membantu memenuhi kebutuhan nutrisi klien. Dan diharapkan akan didapatkan kriteria hasil Mempertahankan massa tubuh dan berat badan normal.

4.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tindakan mandiri maupun kolaborasi yang diberikan perawat kepada klien sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan kriteria hasil yang ingin dicapai (Wahid, 2012).

Pada tanggal 24 Mei 2019 pukul 13.55 WIB dilakukan tindakan untuk diagnosa pertama untuk masalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangren pada ekstremitas, yaitu melakukan perawatan kulit di area epidermis dengan menggunakan terapi cairan NaCl 0,9%. Cara membersihkan area luka yaitu dengan kasa yang di bahasi dengan NaCl 0,9%. Bersihkan luka secara pelan dah hati-hati, tindakan ini dilakukan saat akan mengganti balutan luka. Respon subjektif Ny R mengatakan masih sulit beraktifitas karna lukanya, Ny R mengatakan kaki masih terasa nyeri, Ny R mengatakan luka masih tercium bau busuk mengatakan masih belum nyaman

dan masih kesulitan melakukan aktifitas dan respon objektifnya Ny R tampak menjaga aktifitasnya, Ny R tampak meringis menahan sakit.

Pada tanggal 25 Mei 2019 pukul 13.55 WIB dilakukan tindakan yang kedua kepada klien masih dilakukan dengan melaksanakan tindakan sesuai intervensi yaitu terapi cairan NaCl 0,9%. Selain itu di berikan terapi antibiotic sesuai kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Respon subjektif Ny R mengatakan luka pada kakinya mulai mengering, Ny R mengatakan sudah mencoba melakukan aktifitas ringan, Ny R mengatakan bau busuk mulai berkurang. Sedangkan respon objektif nya Ny R terlihat lebih nyaman.

Pada tanggal 26 Mei 2019 pukul 13.55 WIB dilakukan tindakan yang ketiga setelah dilakukan tindakan-tindakannya sebelumnya klien kini sudah tampak lebih rileks sehingga tindakan hanya berfokus pada pembersihan luka. Respon subjektif Ny R mengatakan sudah bisa beraktifitas ringan sedangkan respon objektif Ny R tampak rileks dan nyaman.

4.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, dengan menggunakan metode SOAP (Wahid, 2012).

Evaluasi hari pertama dari hasil diagnosa keperawatan dari masalah gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya gangren pada ekstremitas tanggal 24 Mei 2019 dengan implementasi yang sudah dilakukan berupa perawatan kulit di area epidermis dengan menggunakan terapi cairan NaCl 0,9%. Cara membersihkan area luka yaitu dengan kasa yang di basahi dengan NaCl 0,9%.

Bersihkan luka secara pelan dan hati-hati, tindakan ini dilakukan saat akan mengganti balutan luka. Adapun Respon subjektif Ny R mengatakan masih sulit beraktifitas karna lukanya, Ny R mengatakan kaki masih terasa nyeri, Ny R mengatakan luka masih tercium bau busuk mengatakan masih belum nyaman dan masih kesulitan melakukan aktifitas dan respon objektifnya Ny R tampak menjaga aktifitasnya, Ny R tampak meringis menahan sakit.

Pada tanggal 25 Mei 2019 di lakukan evaluasi hari kedua kepada klien yang intervansinya masih dilakukan dengan melaksanakan tindakan sesuai intervensi yaitu terapi cairan NaCl 0,9%. Selain itu di berikan terapi antibiotic sesuai kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain. Respon subjektif Ny R mengatakan luka pada kakinya mulai mengering, Ny R mengatakan sudah mencoba melakukan aktifitas ringan, Ny R mengatakan bau busuk mulai berkurang. Sedangkan respon objektif nya Ny R terlihat lebih nyaman.

Pada tanggal 26 Mei 2019 pukul 13.55 WIB dilakukan evaluasi hari yang ketiga setelah dilakukan tindakan-tindakan keperawatan sebelumnya klien kini sudah tampak lebih rileks sehingga tindakan hanya berfokus pada pembersihan luka. Respon subjektif Ny R mengatakan sudah bisa beraktifitas ringan sedangkan respon objektif Ny R tampak rileks dan nyaman dan intervensi dihentikan karena kriteria hasil telah tercapai.

Dari hasil asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan selama 3 hari pada pasien Ny R dengan luka ulkus diabetikum dengan menggunakan cairan NaCl 0,9 % di dapatkan hasil yang baik, dimana luka klien mengalami kesembuhan mencapai 70 persen apabila dilakukan secara komprehensif. Saat dilakukan

asuhan keperawatan selama 3 hari, luka ulkus diabetikum pada kaki klien tampak mulai membaik ditandai dengan luka yang mulai mengering.

Hasil dari penelitian Kristiyaningrum,dkk 2013 yang dilakukan di RSUD Kudus dengan penggunaan NaCl 0,9% untuk perawatan luka pada pasien ulkus diabetikum didapatkan hasil yang biasa saja terhadap kesembuhan luka.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Telah mengetahui dan memahami konsep secara teoritis pada Ny. R dengan ulkus diabetikum diruangan rawat inap penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
2. Telah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.R dengan ulkus diabetikum diruangan rawat inap penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
3. Telah menegakkan menganalisa dan merumuskan diagnosa keperawatan dengan ulkus diabetikum pada Ny. R diruangan rawat inap penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
4. Telah menyusun intervensi keperawatan dengan cairan NaCl 09% pada Ny. R diruangan rawat inap penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
5. Telah mengaplikasikan jurnal dengan ulkus diabetikum pada Ny. R diruangan rawat inap penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
6. Telah menganalisis hasil penggunaan cairan NaCl 09% dengan ulkus diabetikum pada Ny. R diruangan rawat inap penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.
7. Telah melakukan pendokumentasian pada Ny. R diruangan rawat inap penyakit dalam RSUD H. Hanafie Muara Bungo tahun 2019.

5.2 Saran

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan ulkus diabetikum yang dapat diberikan yaitu:

1. Bagi Profesi Keperawatan

Sebaiknya diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang ulkus diabetikum dan prosedur penangan yang efektif melalui pelatihan dan seminar keperawatan pada klien dengan ulkus diabetikum. Dan juga diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada klien ulkus diabetikum melakukan asuhan keperawatan dengan pemantau lebih intensif.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktek dan pembuatan asuhan keperawatan.

3. Bagi RSUD H.Hanafie muaro bungo

Pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan ulkus diabetikum hendaknya perawat memeberikan pembekalan penanganan di rumah supaya keluarga dapat merawat pasien saat pasien sudah pulang seperti mengajarkan perawatan mandiri di rumah.

DAFTAR PUSTAKA

- Aboyans, V. Criqui, M.H. Abraha, P. Allison, M.A. Creager, M.A. Diehm, C. Fowkes, F.G.R. et al. 2012. Measurement and Interpretation of the Ankle – Brachial Index. American Heart Association. Volume 126. 2012: 2890-2909.
- Allison, Michael., & Kaye, Jude. (2008). Strategic Planning for Nonprofit Organizations A Practical Guide for Dynamic Times Third Edition. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc
- Amin Huda, Dkk. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC Dalam Berbagai Kasus*. Edisi Revisi Jilid 2. Jogjakarta : Mediacion Jogja
- Brunner & Suddarth, (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2. Jakarta EGC
- Brunner, & Suddarth. (2016). Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta: EGC.
- Hans Tandra, (2009). *Segala sesuatu yang harus anda ketahui tentang diabetes tanya jawab lengkap dengan ahlinya*. Jakarta : Gramedis Pustaka Utama
- Herdiansyah, Haris. 2009. Metode Penelitian Kualitatif untuk Ilmu-ilmu Sosial. Jakarta: Salemba Humanika.
- Kowalak. 2016. Buku Ajar Patofisiologi. Jakarta: EGC
- Kristiyaningrum, Dkk. (2013). *Efektifitas penggunaan larutan NaCl 0,9% dengan D40 terhadap proses penyembuhan luka ulkus DM di RSUD KUDUS*. Journal Stikes Muhammadiyah Kudus : Jawa Tengah
- Mansjoer, Arif, dkk. 1999. Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta: Fakultas Kedokteran Univ Indonesia.

- Norgren L, Hiatt WR, Dormandy Ja, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR, et al. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease(TASC II). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2007;33(1):S1-S75
- Price, A. Sylvia, Lorraine Mc. Carty Wilson, 2007, *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*, Edisi 6, (terjemahan), Peter Anugrah, EGC, Jakarta.
- Soedarsono, (2016). *Cara Alami Mencegah Dab Mengobati Diabetes*. Surabaya : Stomata
- Soeparman. 2003. *Ilmu Penyakit Dalam*. Universitas Indonesia Press :Jakarta.
- Thomas, A.N.S. 2007. *Tanaman Obat Tradisional*. Yogyakarta.Kanisus.
- Wahid, A. (2014). *dokumen proses keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Windharto, (2007). *Bahaya hipertensi*. Jakarta: PT sunda kelapa pustaka

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : HENDRI
Nim : 1814901633
Pembimbing 1 : Ns. IDA SURYATI, M.Kep
Judul KIA-N : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN PERAWATAN LUKA ULKUS DIABETIKUM DM TIPE II MENGGUNAKAN CAIRAN NaCl 0,9% DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD H.HANAFIE MUARO BUNGO

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	10/07 2019	Perbaik' Bab I, III, IV	HHS
2	15/07 2019	Perbaik' Bab Bab W	HHS
3	19/07 2019	Perbaik' Bab I, III, IV	HHS
4	23/07 2019	Perbaik' Bab I	HHS
5	20/07 2019	acc v/ lepan	HHS

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : HENDRI
 Nim : 1814901633
 Pembimbing : Ns. YENTI YUSNITA.S.kep
 Judul KIA-N : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.R DENGAN PERAWATAN LUKA ULKUS DIABETIKUM DM TIPE II MENGGUNAKAN CAIRAN NaCl 0,9% DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD H.HANAFIE MUARO BUNGO

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	12 / 07 / 2019	- Konsul BAB I, II, III - Perbaiki data, fokus masalah - Perbaiki Bab II Konsep Teori - Perbaiki Penulisan	<i>Yusni</i>
2	17 / 07 / 2019	- Konsul BAB I, II, III - Tambahkan Teori & WOC - Tambahkan Data Labor - Sesuaikan Askep Teoritis - Perbaiki Penulisan	<i>Yusni</i>
3	24 / 07 / 2019	- Konsul BAB III dan IV - Perbaiki Data fokus, Analisa data - Tambahkan 1 Diagnosa - Perbaiki Penulisan	<i>Yusni</i>
4	30 / 07 / 2019	- Perbaiki Bab IV - Konsul BAB V - Tambahkan Daftar Pustaka & Jurnal - Lengkapi semuanya	<i>Yusni</i>
5	01 / 08 / 2019	Acc untuk ujian KIAN	<i>Yusni</i>