

**PENERAPAN *MASASE* MINYAK ZAITUN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS JARINGAN
YANG MENGALAMI ULKUS DIABETIKUM**

Karya Ilmiah Akhir Ners



**PROGRAM PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2017**

**PENERAPAN MASASE MINYAK ZAITUN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS JARINGAN
YANG MENGALAMI ULKUS DIABETIKUM**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

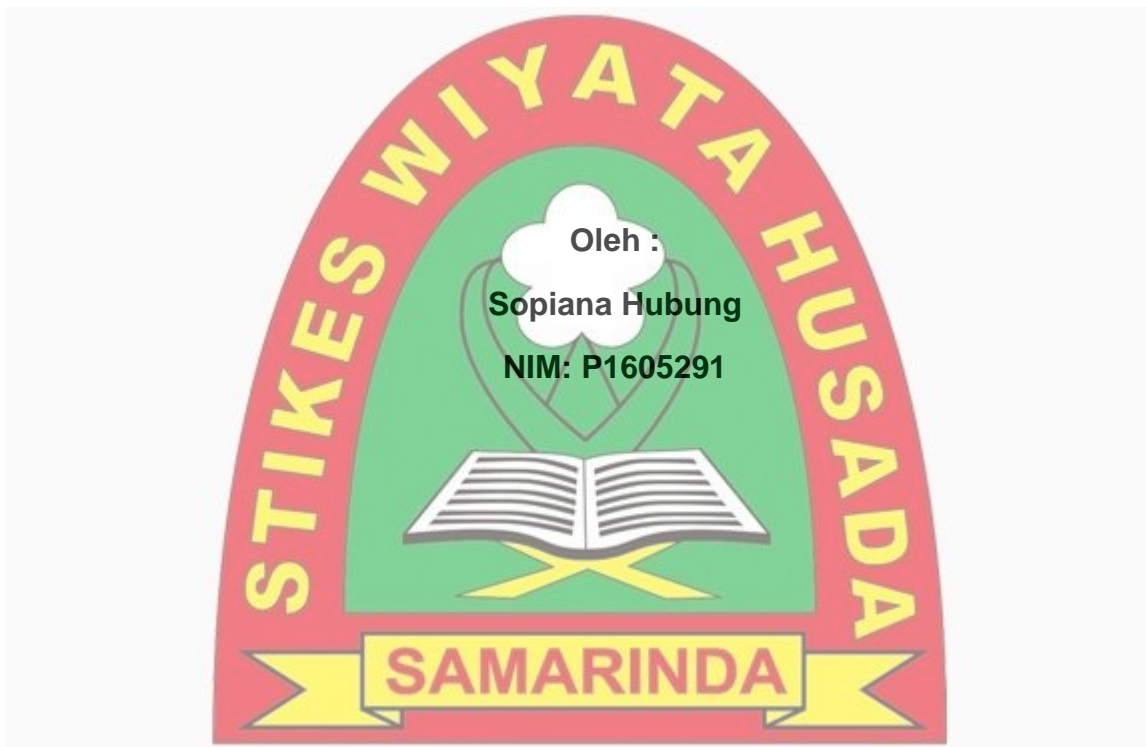
Untuk Memenuhi Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/NS) Pada
Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



**PROGRAM PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2017**

**PENERAPAN *MASASE* MINYAK ZAITUN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS JARINGAN
YANG MENGALAMI ULKUS DIABETIKUM**

Karya Ilmiah Akhir Ners



**PROGRAM PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

PENERAPAN MASASE MINYAK ZAITUN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS JARINGAN
YANG MENGALAMI ULKUS DIABETIKUM

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

SOPIANA HUBUNG

NIM: P.1605.291

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 12 Desember 2017

PENGUJI I

Ns. Basmallah Arla, S.Kep

NIP:198411062015032001

PENGUJI II

Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.83.11.023

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi

Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK:113072.86.14.071

**PENERAPAN MASASE MINYAK ZAITUN DALAM ASUHAN KEPERAWATAN
PADA PASIEN DENGAN KERUSAKAN INTEGRITAS JARINGAN
YANG MENGALAMI ULKUS DIABETIKUM**

Karya Ilmiah Akhir Ners



**PROGRAM PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2017**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sopiana Hubung

NIM : P1605291

Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Penerapan Masase minyak zaitun pada asuhan keperawatan pasien dengan kerusakan integritas jaringan yang mengalami Ulkus Diabetikum

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut



Samarinda, November 2017

Yang membuat pernyataan,

Sopiana Hubung
NIM. P1605291

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Ners dengan judul "Penerapan *Message* Minyak Zaitun Dalam Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kerusakan Integritas Jaringan Dengan Diagnosa Ulkus Diabetikum". Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (NS) STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersama ini perkenalkan peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Mujito Hadi, MM Selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Edy Mulyono, Ns., S. Pd., S. Kep., M. Kep., Selaku ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Rusdi, S. Kep., M. Kep selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Wiyata Husada Samarinda.
4. Ns. Chrisyen Damanik S. Kep., M. Kep. Selaku pembimbing I
5. Ns. Basmallah Arla, S. Kep selaku pembimbing II
6. Petugas perpustakaan yang telah menyediakan buku sumber
7. Pada kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan rasa terima kasih sebesar-besarnya kepada ibu dan ayah selaku orang tua saya yang telah memberikan motivasi dan juga dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan S1 dan Ners keperawatan.
8. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada ibu B yang berada di Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, sehingga penelitian ini dapat terlaksanakan.

9. Penulis juga ingin menyampaikan terima kasih kepada semua teman-teman ners yang memberikan masukan serta dukungan selama masa perkuliahan

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah tidak sengaja peneliti lakukan. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugrahkan kasih sayang nya untuk kita semua. Amin.

Samarinda, 12 November 2017
peneliti

ABSTRAK

Penerapan *Massage* Minyak Zaitun Pada Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Kerusakan Integritas Jaringan Yang Mengalami Diabetes Melitus Tipe II Diruang Anggrek Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2017

Sopiana Hubung¹, Chrisyen Damanik², Basmallah Arla³

¹Mahasiswa Ilmu Keperawatan

²Dosen Ilmu Keperawatan

³pembimbing Klinik

STIKES Wiyata Husada Samarinda

E-mail: irenjuusopiana@gmail.com

Latar Belakang: Diabetes mellitus merupakan gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif, yang akan mengakibatkan terjadinya peningkatan kadar glukosa dalam darah (*hiperglikemia*) Ulkus kaki diabetes (UKD) adalah salah satu masalah komplikasi yang serius pada pasien dengan diabetes mellitus. Angka kejadian ulkus pada kaki klien diabetes mellitus mencapai 4% dan 10 % dengan masa harapan hidup 25%.

Kerusakan Integritas Jaringan pada diabetes mellitus tipe II: Kerusakan Integritas Jaringan merupakan Cedera pada membrane mukosa, kornea, system integument, fascia muscular, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligament (NANDA, 2017)

Tujuan: menganalisa penerapan *massage* minyak zaitun pada asuhan keperawatan pasien dengan kerusakan integritas jaringan yang mengalami diabetes mellitus tipe II diruang Anggrek Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Intervensi: Asuhan Keperawatan penerapan *massage* minyak zaitun pada asuhan keperawatan pasien dengan kerusakan integritas jaringan yang mengalami diabetes mellitus tipe II.

Hasil: penerapan *massage* minyak zaitun pada asuhan keperawatan pasien dengan kerusakan integritas jaringan yang mengalami diabetes mellitus tipe II menunjukkan perubahan penurunan terjadinya peradangan dan membuat kulit klien menjadi lembab.

Kesimpulan: penerapan *massage* minyak zaitun pada asuhan keperawatan pasien dengan kerusakan integritas jaringan yang mengalami diabetes mellitus tipe II mampu menurunkan terjadinya peradangan dan membuat kulit klien menjadi lembab.

Kata kunci : Diabetes Melitus Tipe II, Kerusakan Integritas Jaringan, Minyak Zaitun.

¹Mahasiswa STIKES Wiyata Husada Samarinda

² Dosen pembimbing STIKES Wiyata Husada Samarinda

³ Pembimbing Klinik Rumah Sakit Abdul Wahab Sjahranie

DAFTAR ISI

| | Hal |
|---|-----------|
| Halaman Judul | |
| Lembar Pengesahan..... | ii |
| Lembar Pernyataan keaslian | iii |
| Kata Pengantar..... | iv |
| Abstrak..... | v |
| Daftar Isi..... | vi |
| Daftar Tabel..... | vii |
| Daftar Gambar..... | viii |
| Daftar Lampiran | ix |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 3 |
| C. Tujuan..... | 4 |
| 1. Tujuan umum | 4 |
| 2. Tujuan khusus..... | 4 |
| D. Manfaat..... | 4 |
| 1. Manfaat teoritis..... | 4 |
| 2. Manfaat aplikatif..... | 5 |
| 3. Manfaat bagi penulis..... | 5 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 6 |
| A. Konsep dan Teori Kerusakan Integritas Jaringan..... | 6 |
| B. Konsep Askep Kerusakan Integritas Jaringan..... | 23 |
| C. Kerusakan Integritas Jaringan pada ulkus diabetikum..... | 23 |
| D. Manajemen Askep | 24 |
| E. Inovasi Massage minyak zaitun..... | 32 |
| BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA | 35 |
| A. Pengkajian | 35 |

| | |
|----------------------------------|----|
| B. Diagnosa Keperawatan | 36 |
| C. Implementasi Keperawatan..... | 37 |
| D. Evaluasi Keperawatan..... | 38 |

BAB IV ANALISIS SITUASI

| | |
|---|----|
| A. Analisis masalah keperawatan | 41 |
| B. Analisis masalah intervensi..... | 44 |
| C. Alternatif Pemecahan Masalah/Intervensi..... | 46 |

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

| | |
|--------------------|----|
| A. Kesimpulan..... | 48 |
| B. Saran..... | 49 |

| | |
|----------------------------|--|
| Daftar Pustaka | |
| Lampiran | |
| Daftar Riwayat Hidup | |



DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2.1 Komplikasi Jangka Panjang Dari Diabetes Melitus Tipe II..... | 17 |
| Tabel 3.1 evaluasi..... | 39 |



DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi..... | 7 |
| Gambar 2.2 luka nefrotik | 18 |
| Gambar 2.3 kaki normal | 19 |
| Gambar 2.4 kaki dengan resiko tinggi | 19 |
| Gambar 2.5 kaki dengan luka terbuka | 19 |
| Gambar 2.6 kaki dengan luka infeksi | 20 |
| Gambar 2.7 kaki dengan luka terbuka | 20 |
| Gambar 2.8 kaki dengan luka terbuka tidak diselamatkan | 20 |
| Gambar 2.9 kaki dengan kalkus | 21 |



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 POA
- Lampiran 2 *Pathway*
- Lampiran 3 Laporan Asuhan Keperawatan
- Lampiran 4 lembar konsultasi pembimbing 1
- Lampiran 5 lembar konsultasi pembimbing 2



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Jumlah penduduk perkotaan cenderung meningkat setiap tahunnya. PBB (2014) menyatakan jumlah penduduk perkotaan didunia sudah mencapai 54 % dan pada tahun 2030 diperkirakan akan meningkat menjadi 66% dari jumlah seluruh penduduk dunia (*united nationons, 2014*). Jumlah penduduk di indonesia pun cenderung meningkat dari tahun 2000 yang berjumlah 206.264.595 menjadi 237.641.326 jiwa pada tahun 2010, (badan pusat statistik, 2014), presentase penduduk perkotaan di indonesia cenderung meningkat dari 49,8% pada tahun 2010, menjadi 53,3% pada tahun 2015, dan pada tahun 2035 diperkirakan akan meningkat menjadi 66,6 %. Hal ini sejalan dengan peningkatan jumlah penduduk perkotan di daerah Kalimantan Timur 63,2 % pada tahun 2010, pada tahun 2015 menjadi 66,0 %, tahun 2020 diperkirakan akan meningkat mencapai 68,9 %. Data-data tersebut menggambarkan bahwa jumlah penduduk perkotaan didunia termasuk indonesia khususnya daerah Kalimantan Timur cenderung meningkat.

Peningkatan jumlah penduduk perkotaan tersebut cenderung berdampak pada semakin banyaknya masalah yang terjadi didalamnya. WHO (2010) menyebutkan urbanisasi merupakan salah satu tren global terkemuka abad 21 yang memiliki dampak signifikan pada kesehatan. WHO (2010) menyatakan, masalah kesehatan yang sering terjadi pada masyarakat perkotaan yaitu penyakit tidak menular, akibat diet tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, penyakit diabetes mellitus merupakan salah satu penyakit yang lazim terjadi pada masyarakat perkotaan.

Diabetes mellitus merupakan gangguan metabolik menahun akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif, yang akan mengakibatkan terjadinya peningkatan kadar glukosa dalam darah (*hiperglikemia*) (Depkes 2014). Jumlah penderita diabetes mellitus pada tahun 2007 sebesar 1,1% (Depkes 2008), tahun 2013 jumlah penderita diabetes mellitus didunia sebanyak 382 juta jiwa (Depkes 2014), diperkirakan tahun 2035 jumlah

penderita diabetes mellitus meningkat menjadi 592 juta jiwa diantaranya belum terdiagnosis, sehingga keadaan ini dapat mengancam penyakit tersebut berkembang progresif. Diabetes dialami oleh 16 juta jiwa di Amerika Serikat pengobatan difokuskan pada penatalaksanaan kadar glukosa darah, pemberian insulin, dan atau agens hipoglikemik oral, penatalaksanaan diet kontrol terhadap berat badan dan pengaturan aktivitas (Marreli, 2008).

Adapun yang menjadi penyebab terjadinya kerusakan integritas jaringan pada pasien dengan diabetes mellitus adalah infeksi akibat adanya glukosa darah yang tinggi karena merupakan media pertumbuhan bakteri yang subur. Bakteri yang terdapat pada ulkus merupakan gabungan dari bakteri aerob dan anaerob. Anggriawan (2014) meneliti adanya bakteri pada kultur pus diabetes yaitu *enterobacter sp.* (10,71%), *Staphylococcus aureus* (17,85%), *salmonella sp.* (82,15%), dan *pseudomonas sp.* (17,86%).

Angka kejadian ulkus pada kaki klien diabetes melitus mencapai 4% dan 10 % dengan masa harapan hidup 25%, penderita diabetes sebanyak 20% dengan komplikasi ulkus mengalami perluasan infeksi, gangren, amputasi dan kematian. Masalah lain adalah penyembuhan luka lama yang kemungkinan akan berakhir dengan amputasi, hal ini akan mempengaruhi pada kualitas hidup serta meningkatnya angka kematian, faktor penting dari masalah tersebut adalah lamanya penyembuhan luka, maka dari itu teknik perawatan luka dan pengobatan yang tepat untuk mempercepat penyembuhan luka (Yotsua, 2014).

Intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ulkus diabetikum sesuai dengan *Nursing Intervention Classification* (NIC) (2017) diantaranya: perawatan luka tidak sembuh. Tujuan yang harus dicapai sesuai dengan *Nursing Outcome Classification* (NOC) adalah penyembuhan luka: sekunder, pada pasien yang mengalami ulkus diabetikum dapat dilakukan intervensi sesuai dengan *Nursing Intervention Classification* (NIC) diantaranya: pemberian control nyeri, irigasi luka bersihkan ulkus, menjaga integritas kulit adalah menjaga hidrasi kulit dalam batas wajar (tidak terlalu lembab atau kering). *Registered nurse association of ontario* (RNAO) (2005), salah satu intervensi dalam menjaga integritas kulit adalah dengan cara memberikan pelembab lubrik seperti *lotion*, Krem dan saleb rendah alkohol. Integritas kulit yang normal dapat dipertahankan dengan memberikan minyak zaitun.

Minyak zaitun mengandung asam lemak yang dapat memelihara kelembapan, kelenturan, serta kehalusan kulit, dan juga dapat mengurangi peradangan pada luka diabetes (Khadijah, 2008). Minyak zaitun dengan kandungan asam oleat hingga 80% dapat mengenyalkan kulit dan melindungi elastisitas kulit dari kerusakan (Surtiningsih, 2005). minyak zaitun dapat membantu dalam perawatan luka yang dilakukan dengan *massase* untuk mencegah terjadi kerusakan integritas kulit dan juga dapat membantu mengurangi terjadinya peradangan pada ulkus, jika *Masasse* minyak zaitun ini dilakukan secara teratur maka dapat mengurangi gejala dan tingkat keparahan ulkus diabetikum, hal ini didukung oleh penelitian Yolanda (2013) Minyak zaitun berupa metode perawatan luka yang dilakukan pada pasien dengan tirah baring lama yang mengalami ulkus diabetikum.

Dari studi pendahuluan yang dilakukan dari tanggal 13 November 2017, di dapatkan 6 orang yang mengalami diabetes mellitus dan mendapatkan insulin, dari 6 orang yang mengalami diabetes mellitus terdapat 2 orang yang mengalami kerusakan integritas jaringan yaitu luka dibagian kaki yang sudah mengalami infeksi, salah satu dari pasien tersebut terdapat 1 orang yang disarankan untuk amputasi karena infeksi sudah menyebar ke tulang, akan tetapi klien tidak setuju apabila kakinya diamputasi, klien berupaya untuk dilakukan perawatan luka.

Berdasarkan masalah tersebut maka penulis tertarik untuk melakukan penerapan minyak zaitun untuk mengurangi terjadinya peradangan pada pasien yang mengalami Ulkus Diabetikum yang mengalami infeksi.

B. Rumusan Masalah

Pada pasien dengan ulkus diabetikum, 50% akan mengalami infeksi akibat adanya glukosa darah yang tinggi karena merupakan media pertumbuhan bakteri yang subur. Bakteri yang terdapat pada ulkus merupakan gabungan dari bakteri aerob dan anaerob. Upaya untuk mencegah peradangan semakin memburuk dengan menjaga Integritas kulit yang normal, dapat dipertahankan dengan memberikan minyak zaitun. Minyak zaitun mengandung asam lemak yang dapat memelihara kelembapan, kelenturan, serta kehalusan

kulit (Khadijah, 2008). Minyak zaitun dengan kandungan asam oleat hingga 80% dapat mengenyalkan kulit

dan melindungi elastisitas kulit dari kerusakan dan dapat mengurangi terjadinya peradangan. Berdasarkan masalah tersebut maka penulis merumuskan apakah Penerapan *Masassage* minyak zaitun dapat menurunkan terjadinya Kerusakan Integritas jaringan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi penerapan *massage* Minyak Zaitun Dalam Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem Endokrin yang mengalami masalah pada Kerusakan Integritas Jaringan di ruang Anggrek RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.

2. Tujuan Khusus

Diharapkan dari penyusunan Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan pasien dengan gangguan sistem Endokrin dengan diagnosa medis Ulkus Diabetikum, penulis akan mendapatkan pengalaman yang jelas dan nyata serta mampu melakukan :

- a. Pengkajian keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum.
- b. Perumusan diagnosa keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum Perencanaan keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum.
- c. Implementasi keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum Evaluasi keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum.
- d. Pendokumentasian proses keperawatan pada Pasien dengan Ulkus Diabetikum.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat Teoritis

Diharapkan penulisan ini dapat menjadi landasan dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan, serta menjadi acuan penatalaksanaan dari Perawatan Luka yang dapat dilakukan pada pasien Diabetes Melitus Tipe

II yang mengalami masalah pada gangguan Kerusakan Integritas Jaringan.

2. Manfaat Aplikatif

Karya tulis ini diharapkan dapat bermanfaat bagi perawat sebagai pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan medical bedah pada pasien dengan Diabetes Melitus Tipe II. Selain itu, dapat bermanfaat pula bagi pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah Diabetes Melitus Tipe II

3. Manfaat Bagi Penulis Lain

Karya tulis ini dapat dijadikan sebagai bahan rujukan untuk penulisan karya tulis ilmiah selanjutnya pada area keperawatan medical bedah atau terkait dengan masalah perawatan luka pada klien dengan diabetes mellitus Tipe II.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dan teori kerusakan integritas jaringan

1. Anatomi fisiologi pankreas

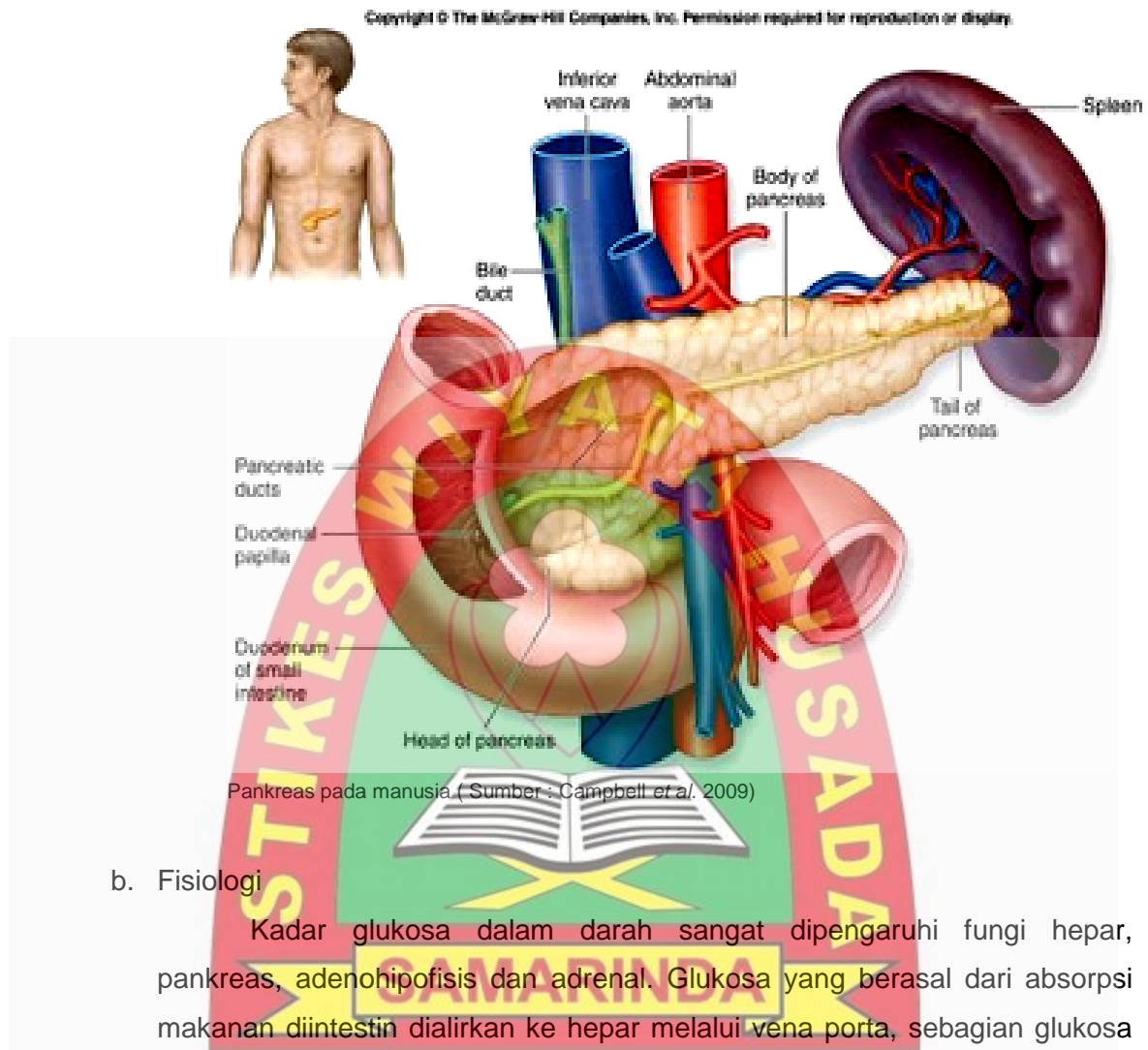
a. Anatomi

Pankreas merupakan sekumpulan kelenjar yang panjangnya kira-kira 15 cm, lebar 5 cm, mulai dari duodenum sampai ke limpa dan beratnya rata-rata 60-90 gram. Terbantang pada vertebrata lumbalis 1 dan 2 di belakang lambung. Pankreas juga merupakan kelenjar endokrin terbesar yang terdapat didalam tubuh baik hewan maupun manusia. Bagian depan (kepala) kelenjar pancreas terletak pada lekukan yang dibentuk oleh duodenum dan bagian pylorus dari lambung. Bagian badan yang merupakan bagian utama dari organ ini merentang ke arah limpa dengan bagian

Ekornya menyentuh atau terletak pada alat ini. Dari segi perkembangan embriologis, kelenjar pancreas terbentuk dari Epitel yang berasal dari lapisan epitel yang membentuk usus (Tambayong, 2001). Fungsi pankreas ada 2 yaitu :

- 1) Fungsi eksorin yaitu membentuk getah pancreas yang berisi enzim dan elektrolit.
- 2) Fungsi endokrin yaitu sekelompok kecil atau pulau langerhans, yang bersama-sama membentuk organ endokrin yang mensekresikan insulin. Pulau langerhans manusia mengandung tiga jenis sel utama, yaitu :
 - a) Sel-sel A (alpha) jumlahnya sekitar 20-40 %; memproduksi glucagon yang menjadi faktor hiperglikemik, suatu hormon yang mempunyai "anti insulin *like activity*".
 - b) Sel-sel B (beta), jumlahnya sekitar 60-80 %, membuat insulin.
 - c) Sel-sel D (delta), jumlahnya sekitar 5-15 %, membuat somatostatin yang menghambat pelepasan insulin dan glukagon . (Tambayong, 2001).

Gambar 2.1
Anatomi Pankreas



b. Fisiologi

Kadar glukosa dalam darah sangat dipengaruhi fungsi hepar, pankreas, adenohipofisis dan adrenal. Glukosa yang berasal dari absorpsi makanan diintestin dialirkan ke hepar melalui vena porta, sebagian glukosa akan disimpan sebagai glikogen. Pada saat ini kadar glukosa di vena porta lebih tinggi dari pada vena hepatica, setelah absorpsi selesai glikogen hepar dipecah lagi menjadi glukosa, sehingga kadar glukosa di vena hepatica lebih tinggi dari vena porta. Jadi hepar berperan sebagai glukostat. Pada keadaan normal glikogen di hepar cukup untuk mempertahankan kadar glukosa dalam beberapa hari, tetapi bila fungsi hepar terganggu akan mudah terjadi hipoglikemi atau hiperglikemi. Sedangkan peran insulin dan glukagon sangat penting pada metabolisme karbohidrat. Glukagon menyebabkan glikogenolisis dengan merangsang adenilsiklase, enzim yang

dibutuhkan untuk mengaktifkan fosforilase. Enzim fosforilase penting untuk glikogenolisis. Bila cadangan glikogen hepar menurun maka glukoneogenesis akan lebih aktif.

Jumlah glukosa yang diambil dan dilepaskan oleh hati dan yang dipergunakan oleh jaringan perifer tergantung dari keseimbangan Fisiologis beberapa hormon antara lain :

1) Hormon yang dapat merendahkan kadar gula darah yaitu insulin Kerja insulin yaitu merupakan hormone yang menurunkan glukosa darah dengan cara membantu glukosa darah masuk kedalam sel.

2) Glukagon yang disekresi oleh sel alfa pulau langerhans.

3) Epinefrin yang disekresi oleh medula adrenal dan jaringan kromafin.

4) Glukokortikoid yang disekresikan oleh korteks adrenal.

5) Growth hormone yang disekresi oleh kelenjar hipofisis anterior. Glukogen, epineprin, glukokortikoid, dan growth hormone membentuk suatu mekanisme counter-regulator yang mencegah timbulnya hipoglikemia akibat pengaruh insulin.

c. Fisiologi Insulin :

Hubungan yang erat antara berbagai jenis sel dipulau langerhans menyebabkan timbulnya pengaturan secara langsung sekresi beberapa jenis hormone lainnya, contohnya insulin menghambat sekresi glukagon, somatostatin menghambat sekresi glukagon dan insulin.

Pankreas menghasilkan :

1) Garam NaHCO_3 membuat suasana basa.

2) Karbohidrase menjadi amilase diubah menjadi amilum membentuk maltosa.

3) Dikarbohidrase menjadi a.maltase diubah maltosa terbentuknya 2 glukosa.

4) Sukrase ubah sukrosa menjadi 1 glukosa ditambah 1 fruktosa.

5) Laktase ubah laktosa menjadi 1 glukosa ditambah 1 galaktosa.

6) lipase mengubah lipid menjadi asam lemak ditambah gliserol.

7) enzim entrokinase mengubah tripsinogen menjadi tripsin dan ubah pepton menjadi asam amino

d. Pulau Langerhans

Kepulauan Langerhans Membentuk organ endokrin yang menyekresikan insulin, yaitu sebuah hormon antidiabetika, yang diberikan dalam pengobatan diabetes. Insulin ialah sebuah protein yang dapat turut dicernakan oleh enzim-enzim pencerna protein dan karena itu tidak diberikan melalui mulut melainkan dengan suntikan subkutan. Insulin mengendalikan kadar glukosa dan bila digunakan sebagian pengobatan dalam hal kekurangan seperti pada diabetes, ia memperbaiki kemampuan sel tubuh untuk mengasorpsi dan menggunakan glukosa dan lemak. Pada pankreas paling sedikit terdapat empat peptida dengan aktivitas hormonal yang disekresikan oleh pulau-pulau (islets) Langerhans. Dua dari hormon-hormon tersebut, insulin dan glukagon memiliki fungsi penting dalam pengaturan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Hormon ketiga, somatostatin berperan dalam pengaturan sekresi sel pulau, dan yang keempat polipeptida pankreas berperan pada fungsi saluran cerna.

e. Hormon Insulin

Insulin merupakan protein kecil, terdiri dari dua rantai asam amino yang satu sama lainnya dihubungkan oleh ikatan disulfida. Bila kedua rantai asam amino dipisahkan, maka aktivitas fungsional dari insulin akan hilang. Translasi RNA insulin oleh ribosom yang melekat pada retikulum endoplasma membentuk preprohormon insulin, melekat erat pada retikulum endoplasma, membentuk proinsulin, melekat erat pada alat golgi, membentuk insulin, terbungkus granula sekretorik dan sekitar seperenam lainnya tetap menjadi proinsulin yang tidak mempunyai aktivitas insulin. Insulin dalam darah beredar dalam bentuk yang tidak terikat dan memiliki waktu paruh 6 menit. Dalam waktu 10 sampai 15 menit akan dibersihkan dari sirkulasi. Kecuali sebagian insulin yang berikatan dengan reseptor yang ada pada sel target, sisa insulin didegradasi oleh enzim insulinase dalam hati, ginjal, otot, dan dalam jaringan yang lain.

Reseptor insulin merupakan kombinasi dari empat subunit yang saling berikatan bersama oleh ikatan disulfide, 2 subunit alfa (terletak seluruhnya di luar membran sel) dan 2 subunit beta (menembus membran, menonjol ke dalam sitoplasma). Insulin berikatan dengan subunit alfa,

subunit beta mengalami autofosforilasi, protein kinase, fosforilasi dari banyak enzim intraselular lainnya. Insulin bersifat anabolik, meningkatkan simpanan glukosa, asam-asam lemak, dan asam-asam amino. Glukagon bersifat katabolik, memobilisasi glukosa, asam-asam lemak, dan asam-asam amino dari penyimpanan ke dalam aliran darah. Kedua hormon ini bersifat berlawanan dalam efek keseluruhannya dan pada sebagian besar keadaan disekresikan secara timbal balik. Insulin yang berlebihan menyebabkan hipoglikemia, yang menimbulkan kejang dan koma. Defisiensi insulin baik absolut maupun relatif, menyebabkan diabetes melitus, suatu penyakit kompleks yang bila tidak diobati dapat mematikan. Defisiensi glukagon dapat menimbulkan hipoglikemia, dan kelebihan glukagon menyebabkan diabetes memburuk. Produksi somatostatin yang berlebihan oleh pankreas menyebabkan hiperglikemia dan manifestasi diabetes lainnya.

f. Sintesis Insulin

Insulin disintesis oleh sel-sel beta, terutama ditranslasikan ribosom yang melekat pada retikulum endoplasma (mirip sintesis protein) dan menghasilkan proprohormon insulin dengan berat molekul sekitar 11.500. Kemudian proprohormon diarahkan oleh rangkaian "pemandu" yang bersifat hidrofobik dan mengandung 23 asam amino ke dalam sisterna retikulu endoplasma.

g. Struktur kovalen insulin manusia

Di retikulum endoplasma, proprohormon ini dirubah menjadi proinsulin dengan berat molekul kira-kira 9000 dan dikeluarkan dari retikulum endoplasma. Molekul proinsulin diangkut ke aparatus golgi, di sini proteolisis serta pengemasan ke dalam granul sekretorik dimulai. Di aparatus golgi, proinsulin yang semua tersusun oleh rantai B—peptida (C) penghubung—rantai A, akan dipisahkan oleh enzim mirip tripsin dan enzim mirip karboksipeptidase. Pemisahan itu akan menghasilkan insulin heterodimer (AB) dan C peptida. Peptida-C dengan jumlah ekuimolar tetap terdapat dalam granul, tetapi tidak mempunyai aktivitas biologik yang diketahui.

h. Sekresi Insulin

Sekresi insulin merupakan proses yang memerlukan energi dengan melibatkan sistem mikrotubulus-mikrofilamen dalam sel B pada pulau Langerhans. Sejumlah kondisi intermediet turut membantu pelepasan insulin:

- 1) Glukosa: apabila kadar glukosa darah melewati ambang batas normal-yaitu 80-100 mg/dL-maka insulin akan dikeluarkan dan akan mencapai kerja maksimal pada kadar glukosa 300-500 mg/dL.
- 2) Dalam waktu 3 sampai 5 menit sesudah terjadi peningkatan segera kadar glukosa darah, insulin meningkat sampai hampir 10 kali lipat. Keadaan ini disebabkan oleh pengeluaran insulin yang sudah terbentuk lebih dahulu oleh sel beta pulau langerhans pancreas. Akan tetapi, kecepatan sekresi awal yang tinggi ini tidak dapat dipertahankan, sebaliknya, dalam waktu 5 sampai 10 menit kemudian kecepatan sekresi insulin akan berkurang sampai kira-kira setengah dari kadar normal.
- 3) Kira-kira 15 menit kemudian, sekresi insulin meningkat untuk kedua kalinya, sehingga dalam waktu 2 sampai 3 jam akan mencapai gambaran seperti dataran yang baru, biasanya pada saat ini kecepatan sekresinya bahkan lebih besar daripada kecepatan sekresi pada tahap awal. Sekresi ini disebabkan oleh adanya tambahan pelepasan insulin yang sudah lebih dahulu terbentuk dan oleh adanya aktivasi system enzim yang mensintesis dan melepaskan insulin baru dari sel.
- 4) Naiknya sekresi insulin akibat stimulus glukosa menyebabkan meningkatnya kecepatan dan sekresi secara dramatis. Selanjutnya, penghentian sekresi insulin hampir sama cepatnya, terjadi dalam waktu 3 sampai 5 menit setelah pengurangan konsentrasi glukosa kembali ke kadar puasa.
- 5) Peningkatan glukosa darah meningkatkan sekresi insulin dan insulin selanjutnya meningkatkan transport glukosa ke dalam hati, otot, dan sel lain, sehingga mengurangi konsentrasi glukosa darah kembali ke nilai normal. Insulin dilepaskan pada suatu kadar batas oleh sel-sel beta pulau langerhans. Rangsangan utama pelepasan insulin diatas kadar basal adalah peningkatan kadar glukosa darah. Kadar glukosa darah puasa dalam keadaan normal adalah 80-90 mg/dl. Insulin bekerja dengan cara

berkaitan dengan reseptor insulin dan setelah berikatan, insulin bekerja melalui perantara kedua untuk menyebabkan peningkatan transportasi glukosa ke dalam sel dan dapat segera digunakan untuk menghasilkan energi atau dapat disimpan di dalam hati.

2. Diabetes Melitus Tipe II

a. Pengertian Penyakit Diabetes tipe 2

Diabetes mellitus tipe 2 (bahasa Inggris: *adult-onset diabetes, obesity-related diabetes, non-insulin-dependent diabetes mellitus, NIDDM*) merupakan tipe diabetes mellitus yang terjadi bukan disebabkan oleh rasio insulin di dalam sirkulasi darah, melainkan merupakan kelainan metabolisme yang disebabkan oleh mutasi pada banyak gen, termasuk yang mengekspresikan disfungsi sel β , gangguan sekresi hormon insulin, resistansi sel terhadap insulin yang disebabkan oleh disfungsi GLUT10 dengan kofaktor hormon resistin yang menyebabkan sel jaringan, terutama pada hati menjadi kurang peka terhadap insulin serta RBP4 yang menekan penyerapan glukosa oleh otot lurik namun meningkatkan sekresi gula darah oleh hati. Ada beberapa teori yang menyebutkan penyebab pasti dan mekanisme terjadinya resistensi ini, namun obesitas sentral diketahui sebagai faktor predisposisi terjadinya resistensi terhadap insulin, dalam kaitan dengan pengeluaran dari adipokines (suatu kelompok hormon) itu merusak toleransi glukosa.

b. Tanda dan gejala Diabetes Mellitus Tipe II

Tanda awal yang dapat diketahui bahwa seseorang menderita DM atau kencing manis yaitu dilihat langsung dari efek peningkatan kadar gula darah, dimana peningkatan kadar gula dalam darah mencapai nilai 160-180mg/dL dan air seni (urine) penderita kencing manis yang mengandung gula (glucose), sehingga urine sering dilebung atau dikerubuti semut. Penderita kencing manis umumnya menampakkan tanda dan gejala dibawah ini meskipun tidak semua dialami oleh penderita :

- a. Jumlah urine yang dikeluarkan lebih banyak (Polyuria)
- b. Sering atau cepat merasa haus/dahaga (Polydipsia)
- c. Lapar yang berlebihan atau makan banyak (Polyphagia)

- d. Frekuensi urine meningkat/kencing terus (Glycosuria)
- e. Kehilangan berat badan yang tidak jelas sebabnya
- f. Kesemutan/mati rasa pada ujung syaraf ditelapak tangan & kaki
- g. Cepat lelah dan lemah setiap waktu
- h. Mengalami rabun penglihatan secara tiba-tiba
- i. Apabila luka/tergores (korengan) lambat penyembuhannya
- j. Mudah terkena infeksi terutama pada kulit.

c. Faktor penyebab Diabetes Militus Tipe II

Penyakit diabetes bisa disebabkan oleh beberapa faktor pemicu,diantaranya:

1) Pola makan

Makan secara berlebihan dan melebihi jumlah kadar kalori yang dibutuhkan oleh tubuh dapat memacu timbulnya diabetes mellitus. konsumsi makan yang berlebihan dan tidak diimbangi dengan sekresi insulin dalam jumlah yang memadai dapat menyebabkan kadar gula dalam darah meningkat dan pastinya akan menyebabkan diabetes melitus.

2) Obesitas (kegemukan)

Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90 kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena penyakit diabetes militus. Sembilan dari sepuluh orang gemuk berpotensi untuk terserang diabetes mellitus.

3) Faktor genetis

Diabetes mellitus dapat diwariskan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab diabetes mellitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya menderita diabetes mellitus. Pewarisan gen ini dapat sampai ke cucunya bahkan cicit walaupun resikonya sangat kecil.

4) Bahan-bahan kimia dan obat-obatan

Bahan-bahan kimia dapat mengiritasi pankreas yang menyebabkan radang pankreas, radang pada pankreas akan mengakibatkan fungsi pankreas menurun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin.

Segala jenis residu obat yang terakumulasi dalam waktu yang lama dapat mengiritasi pankreas.

5) Penyakit dan infeksi pada pancreas

Infeksi mikroorganisme dan virus pada pankreas juga dapat menyebabkan radang pankreas yang otomatis akan menyebabkan fungsi pankreas turun sehingga tidak ada sekresi hormon-hormon untuk proses metabolisme tubuh termasuk insulin. Penyakit seperti kolesterol tinggi dan dislipidemia dapat meningkatkan resiko terkena diabetes.

6) Pola hidup

Pola hidup juga sangat mempengaruhi faktor penyebab diabetes mellitus. Jika orang malas berolah raga memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena penyakit diabetes mellitus karena olah raga berfungsi untuk membakar kalori yang berlebihan di dalam tubuh. Kalori yang tertimbun di dalam tubuh merupakan faktor utama penyebab diabetes mellitus selain disfungsi pankreas. Badan Kesehatan Dunia (WHO) mengatakan, kasus diabetes di negara-negara Asia akan naik hingga 90 persen dalam 20 tahun ke depan. "Dalam 10 tahun belakangan, jumlah penderita diabetes di Hanoi, Vietnam, berlipat ganda. Sebabnya? Di kota ini, masyarakatnya lebih memilih naik motor dibanding bersepeda," kata Dr Gauden Galea, Penasihat WHO untuk Penyakit Tidak Menular di Kawasan Pasifik Barat. Kesimpulannya, mereka yang sedikit aktivitas fisik memiliki risiko obesitas lebih tinggi dibanding mereka yang rajin bersepeda, jalan kaki, atau aktivitas lainnya.

7) Teh manis

Penjelasannya sederhana. Tingginya asupan gula menyebabkan kadar gula darah melonjak tinggi. Belum risiko kelebihan kalori. Segelas teh manis kira-kira mengandung 250-300 kalori (tergantung kepekatan). Kebutuhan kalori wanita dewasa rata-rata adalah 1.900 kalori per hari (tergantung aktivitas). Dari teh manis saja kita sudah dapat 1.000-1.200 kalori. Belum ditambah tiga kali makan nasi beserta lauk pauk. Patut diduga kalau setiap hari kita kelebihan kalori. Ujungnya: obesitas dan diabetes.

8) Gorengan

Karena bentuknya kecil, satu gorengan tidak cukup buat kita. Padahal gorengan adalah salah satu faktor risiko tinggi pemicu penyakit degeneratif, seperti kardiovaskular, diabetes melitus, dan stroke. Penyebab utama penyakit kardiovaskular (PKV) adalah adanya penyumbatan pembuluh darah koroner, dengan salah satu faktor risiko utamanya adalah dislipidemia. Dislipidemia adalah kelainan metabolisme lipid yang ditandai dengan peningkatan kadar kolesterol total, LDL (kolesterol jahat) dan trigliserida, serta penurunan kadar HDL (kolesterol baik) dalam darah. Meningkatnya proporsi dislipidemia di masyarakat disebabkan kebiasaan mengonsumsi berbagai makanan rendah serat dan tinggi lemak, termasuk gorengan.

9) Suka ngemil

Kita mengira dengan membatasi makan siang atau malam bisa menghindarkan diri dari obesitas dan diabetes. Karena belum kenyang, perut diisi dengan sepotong atau dua potong camilan seperti biskuit dan keripik kentang. Padahal, biskuit, keripik kentang, dan kue-kue manis lainnya mengandung hidrat arang tinggi tanpa kandungan serta pangan yang memadai. Semua makanan itu digolongkan dalam makanan dengan glikemik indeks tinggi. Sementara itu, gula dan tepung yang terkandung di dalamnya mempunyai peranan dalam menaikkan kadar gula dalam darah.

10) Kurang tidur.

Jika kualitas tidur tidak didapat, metabolisme jadi terganggu. Hasil riset para ahli dari University of Chicago mengungkapkan, kurang tidur selama 3 hari mengakibatkan kemampuan tubuh memproses glukosa menurun drastis. Artinya, risiko diabetes meningkat. Kurang tidur juga dapat merangsang sejenis hormon dalam darah yang memicu nafsu makan. Didorong rasa lapar, penderita gangguan tidur terpicu menyantap makanan berkalori tinggi yang membuat kadar gula darah naik.

11) Sering stress

Stres sama seperti banjir, harus dialirkan agar tidak terjadi banjir besar. Saat stres datang, tubuh akan meningkatkan produksi hormon

epinephrine dan kortisol supaya gula darah naik dan ada cadangan energi untuk beraktivitas. Tubuh kita memang dirancang sedemikian rupa untuk maksud yang baik. Namun, kalau gula darah terus dipicu tinggi karena stres berkepanjangan tanpa jalan keluar, sama saja dengan bunuh diri pelan-pelan.

12) Kecanduan rokok

Sebuah penelitian di Amerika yang melibatkan 4.572 relawan pria dan wanita menemukan bahwa risiko perokok aktif terhadap diabetes naik sebesar 22 persen. Disebutkan pula bahwa naiknya risiko tidak cuma disebabkan oleh rokok, tetapi kombinasi berbagai gaya hidup tidak sehat, seperti pola makan dan olahraga.

13) Menggunakan pil kontrasepsi

Kebanyakan pil kontrasepsi terbuat dari kombinasi hormon estrogen dan progesterin, atau progesterin saja. Pil kombinasi sering menyebabkan perubahan kadar gula darah. Menurut dr Dyah Purnamasari S, Sp PD, dari Divisi Metabolik Endokrinologi RSCM, kerja hormon pil kontrasepsi berlawanan dengan kerja insulin. Karena kerja insulin dilawan, pankreas dipaksa bekerja lebih keras untuk memproduksi insulin. Jika terlalu lama dibiarkan, pankreas menjadi letih dan tidak berfungsi dengan baik.

14) Minuman soda

Dari penelitian yang dilakukan oleh The Nurses' Health Study II terhadap 51.603 wanita usia 22-44 tahun, ditemukan bahwa peningkatan konsumsi minuman bersoda membuat berat badan dan risiko diabetes melambung tinggi. Para peneliti mengatakan, kenaikan risiko itu terjadi karena kandungan pemanis yang ada dalam minuman bersoda. Selain itu, asupan kalori cair tidak membuat kita kenyang sehingga terdorong untuk minum lebih banyak.

d. Komplikasi

Komplikasi jangka lama termasuk penyakit kardiovaskular (risiko ganda), kegagalan kronis ginjal (penyebab utama dialisis), kerusakan retina yang dapat menyebabkan kebutaan, serta kerusakan saraf yang dapat menyebabkan impotensi dan gangren dengan risiko amputasi. Komplikasi yang lebih serius lebih umum bila kontrol kadar gula darah buruk

Tabel 2.1

Komplikasi jangka panjang dari diabetes

| Organ/jaringan yg terkena | Yg terjadi | Komplikasi |
|---------------------------|--|--|
| Pembuluh darah | <p>Plak aterosklerotik terbentuk & menyumbat arteri berukuran besar atau sedang di jantung, otak, tungkai & penis.</p> <p>Dinding pembuluh darah kecil mengalami kerusakan sehingga pembuluh tidak dapat mentransfer oksigen secara normal & mengalami kebocoran</p> | <p>Sirkulasi yg jelek menyebabkan penyembuhan luka yg jelek & bisa menyebabkan penyakit jantung, stroke, gangren kaki & tangan, impoten & infeksi</p> |
| Mata | <p>Terjadi kerusakan pada pembuluh darah kecil retina</p> | <p>Gangguan penglihatan & pada akhirnya bisa terjadi kebutaan</p> |
| Ginjal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Penebalan pembuluh darah ginjal ▪ Protein bocor ke dalam air kemih ▪ Darah tidak disaring secara normal | <p>Fungsi ginjal yg buruk</p> <p>Gagal ginjal</p> |
| Saraf | <p>Kerusakan saraf karena glukosa tidak dimetabolisir secara normal & karena aliran darah berkurang</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kelemahan tungkai yg terjadi secara tiba-tiba atau secara perlahan ▪ Berkurangnya rasa, kesemutan & nyeri di tangan & kaki ▪ Kerusakan saraf menahun |
| Sistem otonom | <p>Kerusakan pada saraf yg mengendalikan tekanan</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tekanan darah yg naik-turun ▪ Kesulitan menelan & perubahan |

| | | |
|----------------------|---|--|
| | darah & saluran pencernaan | <i>fungsi pencernaan disertai serangan diare</i> |
| Kulit | Berkurangnya aliran darah ke kulit & hilangnya rasa yg menyebabkan cedera berulang | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Luka, infeksi dalam (<i>ulkus diabetikum</i>) ▪ Penyembuhan luka yg jelek |
| Darah | Gangguan fungsi sel darah putih | Mudah terkena infeksi, terutama infeksi saluran kemih & kulit |
| Jaringan ikat | Gluka tidak dimetabolisir secara normal sehingga jaringan menebal atau berkontraksi | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sindroma terowongan karpal <i>Kontraktur Dupuytren</i> |

Kompilasi yang sering terjadi pada pasien dengan diabetes mellitus yaitu berawal dari luka kecil dapat berakibat fatal pada klien, Ulkus atau luka kaki dapat menjadi masalah yang sangat serius bagi penderita diabetes. Penting untuk menyembuhkan ulkus secepatnya. Kerusakan saraf pada diabetes dapat mengurangi nyeri sehingga ulkus kaki kadang tidak menimbulkan rasa nyeri jadi sering diabaikan. Sejalan dengan waktu ulkus kaki atau gejala-gejala penyakit dapat merusak kaki secara serius. Ulkus adalah luka terbuka pada permukaan kulit atau selaput lendir. Ulkus bisa dikatakan kematian jaringan yang luas dan disertai invasif kuman saprofit. Adanya kuman saprofit tersebut menyebabkan ulkus berbau, ulkus diabetikum juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit DM dengan neuropati perifer. Ulkus kaki diabetes (UKD) merupakan komplikasi yang berkaitan dengan morbiditas akibat diabetes mellitus.



Gambar 2.2 Luka nefrotik

1) Klasifikasi Kaki Diabetik

Ada berbagai macam klasifikasi kaki diabetik yaitu klasifikasi oleh *Edmonds* dari *King's College Hospital London*, klasifikasi *Liverpool*, klasifikasi *Wagner*, klasifikasi *Texas*, serta yang lebih banyak digunakan adalah yang dianjurkan oleh *International Working Group On Diabetic Foot* karena dapat menentukan kelainan apa yang lebih dominan yakni vaskular, infeksi dan neuropati, sehingga arah pengelolaan dalam pengobatan dapat tertuju dengan baik, namun pada penelitian ini klasifikasi yang digunakan adalah klasifikasi berdasarkan *Wagner*.

a) Klasifikasi Menurut *Edmonds*

- i.) Stage 1 : Normal foot



Gambar 2.3 Kaki yang normal

- ii.) Stage 2 : *High risk foot*



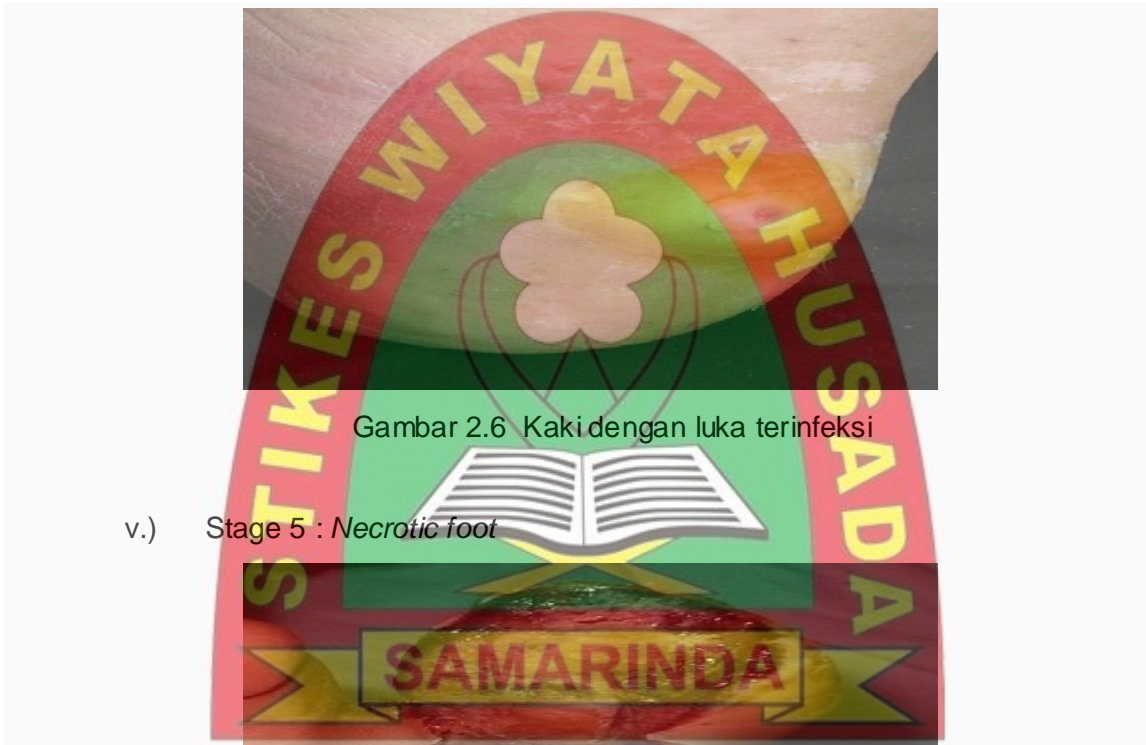
Gambar 2.4 Kaki dengan risiko tinggi

iii.) Stage 3 : *Ulcerated foot*



Gambar 2.5 Kaki dengan luka terbuka

iv.) Stage 4 : *Infected foot*



Gambar 2.6 Kaki dengan luka terinfeksi

v.) Stage 5 : *Necrotic foot*



Gambar 2.7 Kaki dengan luka disertai jaringan nekrosis

vi.) Stage 6 : *Unsalvable foot*



Gambar 2.8 Kaki yang tidak terselamatkan

2) Klasifikasi Menurut **Wagner**

a) Derajat 0

Derajat 0 ditandai antara lain kulit tanpa ulserasi dengan satu atau lebih faktor risiko berupa neuropati sensorik yang merupakan komponen primer penyebab ulkus; *peripheral vascular disease* ; kondisi kulit yaitu kulit kering dan terdapat *callous* (yaitu daerah yang kulitnya menjadi hipertropik dan anastesi); terjadi deformitas berupa *claw toes* yaitu suatu kelainan bentuk jari kaki yang melibatkan *metatarsal phalangeal joint*, *proximal interphalangeal joint* dan *distal interphalangeal joint*. Deformitas lainnya adalah *depresi caput metatarsal*, *depresi caput longitudinalis* dan penonjolan tulang karena *arthropati charcot*.



Gambar 2.9 Kaki dengan kalus

b) Derajat I

Derajat I terdapat tanda-tanda seperti pada grade 0 dan menunjukkan terjadinya neuropati sensoris perifer dan paling tidak satu faktor risiko seperti deformitas tulang dan mobilitas sendi yang terbatas dengan ditandai adanya lesi kulit terbuka, yang hanya terdapat pada kulit, dasar kulit dapat bersih atau purulen (ulkus dengan infeksi yang superfisial terbatas pada kulit).

c) Derajat II

Pasien dikategorikan masuk grade II apabila terdapat tanda-tanda pada grade I dan ditambah dengan adanya lesi kulit yang membentuk ulkus. Dasar ulkus meluas ke tendon, tulang atau sendi. Dasar ulkus dapat bersih atau purulen, ulkus yang lebih dalam sampai menembus tendon dan tulang tetapi tidak terdapat infeksi yang minimal.

d) Derajat III

Apabila ditemui tanda-tanda pada grade II ditambah dengan adanya abses yang dalam dengan atau tanpa terbentuknya drainase dan terdapat *osteomyelitis*. Hal ini pada umumnya disebabkan oleh bakteri yang agresif yang mengakibatkan jaringan menjadi nekrosis dan luka tembus sampai ke dasar tulang, oleh karena itu diperlukan hospitalisasi/perawatan di rumah sakit karena ulkus yang lebih dalam sampai ke tendon dan tulang serta terdapat abses dengan atau tanpa osteomyelitis.

e) Derajat IV

Derajat IV ditandai dengan adanya gangren pada satu jari atau lebih, gangren dapat pula terjadi pada sebagian ujung kaki. Perubahan gangren pada ekstremitas bawah biasanya terjadi dengan salah satu dari dua cara, yaitu gangren menyebabkan insufisiensi arteri. Hal ini menyebabkan perfusi dan oksigenasi tidak adekuat. Pada awalnya mungkin terdapat suatu area *focal* dari nekrosis yang apabila tidak dikoreksi akan menimbulkan peningkatan kerusakan jaringan yang kedua yaitu adanya infeksi atau peradangan yang terus-menerus. Dalam hal ini terjadi oklusi pada arteri digitalis sebagai dampak dari adanya edema jaringan lokal.

f) Derajat V

Derajat V ditandai dengan adanya lesi/ulkus dengan gangren-gangren diseluruh kaki atau sebagian tungkai bawah Berdasarkan pembagian diatas, maka tindakan pengobatan atau pembedahan dapat ditentukan sebagai berikut :

- i.) Derajat 0 : perawatan lokal secara khusus tidak ada
- ii.) Derajat I-IV : pengelolaan medik dan tindakan bedah minor
- iii.) Derajat V : tindakan bedah minor, bila gagal dilanjutkan dengan tindakan bedah mayor (amputasi diatas lutut atau amputasi bawah lutut).
- iv.) Beberapa tindakan bedah khusus diperlukan dalam pengelolaan kaki diabetik ini, sesuai indikasi dan derajat lesi yang dijumpai seperti :
 - 1) Insisi : abses atau selulitis yang luas
 - 2) Eksisi : pada kaki diabetik derajat I dan II
 - 3) *Debridement/nekrotomi* : pada kaki diabetik derajat II, III, IV dan V
 - 4) Mutilasi : pada kaki diabetik derajat IV dan V
 - 5) Amputasi : pada kaki diabetik derajat V

B. Konsep Asuhan Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan

Kerusakan Integritas Jaringan merupakan Cedera pada membrane mukosa, kornea, system integument, fascia muscular, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligament (NANDA, 2017).

Herdman (2012) menyatakan diagnosa kerusakan integritas jaringan adalah kerusakan jaringan integument. Kerusakan integritas jaringan masuk dalam domain 11 tentang keamanan/perlindungan kelas 2 cedera fisik.

1. Dengan batasan karakteristik kerusakan jaringan misalnya jaringan membrane mukosa, kornea, integument, atau subkutan.
2. Faktor yang berhubungan dengan diagnosa kerusakan integritas jaringan meliputi gangguan sirkulasi, iritan, zat kimia, defisit cairan, kelebihan cairan, hambatan mobilitas fisik, kurang pengetahuan, faktor mekanik (misalnya tekanan, robekan, koyakan), faktor nutrisi kelebihan atau kekurangan, radiasi, suhu ekstrim.

C. Kerusakan Integritas Jaringan Pada Ulkus Diabetikum

terjadinya kerusakan integritas jaringan pada pasien dengan Ulkus Diabetikum adalah infeksi akibat adanya glukosa darah yang tinggi karena merupakan media pertumbuhan bakteri yang subur. Bakteri yang terdapat pada ulkus merupakan gabungan dari bakteri aerob dan anaerob. Anggriawan (2014)

Pada dasarnya penyebab terjadinya ulkus diabetikum karena adanya glukosa darah yang tinggi yang dapat menyebabkan terjadinya pertumbuhan bakteri pada luka sehingga pasien mengalami luka tidak sembuh dan berakibat menjadi luka infeksi yang dapat megerogoti jaringan-jaringan disekitar luka, sehingga terjadi kerusakan integritas jaringan.

D. Manajemen Asuhan Keperawatan pasien dengan Kerusakan Integritas Jaringan yang mengalami ulkus diabetikum

Proses keperawatan adalah suatu metode sistematis untuk mengkaji respon manusia terhadap masalah-masalah dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah – masalah tersebut. Masalah-masalah kesehatan dapat berhubungan dengan klien keluarga juga orang terdekat atau masyarakat. Proses keperawatan mendokumentasikan kontribusi perawat dalam mengurangi / mengatasi masalah-masalah kesehatan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan, yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap dimana perawat mengumpulkan data secara sistematis, memilih dan mengatur data yang dikumpulkan dan mendokumentasikan data dalam format yang didapat. Untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian tentang masalah-masalah klien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan (Tarwoto, 2006). Keberhasilan proses keperawatan sangat bergantung pada tahap ini yang terbagi atas :

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita , mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapat

diperoleh melalui anamnese, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

b. Anamnese

1) Identitas penderita

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

2) Keluhan Utama

Menggambarkan alasan seseorang masuk rumah sakit. Pada umumnya keluhan utamanya yakni adanya rasa kesemutan pada kaki / tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh – sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan:

- a) Provoking Incident: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri
- b) Quality of Pain: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk
- c) Region : radiation, relief: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d) Severity (Scale) of Pain: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya
- e) Time: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Menggambarkan perjalanan penyakit yang saat ini sedang dialaminya. Berisi tentang kapan terjadinya luka, penyebab terjadinya luka serta upaya yang telah dilakukan oleh penderita untuk mengatasinya.

4) Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit – penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas.

Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang pernah di dapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita DM atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misal hipertensi, jantung.

6) Riwayat psikososial

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

7) Genogram

Genogram dapat menunjukan riwayat kesehatan keluarga, adanya faktor keturunan atau genetik sebagai faktor predisposisi penyakit yang di derita klien. Pada kasus diabetes mellitus, salah satu penyebabnya menyebutkan bahwa beberapa orang bisa menjadi pembawa bakat (berupa gen).

8) Pola kegiatan sehari-hari (11 pola Gordon)

a) Pola persepsi management kesehatan

Menjelaskan tentang persepsi atau pandangan klien terhadap sakit yang dideritanya, tindakan atau usaha apa yang dilakukan klien sebelum datang kerumah sakit, obat apa yang telah dikonsumsi pada saat akan datang kerumah sakit. Pada pasien gangren kaki diabetik terjadi perubahan persepsi management kesehatan karena kurangnya pengetahuan tentang dampak gangren kaki diabetik sehingga menimbulkan persepsi yang negatif terhadap dirinya dan kecenderungan untuk tidak mematuhi prosedur pengobatan dan perawatan yang lama, oleh karena itu perlu adanya penjelasan yang benar dan mudah dimengerti pasien

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Menggambarkan asupan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kondisi rambut, kuku dan kulit, kebiasaan makan, frekuensi makan, nafsu makan, makanan pantangan, makanan yang disukai dan

banyaknya minum yang dikaji sebelum dan sesudah masuk RS. Pada pasien DM akibat produksi insulin tidak adekuat atau adanya defisiensi insulin maka kadar gula darah tidak dapat dipertahankan sehingga menimbulkan keluhan sering kencing, banyak makan, banyak minum, berat badan menurun dan mudah lelah. Keadaan tersebut dapat mengakibatkan terjadinya gangguan nutrisi dan metabolisme yang dapat mempengaruhi status kesehatan penderita

c) Pola eliminasi

Menggambarkan pola eliminasi klien yang terdiri dari frekuensi, volume, adakah disertai rasa nyeri, warna dan bau. Pada kasus DM adanya hiperglikemia menyebabkan terjadinya diuresis osmotik yang menyebabkan pasien sering kencing (poliuri) dan pengeluaran glukosa pada urine (glukosuria). Pada eliminasi alvi relatif tidak ada gangguan

d) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan penggunaan waktu istirahat atau waktu senggang, kesulitan dan hambatan dalam tidur, pada pasien dengan kasus DM Adanya poliuri, nyeri pada kaki yang luka dan situasi rumah sakit yang ramai akan mempengaruhi waktu tidur dan istirahat penderita, sehingga pola tidur dan waktu tidur penderita mengalami perubahan.

e) Pola aktivitas dan latihan

Menggambarkan kemampuan beraktivitas sehari-hari, fungsi pernapasan dan fungsi sirkulasi. Pada kasus DM adanya luka gangren dan kelemahan otot – otot pada tungkai bawah menyebabkan penderita tidak mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari secara maksimal, penderita mudah mengalami kelelahan.

Skala ketergantungan :

1. Pasien mandiri
2. Pasien bergantung pada alat
3. Pasien bergantung pada orang
4. Pasien bergantung pada alat dan orang

5. Pasien total care

Aktivitas menggunakan tonus otot:

1. Tidak ada kontraksi
2. Ada kontraksi tapi tidak ada pergerakan sendi
3. Ada pergerakan sendi tapi tidak bisa menahan gaya grafitasi
4. Dapat menahan gravitasi sedang
5. Dapat menahan sekuat-kuatnya gaya gravitasi
6. Pola kognitif perceptual

Menggambarkan pola kemampuan klien untuk proses berpikir, pola penglihatan, pendengaran, pengecap, penciuman dan persepsi sensasi nyeri serta kemampuan berkomunikasi dan mengerti akan penyakitnya. Pasien dengan gangren cenderung mengalami neuropati / mati rasa pada luka sehingga tidak peka terhadap adanya trauma.

9) Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan citra diri, identitas diri, harga diri dan ideal diri seseorang dimana perubahan yang terjadi pada kasus DM adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. Luka yang sukar sembuh, lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga (self esteem).

10) Pola hubungan dan peran

Menggambarkan tentang hubungan klien dengan lingkungan disekitar serta hubungannya dengan keluarga dan orang lain. Seseorang dengan kasus DM akan menyebabkan Luka gangren yang sukar sembuh dan berbau menyebabkan penderita malu dan menarik diri dari pergaulan

11) Pola seksual dan reproduksi

Menggambarkan tentang seksual klien. Dampak angiopati dapat terjadi pada sistem pembuluh darah di organ reproduksi sehingga menyebabkan gangguan potensi sek, gangguan kualitas maupun ereksi, serta memberi dampak pada proses ejakulasi serta orgasme

12) Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stress

Menggambarkan kemampuan koping pasien terhadap masalah yang dialami dan dapat menimbulkan ansietas. Lamanya waktu perawatan, perjalanan penyakit yang kronik, perasaan tidak berdaya karena ketergantungan menyebabkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, kecemasan, mudah tersinggung dan lain – lain, dapat menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif / adaptif.

13) Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan sejauh mana keyakinan pasien terhadap kepercayaan yang dianut dan bagaimana dia menjalankannya. Adanya perubahan status kesehatan dan penurunan fungsi tubuh serta luka pada kaki tidak menghambat penderita dalam melaksanakan ibadah tetapi mempengaruhi pola ibadah penderita.

Pemeriksaan fisik

a. Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda – tanda vital.

b. Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, telinga kadang-kadang berdenging, adakah gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah penglihatan kabur / ganda, diplopia, lensa mata keruh.

c. Sistem integument

Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman bekas luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan gangren, kemerahan pada kulit sekitar luka, tekstur rambut dan kuku.

d. Sistem pernafasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Pada penderita DM mudah terjadi infeksi.

- e. Sistem kardiovaskuler
Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, aritmia, kardiomegalis.
- f. Sistem gastrointestinal
Terdapat polifagi, polidipsi, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrase, perubahan berat badan, peningkatan lingkaran abdomen, obesitas
- g. Sistem urinary
Poliuri, retensio urine, inkontinensia urine, rasa panas atau sakit saat berkemih
- h. Sistem muskuloskeletal
Penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren di ekstremitas.
- i. Sistem neurologis
Terjadi penurunan sensoris, parasthesia, anastesia, letargi, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi.

Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah :

- a. Pemeriksaan darah
Pemeriksaan meliputi : GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa >120 mg/dl dan dua jam post prandial > 200 mg/dl.
- b. 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 (++++).
- c. Kultur pus
Mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman.

Diagnosa keperawatan

| Diagnosa | NOC | NIC |
|--|---|---|
| Kerusakan Integritas Jaringan b/d jaringan rusak | <p>Penyembuhan Luka : Sekunder Definisi: Tingkat regrenasi sel dan jaringan pada luka terbuka Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 31-45 menit perawatan luka dilakukan. Dalam 1x24 jam penyembuhan luka teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Granulasi (skala 1,2,3,4,5) 2. Pembentukan bekas luka (skala 1,2,3,4,5) 3. Ukuran luka berkurang(skala 1,2,3,4,5) 4. Drainase purulen (skala 1,2,3,4,5) 5. Erythema dikulit sekitar (skala 1,2,3,4,5) 6. Peradangan (skala1,2,3,4,5) 7. Lubang pada luka (skala 1,2,3,4,5) 8. Bau busuk luka (skala 1,2,3,4,5) <p>Keterangan skala indicator 1-3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada 2. Terbatas 3. Sedang 4. Besar 5. Sangat besar <p>Keterangan skala indicator 4-8:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat besar 2. Besar 3. Sedang 4. Terbatas 5. Tidak ada | <p>Perawatan luka: tidak sembuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Rendam balutan dalam larutan salin sebelum mengangkat balutan 2.1 Gambarkan karakter ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema 3.1 Catat perubahan evolusi ulkus 4.1 Catat tanda dan gejala infeksi luka 5.1 Irigasi luka dengan air saline, hindari tekanan yang berlebihan 6.1 Hindari menyeka ketika membersihkan 7.1 Hindari penggunaan antiseptic 8.1 Bersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor <p>Pencegahan luka tekan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Hidari kulit dari kelembaban berlebih yang berasal dari keringat, cairan luka 2.2 Ubah posisi pasien setiap 1-2 jam 2.3 Gunakan bantal untuk meninggikan area yang tertekan 2.4 Pasang perlak dari bahan yang nyaman 2.5 Berikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab 2.6 Lembabkan kulit yang kering atau pecah-pecah <p>Pengaturan posisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Tempatkan pasien diatas matras / tempat tidur terapeutik. 3.2 Dorong pasien untuk terlibat dalam perubahan posisi. 3.3 Imobilisasi atau sokong bagian tubuh yang terkena dampak. 3.4 Minimalisir gesekan dan cedera ketika memposisikan dan membalikan tubuh pasien. 3.5 Balikan tubuh pasien sesuai dengan kondisi kulit. <p>Perawatan kulit : pengobatan topikal</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Jangan menggunakan kasur yang kasar. |

Status nutrisi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x jam status nutrisi meningkat dengan indikator sebagai berikut :

- Asupan gizi
- Asupan makanan
- Energi
- Hidrasi

Skala :

1. Sangat menyimpang dari rentang normal
2. Banyak menyimpang dari rentang normal
3. Cukup menyimpang dari rentang normal
4. Sedikit menyimpang dari rentang normal
5. Tidak menyimpang dari rentang normal

- 4.2 Pakaikan pasien dengan pakaian yang longgar.
- 4.3 Aplikasikan pelumas untuk melembabkan area kulit.
- 4.4 Tahan dari penggunaan sabun alkali pada kulit.
- 4.5 Mobilisasi pasien setidaknya setiap 2 jam / disesuaikan dengan jadwal.
- 4.6 Periksa kulit setiap hari bagi pasien yang berisiko mengalami kerusakan kulit.
- 4.7 Dokumentasikan derajat kulit.
- 4.8 Tambahkan kelembapan lingkungan dengan humidifer jika diperlukan.

Manajemen nutrisi

- 5.1 Tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi.
- 5.2 Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi.
- 5.3 Berikan pilihan makanan sambil menawarkan terhadap pilihan makanan.
- 5.4 Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengonsumsi makanan (misalnya bersih, dan bebas dari bau).
- 5.5 Tawarkan makanan ringan yang padat gizi.
- 5.6 Monitor kalori dan asupan makanan.

E. Inovasi *massage* minyak zaitun untuk mengatasi kerusakan integritas jaringan

Penderita diabetes selama ini kebanyakan memiliki luka di kaki atau jari dengan kondisi bernanah. Itu berarti kondisinya sudah parah. Jika tak mampu diatasi saat perawatan, jalan satu-satunya dilakukan operasi. "Dalethyne merupakan bahan aktif dari ekstrak minyak zaitun. Luka yang parah bila diolesi perlahan-lahan dan lama-lama akan mengering. Tentu saja harus dilihat tingkat keparahan gangren yang diderita orang diabetes.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi kerusakan integritas jaringan salah satunya yaitu dengan intervensi nonfarmakologi perawatan luka

menggunakan minyak zaitun melakukan penerapan message minyak zaitun pada pasien yang mengalami kerusakan integritas jaringan. Minyak zaitun adalah memberikan rasa nyaman pada pasien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan kelembapan pada bagian tubuh yang memerlukan. Pemberian minyak zaitun bermanfaat untuk meningkatkan suhu kulit lokal, melancarkan sirkulasi darah dan menstimulasi pembuluh darah, mengurangi spasme otot dan meningkatkan ambang nyeri, menghilangkan sensasi rasa nyeri, serta memberikan ketenangan dan kenyamanan (Simkin, 2005), serta dapat mengurangi terjadinya peradangan, dan juga memudahkan untuk massage pada pasien dengan kerusakan integritas kulit.

Minyak zaitun atau olive oil berasal dari pohon *Olea Europaea*. Pohon ini sebagian ditemukan dilembah Mediterania, Asia dan Afrika. Pohon ini tingginya sekitar 7,8 - 14,7 meter, memiliki batang yang bengkok, bunganya putih kecil dan perak hijau, daunnya berbentuk lonjong yang merupakan salah satu tanaman pertanian tertua di dunia. Kayu pohon zaitun sangat keras serta tahan terhadap kekeringan, penyakit dan api. Pohon zaitun bisa hidup dalam waktu yang sangat lama. Tanaman ini diperkirakan berasal dari Timur Tengah (Palestina, Suriah dan sub-Sahara Afrika) dan telah banyak digunakan sejak 3000 sebelum Masehi (Vossen, 2007 dan international Olive Council, 2013)

kadar gula darah yang tinggi ikut mempengaruhi kelancaran aliran darah untuk menutup luka. Sebab luka itu disebabkan infeksi kuman. "Jadi hindari penderita diabetes mengalami luka sedikit pun dan hindari pemicunya. Lecet akibat jatuh pun bisa mempengaruhi. Sebab dengan adanya luka, kuman bisa menggerogoti lemak, otot, sampai tulang di dalam kulit," tambahnya. Sementara ahli herbal, Kayapan Satya Dharshan menambahkan minyak zaitun, menurut penelitian bisa menghasilkan empat komponen. Yakni, peroksida, anisidin, yodium, dan aldehid. "Komponen itu membawa agen antimikroba pada bakteri dan jamur serta memiliki kemampuan meningkatkan aliran darah sekaligus mempercepat pertumbuhan jaringan kulit baru," tegasnya. Minyak zaitun ini selain bisa mengobati luka gangren, juga bisa mengeringkan luka akibat tergores, luka bakar hingga luka serius.

Pemberian minyak zaitun biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu tidak mengenai luka dalam bentuk semprot mengandung 97% extra minyak zaitun, 0,33 ml penyemprotan dilakukan satu kali. Dengan *massage* ringan, dapat menyebabkan efek rileksasi, Pada otot panas memiliki efek menghilangkan ketegangan. Panas memperbaiki pasokan darah pada otot, salah satu keuntungan besar terapi untuk mengurangi nyeri disekitar luka, *massage* ringan juga dapat membantu mengeluarkan pus pada luka yang masih memproduksi pus, sehingga dapat mencegah terjadinya peradangan yang meluas dilakukan selama 1x1 hari pada saat ganti perban luka.

Kandungan yang terdapat dalam minyak zaitu yang dapat membantu proses penyembuhan luka pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II yaitu *fenolik* berpotensi meningkatkan aktivitas oksidatif untuk melawan serangan radikal bebas, *extra virgin oil* kaya akan polifenol yang dikenal sebagai anti-inflamasi, antioksidan dan antikoagolan, kandungan *squalene* merupakan antioksidan yang bertanggung jawab membuat kulit terlihat lebih muda, membantu meregulasi sebum atau produksi minyak yang berfungsi melindungi kulit dari pertumbuhan mikroorganisme. Adapun kegunaan dari minyak zaitun yaitu:

- 1) Memperlancar aliran darah
- 2) Mengurangi rasa sakit atau nyeri otot ataupun terjadinya peradangan
- 3) Mengurangi peradangan
- 4) Memberikan rasa hangat, tenang dan nyaman pada pasien
- 5) Sebagai pelembab untuk kulit kering
- 6) Membantu Melancarkan pengeluaran pus pada saat di *massage*.

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian Kasus

Ny. B (56 tahun), wanita janda, masih bekerja, bekerja sebagai (PNS) dirumah sakit, klien beragama islam, dengan pendidikan terakhir klien SMA. Klien berasal dari suku banjar, saat ini klien tinggal bersama anak laki-laknya disamarinda.

Klien dirawat diruang Anggrek sejak tanggal 29 oktober 2017 dengan keluhan Klien mengatakan nyeri dibagian kaki sebelah kanan, kaki sebelah kanan rencana akan diamputasi akan tetapi belum siap apabila kakinya diamputasi, luka dibagian mata kaki tembus kebagian sebelah kaki, luka ada pus, bau, luka kemerahan, tidak ada jaringan yang mati, 3 tahun yang lalu klien pernah mengalami luka dikaki kanan pada bagian jari akan tetapi luka sembuh, baru 3 bulan yang lalu kakinya tiba-tiba luka hingga menjadi bengkak, luka susah sembuh. Klien mengatakan sudah lama mengetahui bahwa klien mengalami penyakit diabetes mellitus, akan tetapi klien tidak memeriksakan kondisinya tidak menjaga keadaannya, sebelumnya klien sangat menyukai minuman dan makanan manis, setiap kali klien masak klien sering memasukkan gula dalam masakannya, klien juga sering minum kopi.

Klien mengatakan bahwa dirinya tidak dapat melakukan aktivitas secara normal sejak 3 bulan terakhir, yang mengakibatkan saat ini klien tidak mampu berjalan karena merasa kan nyeri pada kaki tersebut. Klien mengatakan sebelum sakit masih bisa melakukan pekerjaan rumah secara mandiri dan masih bisa turun untuk bekerja. Namun semenjak sakit, klien lebih banyak diam dirumah dengan segala aktivitas dibantu oleh anaknya, hingga klien dibawa kerumah sakit untuk berobat. Klien mengatakan luka dikakinya sangat sakit dan bau busuk dikaki membuat klien menjadi tidak nyaman, karena nyeri pada kaki, klien menjadi susah untuk pergi ke toilet untuk mandi membersihkan kan dirinya, karena saat dirumah sakit klien hanya sendirian sehingga klien menjadi jarang mandi.

Klien mengatakan sedih karena dokter menyarankan kaki nya diamputasi, karena dengan alasan infeksi pada luka nya sudah menyebar ketulang, akan

tetapi klien tetap yakin dengan perawatan luka yang dilakukan oleh perawat dapat mengurangi terjadinya peradangan pada luka dikaki. Klien mengatakan apabila sudah pulang kerumah akan mematuhi pantangan bagi pasien diabetes, dan melakukan pengecekan gula darah, klien mengakui selama ini klien tidak pernah menjaga kesehatannya terutama pada kakinya yang luka, klien merasa luka kecil pada kakinya bukan hal yang serius, akan tetapi ternyata setelah dilakukan pemeriksaan luka dikaki sudah bolong, nanah yang banyak, dan mengakibatkan nyeri hebat pada kaki klien, pada kulit sekitar luka menjadi seperti bersisik, pada bagian kaki kanan juga kering, bersisik, apabila di sentuh kulit terkelupas. Nafsu makan klien baik, klien tidak mengalami muntah ataupun mual, klien mengatakan tidak mengalami gangguan tidur dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 140/90 mmHg, P: 20x menit, Nadi: 82x/menit, S: 36,2x/menit, BB: 46, TB: 160cm.

Hubungan klien dengan anaknya sangat dekat, klien menceritakan tentang masalahnya pada anaknya. Klien juga mengatakan masih berhubungan dekat dengan rekan-rekan kerjanya. Selama dirumah sakit klien dijaga saat malam hari saat anaknya sudah pulang kerja. Klien mengatakan hanya tinggal berdua dengan anak laki-lakinya karena anak pertamanya sudah menikah hanya saja kadang bergantian untuk menjaga klien, suami klien sudah lama meninggal.

Klien merupakan karyawan dirumah sakit Abdul Wahab Sjahranie, bekerja ruang gizi sebagai PNS, klien mengatakan masih aktif bekerja, hanya saja klien mengambil cuti sakit, saat dirumah sakit klien sering dikunjungi keluarga maupun rekan kerjanya dirumah sakit.

Klien mengatakan bingung dengan perawatan luka apabila klien pulang kerumah, karena tidak tahu cara melakukan perawatan luka, dirumah klien hanya sendiri karena anaknya sibuk bekerja.

B. Diagnosis Keperawatan Utama

Diagnosis keperawatan pada Ny. B adalah Kerusakan Integritas Jaringan Hal ini penulis angkat dari data subjektif dan objektif yang muncul Ny. B mengatakan luka dikaki kanan bagian sebelah mata kaki kiri dan tembus dibagian kanan kaki, Ada pus, perdarahan, luka berbau busuk, bagian kaki

bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka ada pus, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL,derajat luka (derajat 4) lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ± 2 cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ± 5 cm, kedalaman luka $\pm 8-9$ cm, Leukosit 14, 94.

C. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan diberikan selama 6 hari dimulai tanggal 17 November 2017 sampai 23 November 2017 Implementasi dilakukan dalam 6 kali pertemuan. Tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain, membina hubungan saling percaya, melakukan perawatan luka, sebelum melakukan perawatan luka menjelaskan kepada klien mengenai pemberian minyak zaitun dapat mengurangi nyeri saat di massage untuk mengeluarkan pus pada luka, minyak zaitun juga memiliki manfaat melembabkan kulit badan dan sekitar luka, dapat juga mengurangi terjadinya peradangan pada luka, menjelaskan kepada klien penggunaan minyak zaitun aman untuk pasien yang mengalami ulkus diabetikum, setelah member penjelasan melakukan perawatan luka dengan membuka balutan dengan larutan salin agar pada saat pengangkatan balutan tidak melukai kulit klien dan balutan tidak lengket pada luka, menyarankan klien mengatakan nyeri apabila terasa nyeri, melakukan dokumentasi sebelum perawatan luka mencatat karakter ulkus ukuran, lokasi, cairan yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bawanya adanya edema, irigasi luka dengan air saline, hindari tekanan yang berlebihan, menghindari menyeka saat membersihkan luka, membersihkan ulkus dimulai dari area terbersih bergerak menuju area kotor, menepuk lembut kulit pada tepian ulkus yang kering, mengangkat jaringan yang mati, mengeluarkan pus dengan melakukan *massage* lembut pada dari bagian lutut menuju dibagian punggung kaki, bergantian dibagian bawah betis menuju tumit, kaki klien yang luka diangkat senyaman klien akan tetapi dengan tehnik gravitasi agar pus nya dapat keluar dari lubang luka, sabun kaki untuk membersihkan bagian-bagian kaki lain yang tidak ada luka, sehingga disekitar luka menjadi bersih, melakukan pemijatan ringan hingga pus yang keluar berkurang, bersihkan kaki dan luka hingga bersih dari sabun, tutup luka dengan tehnik minimal moist, memasukan kasa

setengah basah pada luka agar dapat menyerap pus yang masih tertinggal, tutup menggunakan kassa dengan jumlah kasa yang banyak agar cairan tidak merembes dan tutup luka. Menyarankan klien untuk menggerakkan kakinya sesekali, agar aliran darah pada kaki dapat lancar.



D. Evaluasi tindakan keperawatan

Evaluasi dari intervensi keperawatan yang sudah dilakukan terhadap klien merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Komponen evaluasi yang didokumentasi adalah respon verbal klien dan hasil dari observasi yang didokumentasi adalah hasil respon verbal klien dan hasil observasi klien dari hasil implementasi yang telah dilakukan. Evaluasi berdasarkan tujuan khusus yaitu terbinanya hubungan saling percaya, klien mampu mengenal masalah pada kerusakan integritas jaringan dengan mengatakan keluhan pada luka nya yaitu nyeri pada kaki, terdapat cairan pada perban, adanya bau pada luka, ukuran luka berkurang, berkurangnya peradangan, lubang pada luka menutup.

Setelah dilakukan 6 kali pertemuan, klien bisa merasakan pada saat menginjak yang sebelumnya tidak merasakan sama sekali, bagian pinggir luka terlihat pucat, tidak ada kemerahan pada bagian luka, pus berkurang, tidak ada perdarahan, bau berkurang, klien tidak merasa nyeri saat di *massage*, menyarankan klien untuk berjalan dan menginjak, klien mengatakan mampu menginjak lantai, bagian kulit disekitar kaki menjadi lembab, yang sebelumnya kering dan bersisik, kaki klien tidak bengkak, klien merasa nyaman karena bau berkurang.

Tabel 3.1
Evaluasi

| Hari | Evaluasi | Foto Luka |
|--------------------------|--|---|
| Rabu 17 Nov 2017 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada pus, perdarahan, luka berbau busuk, bagian kaki bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka ada pus, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ±2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ±5 cm, kedalaman luka ±8-9 cm 2. Leukosit $14,94 \cdot 10^3 \mu L$ |  |
| Kamis 18 Nov 2017 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan 2. tidak ada perdarahan, luka bau busuk produksi pus berkurang, bagian kaki bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka ada pus, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ±2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ±5 cm, kedalaman luka ±8-9 cm 3. Leukosit $14,94 \cdot 10^3 \mu L$ |  |
| jumaat 19 Nov 2017 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan 2. tidak ada perdarahan, luka berbau busuk, bagian kaki tidak bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka jumlah pus berkurang, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ±2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ±5 cm, kedalaman luka ±8-9 cm 3. Leukosit $14,94 \cdot 10^3 \mu L$ |  |
| Minggu 21 Nov 2017 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan 2. tidak ada perdarahan, luka berbau busuk, bagian kaki tidak bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka |  |

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <p>Senin 22 Nov 2017</p> | <p>kemerahan, bagian dalam luka jumlah pus berkurang, didalam bolongan luka pus berkurang yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ±2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ±5 cm, kedalaman luka ±8-9 cm Leukosit 14,94 10³μL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan 2. tidak ada perdarahan, luka berbau busuk akan tetapi tidak menyengat, bagian kaki tidak bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka jumlah pus berkurang, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ±2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ±5 cm, kedalaman luka ±8-9 cm 3. Leukosit 14,94 10³μL |  |
| <p>Selasa 23 Nov 2017</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan 2. perdarahan, luka berbau busuk akan tetapi tidak menyengat, bagian kaki tidak bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka jumlah pus berkurang, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ±2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ±5 cm, kedalaman luka ±8-9 cm 3. Leukosit 14,94 10³μL |  |

BAB IV

ANALISIS SITUASI

A. Analisis Masalah Keperawatan Terkait Kasus kelolaan dan resume

1. Kasus Kelolaan

Ny. B (56 tahun), wanita janda, masih bekerja, bekerja sebagai (PNS) dirumah sakit, klien beraga islam, dengan pendidikan terakhir klien SMA. Klien berasal dari suku banjar, saat ini klien tinggal bersama anak laki-laknya disamarinda. Klien dirawat diruang Anggrek sejak tanggal 29 oktober 2017 dengan keluhan Klien mengatakan nyeri dibagian kaki sebelah kanan, kaki sebelah kanan rencana akan diamputasi akan tetapi belum siap apabila kakinya diamputasi, luka dibagian mata kaki tembus kebagian sebelah kaki, luka ada pus, bau, luka kemerahan, tidak ada jaringan yang mati, 3 tahun yang lalu klien pernah mengalami luka dikaki kanan pada bagian jari akan tetapi luka sembuh, baru 3 bulan yang lalu kakinya tiba-tiba luka hingga menjadi bengkak, luka susah sembuh. Klien mengatakan sudah lama mengetahui bahwa klien mengalami penyakit diabetes mellitus, akan tetapi klien tidak memeriksakan kondisinya tidak menjaga keadaannya, sebelumnya klien sangat menyukai minuman dan makanan manis, setiap kali masak klien sering memasukkan gula dalam masakannya, klien juga sering minum kopi. Saat masuk rumah sakit Klien mengatakan badan lemas, tidak selera makan, mual, tidak ada muntah, nyeri pada luka dikaki kanan, kaki sebelah kanan bengkak, demam 3 hari, GDS 458.

Menurut Black dan Hawks (2009), faktor resiko terjadinya diabetes mellitus diantaranya yaitu Ras/etnik, riwayat keluarga, obesitas, usia, kurang aktivitas fisik, diet tinggi glukosa, karbohidrat dan lemak, hal tersebut tergambar dalam keadaan Ny. B dimana ny. B memiliki riwayat diabetes mellitus dari ayah dan ibunya, terlebih lagi dengan gaya hidup ny. B yang kurang sehat seperti sering memberikan gula dalam setiap masakannya, sering minum kopi dank lien tidak pernah berolahraga, dan klien memiliki riwayat 3 tahun yang lalu mengalami luka yang saa pada ibu jarinya, akan tetapi klien mengakui memang tidak menjaga kesehatannya.

Ny B. memiliki riwayat ulkus diabetikum 3 tahun yang lalu, yang menyebabkan klien susah berjalan karena nyeri pada kaki kanan, klien mengatakan sudah berobat kerumah sakit untuk masalah pada kaki kanan nya tersebut, dan pernah dilakukan operasi, luka pada kaki sembuh akan tetapi klien tidak mematuhi diet diabetes sehingga klien kembali mengalami luka dan tidak dikontrol kerumah sakit, klien hanya mengganti perban dan tidak mengetahui cara perawatan luka yang benar, hal tersebut hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Momin, Bankar, dan Bhoite, 2013; peng, et al., 2013; Eeg-Olofsson, et al., (2010), dapat dicurigai menjadi penyebab terjadinya perlukaan pada pasien dengan diabetes melitu yaitu pola diet, aktivitas fisik, perawatan kaki, faktor pola diet yang buruk erat kaitannya dengan hemoglobin, yang mengindikasi buruknya kontrol gula darah dan dislipidemia sehingga dapat meningkatkan risiko komplikasi, dan dikaitkan dengan penelitian yang dilakukan Ganiyu, Mabuza, Malete, Govender dan Ogunbanjo, (2013) mengenai ketidakpatuhan akan rekomendasi diet dikarenakan rendahnya kedisiplinan, kurangnya informasi dan kecendrungan makan diluar rumah

Ny B. memiliki riwayat ulkus diabetikum 3 tahun yang lalu, yang menyebabkan klien susah berjalan karena nyeri pada kaki kanan, klien mengatakan sudah berobat kerumah sakit untuk masalah pada kaki kanan nya tersebut, dan pernah dilakukan operasi, luka pada kaki sembuh akan tetapi klien tidak mematuhi diet diabetes sehingga klien kembali mengalami luka dan tidak dikontrol kerumah sakit, klien hanya mengganti perban.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi kerusakan integritas jaringan salah satunya yaitu dengan intervensi nonfarmakologi perawatan luka menggunakan minyak zaitun. Minyak zaitun adalah memberikan rasa nyaman pada pasien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan kelembapan pada bagian tubuh yang memerlukan. Pemberian minyak zaitun bermanfaat untuk meningkatkan suhu kulit lokal, melancarkan sirkulasi darah dan menstimulasi pembuluh darah, mengurangi spasme otot dan meningkatkan ambang nyeri, menghilangkan sensasi rasa nyeri, serta memberikan ketenangan dan kenyamanan (Simkin, 2005).

2. Laporan Kasus Resume

Resume keperawatan dilakukan sebagai perbandingan untuk menilai seberapa besar pengaruh tindakan yang dilakukan dalam intervensi.

Pada kasus yang sama Ny. F (52 tahun), dan berjenis kelamin perempuan, status pernikahan menikah, beragama islam, klien seorang IRT, saat ini klien tinggal disamarinda bersama dengan ketiga anaknya salah satu dari anaknya sudah menikah dan 2 anaknya belum menikah, Klien mengatakan sudah lama mengetahui bahwa klien mengalami penyakit diabetes mellitus, klien rutin memeriksakan kondisinya menjaga keadaannya, klien sering menyuntikkan insulin sendiri. Sebelum masuk rumah sakit Klien mengatakan badan lemas, tidak nafsu makan, mual, muntah terus menerus, nyeri luka dikaki kanan, kaki sebelah kanan luka pada hari minggu 19 november 2017 dioperasi karena pada luka terjadi peradangan dan bengkak. Klien mengatakan nyeri dibagian kaki sebelah kanan, kaki sebelah kanan post operasi dirumah sakit diragahayu, setelah operasi klien sempat pingsan dan mengalami mual muntah yang hebat, klien tidak mau makan, pada kulit mengalami gatal-gatal dan terkelupas, pada bagian perut, tangan kepala, muka bagian kaki sekitar luka kulit seperti sisik. Luka pada kaki klien Ada pus kering, tidak ada perdarahan, luka tidak berbau busuk, bagian kaki kemerahan, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan lebar luka ± 1 cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ± 1 cm, bagian perut, tangan dan kaki bersisik, ada yang terkelupas.

Klien Th. S umur 52 tahun, berjenis kelamin laki-laki, klien berstatus menikah, beragama islam, bekerja sebagai guru (PNS), klien berasal dari jawa, tinggal disamarinda bersama istri dan tiga orang anaknya, klien berpendidikan S1 Guru, klien sudah memiliki riwayat diabetes mellitus semenjak 1 tahun yang lalu klien tidak pernah berobat dan tidak pernah mengontrol pola hidupnya, klien mengatakan takut mengetahui penyakitnya, diagnosa klien masuk ulcus digit 1 pedis dextra luka dibagian ibu jari kanan kurang lebih 4 hari yang lalu bengkak, bernanah, bau, awalnya luka berupa gelembung lalu saat dicuci dengan air hangat gelembung pecah dan berbau, serta nyeri, ukuran luka L =2,5 cm, kedalaman luka 2 cm, bagian pinggir luka menghitam, banyak nanah didalam luka, luka bau.

Masalah kerusakan integritas jaringan akan mempengaruhi penyembuhan luka. Mengenali ciri-ciri dengan cepat dan penatalaksanaan dini yang sesuai pada pasien beresiko kritis atau pasien yang berada dalam keadaan kritis dapat membantu mencegah perburukan lebih lanjut dan memaksimalkan peluang untuk sembuh (Gwinnutt, 2006 dalam Jevon dan Ewens, 2009). Hal tersebut tergambar pada pasien ke tiga yaitu Tn S. yang tidak melakukan penatalaksanaan dini, klien tidak berani atau tidak mau untuk memeriksakan keadaannya. Apabila klien cepat melakukan pencegahan terjadinya infeksi pada luka dapat teratasi dengan cepat sehingga kematian jaringan pada ibu jari tidak terjadi.

B. Analisis Masalah Intervensi Keperawatan Dengan Konsep penelitian Terkait (Intervensi Non Farmakologi Pemberian Minyak Zaitun Untuk Mengurangi terjadinya peradangan)

Peradangan merupakan kondisi berupa nyeri pada sekitar luka, bau busuk pada luka, banyaknya produksi nanah. Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan. Serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan (Asosiasi Studi Nyeri Internasional).

Pada diagnosa keperawatan kerusakan integritas jaringan, memiliki 1 (satu) tujuan atau *outcome* (NOC) yang akan dicapai diantaranya adalah penyembuhan luka sekunder (NANDA 2017) Dalam hal ini penulis menetapkan penyembuhan luka sekunder sebagai tujuan untuk diaplikasikan pada pasien kelolaan, dan beberapa indikator.

Perez (2015) menyatakan Pemberian minyak zaitun efektif dalam penanganan pada pasien yang mengalami kerusakan integritas jaringan, Pemberian minyak zaitun dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu tidak mengenai luka dalam bentuk semprot mengandung 97% extra minyak zaitun, 0,33 ml penyemprotan dilakukan satu kali. Dengan *massage* ringan, dapat menyebabkan efek rileksasi, Pada otot panas memiliki efek menghilangkan ketegangan. Panas memperbaiki pasokan darah pada otot,

salah satu keuntungan besar terapi untuk mengurangi nyeri disekitar luka, massage ringan juga dapat membantu mengeluarkan pus pada luka yang masih memproduksi pus, sehingga dapat mencegah terjadinya peradangan yang meluas dilakukan selama 1x1 hari pada saat ganti perban luka. Kandungan yang terdapat dala minyak zaitu yang dapat membantu proses penyembuhan luka pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II yaitu *fenolik* berpotensi meningkatkan aktivitas oksidatif untuk melawan serangan radikal bebas, *extra virgin oil* kaya akan polifenol yang dikenal sebagai anti-inflamasi, antioksidan dan antikoagolan, kandungan *squalene* merupakan antioksidan yang bertanggung jawab membuat kulit terlihat lebih muda, membantu meregulasi sebum atau produksi minyak yang berfungsi melindungi kulit dari pertumbuhan mikroorganisme.

Intervensi keperawatan dilakukan dihari pertama, selanjutnya dilanjutkan dihari kedua untuk membantu memberikan kenyamanan serta dapat mengurangi peradangan pada luka. Salah satu Intervensi yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dan resume akan penulis analisis adalah **pemberian minyak zaitun pada klien**. Saat dilakukan perawatan luka klien diberikan minyak zaitun untuk memberikan rasa nyaman terkhusus pada pasien dengan luka kaki yang produksi pusnya aktif dapat dilakukan message ringan agar tidak merasa nyeri, dan dapat meringankan peradangan disekitar luka, intervensi yang diberikan perawat adalah lakukan pengkajian luka secara confrehensif, atur posisi klien senyaman mungkin, jika nyeri dalam rentan berat dan klien tidak dapat beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan segera kolaborasi pemberian terapi analgesic setelah itu berikan terapi tindakan mandiri perawat **pemberian minyak zaitun**.

pertemuan selanjutnya penulis masih melakukan perawatan luka dengan menggunakan prinsip perawatan luka studi meta analisis perawatan luka kaki diabetes dengan *modern dressing* (2016) yaitu prinsip perawatan luka menjaga kelembaban luka agar tidak mengiritasi luka kembali, dengan dilakukan *massage* menggunakan minyak zaitun, melakukan *message* ringan untuk mengeluarkan pus pada lubang luka, pada saat itu klien mengatakan rasa nyaman karena nyeri yang dirasakan berkurang, pada kulit kaki dan sekitar luka

klien menjadi lembab yang sebelumnya kulit kering dan terkelupas seperti sisik, produksi pus banyak, tidak ada perdarahan, bau pada luka.

Pertemuan keempat klien terlihat sudah bisa berdiri menuju wc sendiri, yang sebelumnya klien tidak mampu berdiri sendiri, klien juga mengatakan kakinya sudah tidak kesemutan, yang biasanya saat kaki klien menginjak, klien tidak merasakan, setelah dilakukan perawatan luka selama 4 hari kaki sudah bisa di menginjak dengan nyaman dilantai, klien tidak merasakan nyeri yang hebat

Pertemuan kelima saat dilakukan perawatan luka, bau luka berkurang, pus yang keluar tidak ada, bagian luka tidak ada pus, luka bersih, tidak ada kemerahan dibagian luka, ukuran luka tetap, klien mengatakan nyeri berkurang.

Pertemuan keenam perawatan luka dilakukan, bau luka berkurang, produksi pus berkurang, pada luka bersih tidak ada perdarahan, nyeri pada kaki berkurang. klien bisa menggerakkan kaki bebas.

C. Alternatif Pemecahan Masalah

pemecahan masalah yang dilakukan adalah dengan mengevaluasi tindakan keperawatan perawatan pasien dengan kerusakan integritas jaringan yang dialami oleh Ny. B pada saat pertemuan awal kulit sekitar luka kering, luka berbau busuk, pus yang keluar kental dan banyak, ada darah, cairan yang keluar tembus mengenai perban hingga lembab, kondisi seperti ini perlu diperhatikan karena gula darah klien belum terkontrol dan luka sangat rentan menjadi buruk, dan dapat menginfeksi jaringan atau organ-organ lainnya yang perlu diperhatikan yaitu cara perawatan luka agar dapat menurunkan peradangan dan membuat kulit tetap lembab agar dapat terhindar dari luka baru.

Khusus kerusakan integritas jaringan pada pasien dengan gangguan endokrin diakibatkan karena gangguan metabolisme, perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki, kerentanan terhadap infeksi meluas sampai ke jaringan sekitarnya. Faktor aliran darah yang kurang membuat luka sulit sembuh untuk sembuh dan jika terjadinya ulkus, infeksi akan mudah sekali terjadi dan meluas ke jaringan yang lebih bahkan sampai tulang, klien mengeluh susah untuk melakukan aktivitas baik itu perawatan dirinya klien tidak bisa ke

wc ataupun berjalan-jalan keluar, klien takut saat bergerak karena nyeri pada kaki, oleh sebab itu penulis mencoba memberikan argument atau penawaran tentang bagaimana jika klien terus menerus tidak mampu melakukan aktivitas maka klien akan susah dalam perawatan dirinya sedangkan klien harusnya masih mampu untuk melakukan aktivitas, meskipun luka pada kaki sakit klien harus tetap mampu bergerak secara perlahan karena selama klien berada dirumah sakit klien hanya berbaring, penulis memberikan motivasi kepada klien apabila klien melakukan aktivitas atau bergerak agar peredaran darah pada ekstremitas klien pun lancar dan membantu penyembuhan luka, pernyataan ini sesuai dengan Potter dan Perry (2013) bahwa komunikasi terapeutik merupakan respon spesifik yang mendorong ekspresi perasaan dan ide serta menyampaikan penerimaan dan kepatuhan klien.

Selain memberikan motivasi kepada klien untuk tetap dapat melakukan aktivitas serta melatih klien dalam perawatan dirinya sendiri penulis melaksanakan asuhan keperawatan dalam pemberian minyak zaitun. Minyak zaitun terbukti menurunkan tingkat peradangan dan dapat mengotrol adanya nyeri sehingga dalam dunia keperawatan pemberian minyak zaitun dapat menjadi salah satu intervensi keperawatan dalam menurunkan peradangan dan gangguan kulit pada pasien dengan diabetes melitus. Akan tetapi pemberian minyak zaitun juga dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu : lamanya pemberian minyak zaitun, Pada pasien yang mengalami peradangan besar dan sedang, pemberian minyak zaitun bertujuan agar dapat mengurangi terjadinya peradangan yang dialami dan tetap harus dilakukan tindakan kolaborasi pemberian analgetik.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

merumuskan Pengkajian keperawatan medikal bedah harus memperhatikan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Selanjutnya yang perlu diperhatikan hasil Rontgen dan hasil laboratorium pasien terutama pada leukosit, Gula darah.

Telah dapat dianalisa pada pasien kasus kelolaan dimana didapatkan diagnosa keperawatan berupa kerusakan integritas jaringan, nyeri, resiko infeksi, hambatan mobiltas fisik, ansietas. Dari beberapa diagnosa yang di dapatkan penulis memprioritaskan satu diagnosa untuk dapat dilakukan intervensi mandiri keperawatan yaitu diagnosa kerusakan integritas jaringan dengan melakukan implementasi pemberian minyak zaitun yang bertujuan mengurangi peradangan pada luka yang menghasil kan pus menjadi berkurang dan mencegah luka menjadi bau. Dalam merumuskan intervensi perlu memperhatikan pengkajian, monitoring, tindakan mandiri perawat serta tindakan kolaborasi baik oleh tim medis, tim ahli gizi keluarga maupun pasien.

Untuk itu penulis menganalisa intervensi pemberian minyak zaitun pada pasien gangguan sistem endokrin dengan masalah kerusakan integritas jaringan diruang Anggrek RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda

Dalam implementasi yang diberikan kepada pasien selain mengacu pada intervensi dan diagnosa harus memperhatikan kebutuhan pasien dan sesuai dengan keluhan yang dirasakan oleh pasien.

Pada hasil evaluasi pemberian intervensi, ternyata minyak zaitun pada pasien dengan diabetes mellitus tipe II yang mengalami ulkus diabetik efektif mengurangi terjadinya peradangan . Hal ini terlihat dari respon pasien pada saat penulis memberikan tindakan keperawatan dengan pemberian minyak zaitun pada saat perawatan luka dilakukan. Akan tetapi perlu memperhatikan beberapa hal yaitu : massage, Sedangkan untuk nyeri dengan skala sedang sampai

dengan berat , harus dilakukan dengan tindakan kolaborasi yaitu pemberian analgetik .

B. SARAN

Semoga laporan asuhan keperawatan ini bisa menjadi acuan dalam melaksanakan implementasi pemberian minyak zaitun pada pasien dengan kerusakan integritas jaringan. Demikian pula dalam pembuatan laporan asuhan keperawatan ini masih banyak kekurangan, oleh sebab itu, penyusun sangat membutuhkan saran dan kritik dari pembaca.

Adapun saran-saran yang dapat penulis kemukakan pada penyusunan Asuhan Keperawatan ini antara lain adalah :

1. Bagi keluarga

Agar mampu melakukan perawatan pada klien dengan kerusakan integritas jaringan, melakukan perubahan gaya hidup untuk mencegah komplikasi dan serangan berulang (kambuh).

2. Bagi perawat

- a. Hendaknya dapat menerapkan implementasi pemberian minyak zaitu pada pasien dengan kerusakan integritas jaringan
- b. Agar penerapan proses asuhan keperawatan menjadi lebih bermanfaat, sebaiknya semua tindakan yang telah dilakukan dicatat dalam status klien secara lengkap, sehingga dapat dijadikan suatu dokumentasi keperawatan dan dicantumkan nama dan tanda tangan perawat yang melakukan.

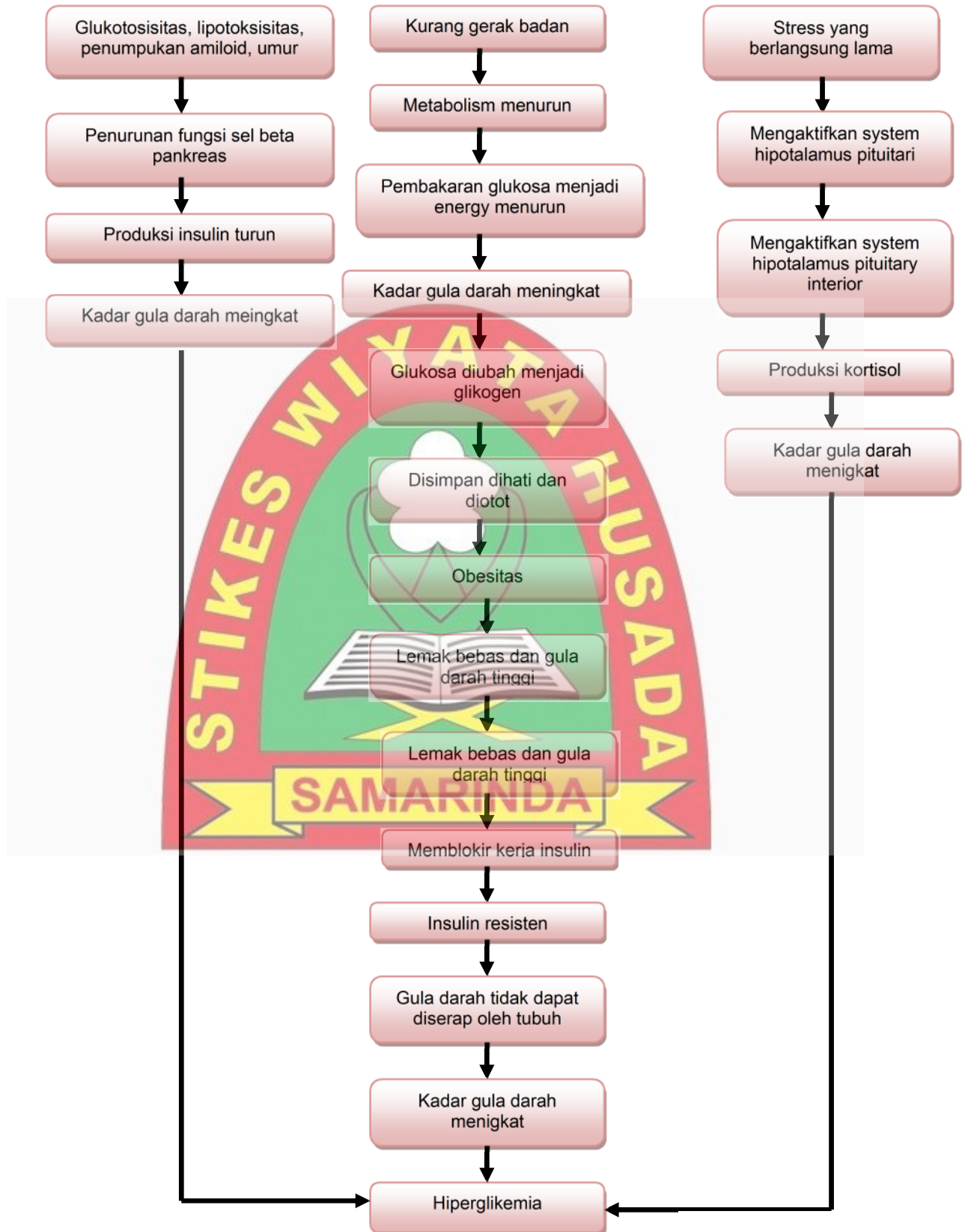
3. Bagi Rumah Sakit

- a. Hendaknya menetapkan standar asuhan keperawatan, khususnya pada pasien dengan gangguan endokrin sehingga dalam melaksanakan asuhan keperawatan harus berdasarkan standar yang ada.
- b. Untuk lebih meningkatkan pengetahuan perawat, maka pihak rumah sakit dapat melaksanakan penyegaran dalam bentuk seminar-seminar khususnya tentang asuhan keperawatan secara rutin misalnya sekali dalam tiga bulan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 2008, Iso farmakoterapi, 288-294, PT.ISFI Penerbitan, Jakarta.
- Astawan, M., Wresdiyati, T., & Nasution, N. A. (2015). Fakta dan Manfaat Minyak Zaitun.
- Handayani, L. T. (2016). studi meta analisis perawatan luka kaki diabetes dengan modern dressing *the Indonesian journal of health science*, 6(2).
- Herdman, T. Heather. (2012). Diagnosis Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi 2012-2014. Penerbi Buku Kedokteran. Jakarta: EGC
- Marelli, TM. (2008). Buku Saku Dokumentasi Keperawatan Edisi 3. Jakarta : EGC
- NANDA. (2005). Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017 Philadelphia: NANDA Internationa
- Nasional, B. P. P. (2013). Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035. *Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Jakarta: Badan Pusat Statistik*
- Orey, C. (2008). *Khasiat Minyak Zaitun*. PT Mizan Publika
- Pemayun, T. G. D., Naibaho, R. M., Novitasari, D., Amin, N., & Minuljo, T. T. (2015). Risk factors for lower extremity amputation in patients with diabetic foot ulcers: a hospital-based case-control study. *Diabetic foot & ankle*, 6(1), 29629.
- Purnomo, A. A. Efek Pemberian Ekstrak Daun Zaitu (*Olea Europaea*) Sebagai Terapi Asma Terhadap Organ Gaster Mencit Balb/c.
- Tambayong, Jan, 2001. Anatomi dan Fisiologi Untuk Keperawatan. Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Vedhara, K., Dawe, K., Miles, J. N., Wetherell, M. A., Cullum, N., Dayan, C., ... & Day, A. (2016). Illness beliefs predict mortality in patients with diabetic foot ulcers. *PloS one*, 11(4), e0153315.
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). Kmb 1 Kperawatan Medikal Bedahkeperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep.
- Yolanda, O., Utomo, W., & Sabrian, F. (2013). Efektifitas Minyak Zaitun Terhadap Pressure ulcers pada Pasien dengan Tirah Baring Lama.

Patofisiologi



LAMPIRAN

A. Pengkajian

1. Identitas Diri Klien

Nama : Ny. B
Umur : 56 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jl. Tanah Merah Jalur 1 RT 14
Status Perkawinan : Janda
Agama : Islam
Suku : Banjar
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : PNS
Lama Bekerja : 35 tahun
Tanggal Masuk Rumah Sakit : 29 Oktober 2017
Tanggal Pengkajian : 17 November 2017
Sumber informasi : Pasien

2. Riwayat Penyakit

- a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit
Klien mengatakan badan lemas, tidak selera makan, mual, tidak ada muntah, nyeri pada luka dikaki kanan, skala 3, kaki sebelah kanan bengkak, demam 3 hari, 3GDS 458.
- b. Riwayat penyakit sekarang
Klien mengatakan nyeri dibagian kaki sebelah kanan, kaki sebelah kanan rencana akan diamputasi akan tetapi belum siap apabila kakinya diamputasi, luka dibagian mata kaki tembus kebagian sebelah kaki, luka ada pus, bau, luka kemerahan, tidak ada jaringan yang mati.
- c. 3 tahun yang lalu klien pernah mengalami luka dikaki kanan pada bagian jari akan tetapi luka sembuh, baru 3 bulan yang lalu kakinya tiba-tiba luka hingga menjadi bengkak, luka susah sembuh.
- d. Genogram : Klien mengatakan orang tua klien meninggal orang tua meninggal karena luka yang tidak sembuh dan membusuk, keluarga pada saat itu tidak mengetahui bahwa orang tuanya mengalami penyakit diabetes mellitus, saudara klien yang perempuan anak pertama dalam keluarga klien mengalami kanker payudara, luka pada payudara tidak sembuh dan klien juga mengalami penyakit diabetes mellitus dan akhirnya klien meninggal dunia, suami klien meninggal karena mengalami penyakit jantung.
- e. Diagnosa medic pada saat MRS pemeriksaan penunjang dan tindakan yang telah dilakukan (OBS. Febris 3 hari+DM tipe II+Ulkus Pedis dextra).

3. Pengkajian saat ini (mulai hari pertama saudara merawat klien)

a. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pengetahuan tentang penyakit/ perawatan

Klien mengatakan sudah lama mengetahui bahwa klien mengalami penyakit diabetes mellitus, akan tetapi klien tidak memeriksakan kondisinya tidak menjaga keadaannya, sebelumnya klien sangat menyukai minuman dan makanan manis, setiap kali klien masak klien sering memasukkan gula dalam masakannya, klien juga sering minum kopi.

b. Pola nutrisi/metabolic

Klien mendapat diet DM 1900 kalori, nafsu makan baik, makan habis 1 porsi, klien minum ±2000 cc perhari

c. Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit dan sesudah sakit BAB 1x sehari, klien sering mengeluh kencing 6-7x.

d. Pola aktifitas dan latihan

| Kemampuan perawatan diri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------|---|---|---|---|---|
| Makan/minum | | | | | |
| Mandi | | | | | |
| Toileting | | | | | |
| Berpakaian | | | | | |
| ditempat tidur | | | | | |
| Berpindah | | | | | |
| Ambulasi/ROM | | | | | |

0=mandiri, 1=alat bantu, 2=dibantu orang lain, 3=dibantu orang lain dan alat, 4=tergantung total.

e. Pola tidur dan istirahat

(lama tidur, gangguan tidur, perawatan saat bangun tidur)

Sebelum sakit: klien mengatakan sebelum sakit klien sering terbangun saat malam hari untuk kencing, akan tetapi setelah kencing klien langsung tertidur, tidak ada masalah saat akan memulai tidur.

Setelah masuk rumah sakit: klien mengatakan klien tidak ada gangguan tidur, klien bisa tertidur, hanya saja pada saat infuse habis klien terbangun untuk memanggil perawat.

f. Pola persepsual

(penglihatan, pendengaran, pengecapan, sensasi)

Klien mengatakan penglihatan tidak mengalami gangguan dalam melihat, klien tidak menggunakan alat bantu melihat kaca mata klien bisa membaca tulisan dengan jelas, pendengarannya baik, tidak ada gangguan, tidak berdengung, klien tidak menggunakan alat bantu untuk mendengar, klien tidak mengalami gangguan pengecapan dan sensasi,

klien bisa membedakan rasa pahit obat dan rasa hambarnya makanan yang disajikan dirumah sakit.

g. Pola persepsi diri

(pandangan klien tentang sakitnya, kecemasan, konsep diri)

Klien mengatakan pandangan klien terhadap sakitnya merasa menyesal tidak menjaga kesehatannya klien mengetahui kondisinya akan tetapi tidak menjaga kesehatannya, klien cemas karena dokter menyarankan kakinya harus diamputasi, klien menolak karena yakin dengan perawatan luka yang baik kakinya tidak perlu harus diamputasi, klien sangat sedih apabila kakinya harus diamputasi setengah.

h. Pola seksualitas dan reproduksi

(fertilitas, libido, mensturasi, kontrasepsi, dll)

Klien mengatakan sudah menopause.

i. Pola peran hubungan

(komunikasi, hubungan dengan orang lain, kemampuan keuangan)

Klien mengatakan pekerjaan klien PNS diruang gizi rumah sakit AWS.

j. System nilai dan keyakinan

(pandangan klien tentang agama, kegiatan keagamaan, dll)

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasanya mengikuti pengajian dilingkungan rumahnya, dan juga biasa sholat, setelah sakit klien kesulitan untuk sholat akan tetapi sering sholat hanya di tempat tidur sambil duduk.

4. Pemeriksaan fisik

TD: 140/90 mmHg, P: 20x menit, Nadi: 82x/menit, S: 36,2x/menit, BB: 46, TB: 160cm

Kepala:

Kepala simetris, kulit kepala kotor, kulit kepala kering sehingga banyak kotoran mengelupas dikepala, tidak bau, rambut klien kotor, tidak disisir, dan tidak diikat.

Mata dan telinga (penglihatan dan pendengaran)

a. Penglihatan

Klien mengatakan penglihatannya tidak kabur, sclera tidak ikterik, tidak ada nyeri, kornea jernih, tidak menggunakan alat bantu kaca mata.

b. Hidung

Hidung klien normal, simetris, tidak ada secret, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri.

c. Mulut/gigi/lidah

Mulut klien bersih, gigi dan lidah klien bersih, fungsi pengecapan klien baik, klien bisa merasakan pahitnya obat dan rasa manisnya teh.

d. Leher

Tidak ada kelainan, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri saat menelan

e. Respiratori

1) Dada

Pernafasan 20x/menit, klien tidak sesak, tidak ada kemerahan Bentuk dada kiri dan kanan simetris, tidak ada nyeri dada, tidak ada benjolan, suara nafas klien vesikuler. Klien mengatakan tidak ada keluhan batuk, bunyi nafas vesikuler, tidak ada keluhan sesak, frekuensi nafas: 20x/menit, tidak sianosis.

f. Kardiovaskuler

Klien mengatakan ada riwayat hipertensi, tidak ada masalah pada jantung, klien tidak pernah mengalami demam reumatik, bunyi jantung S1 dan S2, irama teratur, frekuensi nadi 80x/menit, klien tidak mengalami nyeri dada, tidak ada pusing, CRT >3, tidak ada edema, tidak ada hematoma

g. Neurologis

Klien mengatakan tidak ada pernah pingsan, tidak ada keluhan pusing, tidak ada keluhan nyeri kepala.

GCS : E4 V5 M6

Pupil : Isokor

Reflek Cahaya : positif

Sinistra : + cepat

Dextra : + cepat

Bicara : Normal

Komunikatif : Normal

Klien mengatakan sering merasa kesemutan dibagian luka, koordinasi ekstremitas normal.

h. Integument

Warna kulit klien pucat, kelembapan kulit kerig, turgor kulit elastic, >2 detik, luka dibagian kaki sebelah kanan, bengkak, kemerahan, ada pus, ada perdarahan, bau busuk, ada jaringan nefrotik, luka dibagian mata kaki tembus kebagian samping kaki.

i. Abdomen

Tidak ada keluhan nyeri pada perut, tidak ada massa lingkar perut, 65 cm, bising usus 10x/menit, tidak ada asites.

j. Muskuloskletal

Keluhan : klien mengatakan kaki dibagian kanan terasa nyeri, nyeri dirasakan terus menerus, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar sampai pada kaki bawah dan atas, apabila nyeri klien tidak bisa tidur, nyeri dirasakan terus menerus, hal yang menyebabkan nyeri saat kaki klien dipegang, skala nyeri 6-8. (penilaian nyeri SOCRATES), klien tidak menggunakan alat bantu untuk berjalan, pergerakan klien terbatas.

k. Seksualitas

Klien mengatakan tidak aktif lagi melakukan aktivitas seksual, suami klien sudah lama meninggal, klien janda. Klien tidak menggunakan alat kontrasepsi, klien sudah menopause.

Wanita:

Klien mengatakan sudah menopause, klien tidak pernah melakukan pemeriksaan PAP smear.

5. Program Terapi

- a. Ceftriacone 1 gr 2x 1 gr/iv
- b. Metronidazole 500 mg 3 x 500 mg
- c. NACL 0,9/20 tpm
- d. Ciprofixacin 2x 200 mg
- e. Novoraped 3x8 IU
- f. Levemir 16 IU

B. Analisa data

| No | Analisa Data | Etiologi | Problem |
|----|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| 1. | <p>Data Subjektif:</p> <p>Klien mengatakan luka dikaki kanan bagian sebelah mata kaki kiri dan tembus dibagian kanan kaki</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan 4. Ada pus, perdarahan, luka berbau busuk, bagian kaki bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka ada pus, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di | <p>gangguan metabolisme</p> | <p>Kerusakan integritas jaringan</p> |

semprotkan cairan
 NACL, lebar luka
 dibagian kaki sebelah
 kiri ± 2 cm, lebar luka
 dibagian sebelah kanan
 ± 5 cm, kedalaman luka
 $\pm 8-9$ cm

5. Leukosit 14, 94

2. Data Subjektif: Agen cedera Nyeri kronis
 Biologis (infeksi
 luka Ganggren)

klien mengatakan kaki dibagian
 kanan terasa nyeri, nyeri
 dirasakan terus menerus, nyeri
 seperti ditusuk-tusuk, nyeri
 menjalar sampai pada kaki
 bawah dan atas, apabila nyeri
 klien tidak bisa tidur, nyeri
 dirasakan terus menerus, hal
 yang menyebabkan nyeri saat
 kaki klien dipegang, skala nyeri
 6-8. (penilaian nyeri
 SOCRATES)

Data Objektif:

1. Klien mengeluh nyeri
 pada kaki sebelah
 kanan
2. Saat kaki disentuh
 wajah klien meringis
3. Saat berpindah posisi
 klien berhati-hati
4. Tekanan darah 140/90
 mmHg

3. Data Subjektif: nyeri Hambatan Mobilitas
 Fisik

Klien mengatakan saat berjalan
 kaki bagian kanan susah untuk
 menginjak, terasa nyeri.

Data Objektif:

1. Klien BAK hanya
 ditempat tidur
2. Saat mengubah posisi

baring klien sedikit kesulitan

3. Klien selalu meminta bantuan apabila ingin BAK atau BAB
4. Kemampuan diri aktivitas klien dibantu sebagian

4 Data Subjektif: ancaman pada Ansietas status terkini

Klien mengatakan cemas karena kakinya akan diamputasi

Data Objektif:

1. Saat klien menyampaikan kecemasannya terlihat sedih dan menolak untuk dilakukan amputasi
2. Klien selalu bertanya perkembangan kesembuhan luka nya
3. Klien sangat senang ketika kakinya sudah bisa menginjak.

5 Data Subjektif: Kurang tindak Ketidakpatuhan lanjut

Klien mengatakan 3 tahun yang lalu klien pernah mengalami luka pada ibu jari dan pernah dilakukan operasi, saat ini klien sudah mengalami luka pada kakinya selama 3 bulan klien tidak pernah mengikuti diet dibetik klien juga tidak pernah memeriksakan dirinya kerumah sakit

Data Objektif:

1. Klien terlihat acuh dengan kesehatannya

2. Klien mengaku bahwa dirinya tidak pernah memeriksakan kesehatannya dan tidak mengikuti diet serta pengobatan yang disarankan

6 Data subjektif:

Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

Klien mengatakan tidak mengikuti diet diabetic

Data objektif:

1. Klien tidak patuh dengan manajemen diabetes
2. Pemantauan glukosa darah tidak dilakukan klien
3. Klien tidak melakukan
4. aktivitas
5. Klien tidak menerima diagnosa

7 data subjektif:

Resiko Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

klien mengatakan luka dibagian kaki kanan

data objektif:

1. Klien tidak melakukan aktivitas
2. Tekanan darah 140/100mmHg

Diagnosa prioritas:

1. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan gangguan metabolisme
2. Nyeri kronis berhubungan dengan Agen cedera Biologis (infeksi luka Gangren)
3. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri

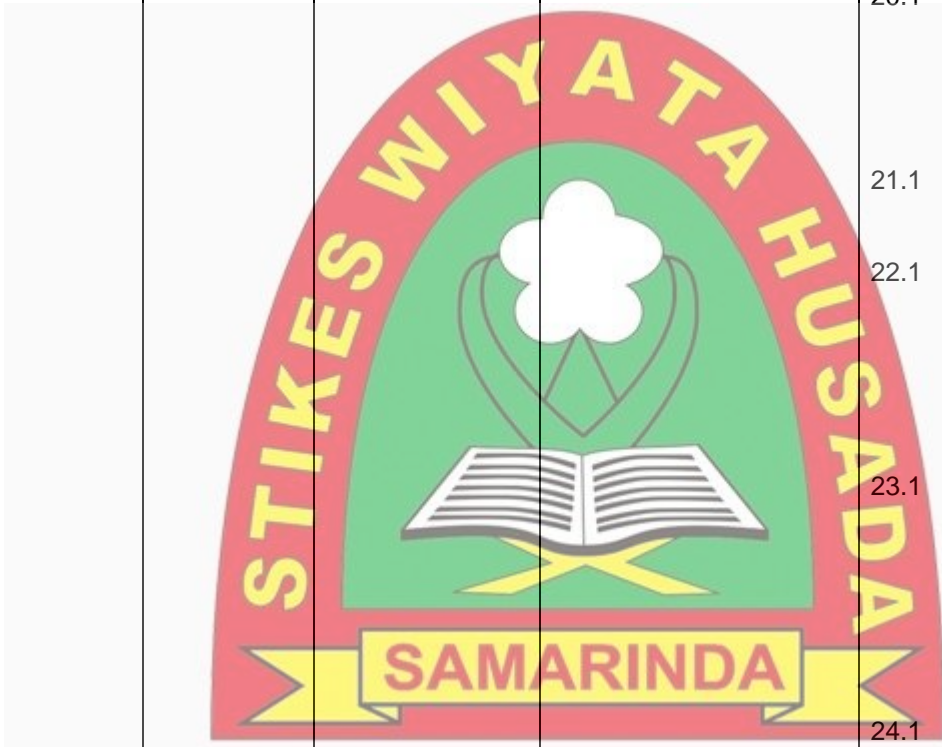
4. Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini
5. Ketidapatuhan berhubungan kurang tindak lanjut kepenyedia layanan kesehatan
6. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah
7. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer



C. Implementasi Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan | NOC | NIC |
|----|--|--|---|
| 1. | <p>Kerusakan Integritas Jaringan Berhubungan dengan Gangguan Metabolisme</p> <p>Definisi: Cedera pada membrane mukosa, kornea, system integument, fascia muscular, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligament.</p> | <p>Penyembuhan Luka : Sekunder</p> <p>Definisi: Tingkat regenerasi sel dan jaringan pada luka terbuka</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 31-45 menit perawatan luka dilakukan. Dalam 1x24 jam penyembuhan luka teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Granulasi (skala 1,2,3,4,5) 10. Pembentukan bekas luka (skala 1,2,3,4,5) 11. Ukuran luka berkurang (skala 1,2,3,4,5) 12. Drainase purulen (skala 1,2,3,4,5) 13. Erythema dikulit sekitar (skala 1,2,3,4,5) 14. Peradangan (skala 1,2,3,4,5) 15. Lubang pada luka (skala 1,2,3,4,5) 16. Bau busuk luka (skala 1,2,3,4,5) <p>Keterangan skala indicator 1-3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Tidak ada 7. Terbatas 8. Sedang 9. Besar 10. Sangat besar <p>Keterangan skala indicator 4-8:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Sangat besar 7. Besar 8. Sedang 9. Terbatas | <p>Perawatan luka: tidak sembuh</p> <p>Definisi: rawatan paliatif dan pencegahan komplikasi (luka) ganas atau luka lain yang tidak diharapkan sembuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.1 Berikan kontrol nyeri yang memadai misalnya (relaksasi, distraksi) 10.1 Setuju untuk mengambil waktu istirahat saat melakukan prosedur pada ulkus 11.1 Rendam balutan dalam larutan salin sebelum mengangkat balutan 12.1 Gambar karakter ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema 13.1 Catat perubahan evolusi ulkus 14.1 Catat tanda dan gejala infeksi luka 15.1 Irigasi luka dengan air saline, hindari tekanan yang berlebihan 16.1 Hindari menyeka ketika |

| | | | |
|--|--|---------------|--|
| | | 10. Tidak ada | <p>membersihkan</p> <p>17.1 Hindari penggunaan antiseptic</p> <p>18.1 Bersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>19.1 Tepuk lembut kulit pada tepian ulkus yang kering</p> <p>20.1 Hindari pengangkatan jaringan secara mekanik atau dengan bahan kimia</p> <p>21.1 Gunakan balutan karbon aktif jika sesuai</p> <p>22.1 Gunakan balutan berdaya serap tinggi pada kasus degan cairan luka yang sangat banyak</p> <p>23.1 Lakukan tekanan manual pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> <p>24.1 Diskusikan dengan pasien aspek yang paling mengkhawatirkan dari ulkus</p> <p>25.1 Dorong pasien untuk melihat bagian tubuh yang mengalami perubahan.</p> |
|--|--|---------------|--|

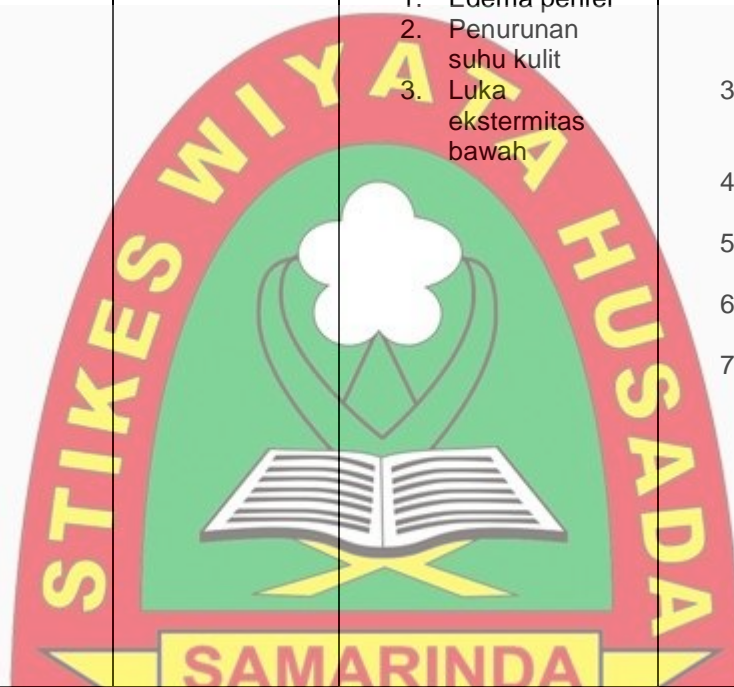


| | | | |
|-----------|---|---|--|
| <p>2.</p> | <p>Nyeri Kronis berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) Definisi: Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan; awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.</p> | <p>Kepuasan klien: manajemen nyeri Definisi: tingkat persepsi positif terhadap perawatan untuk mengurangi rasa sakit Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8jam nyeri terkontrol dengan kriteria hasil: 1. Nyeri terkontrol (skala 1,2,3,4,5) 2. Tingkat nyeri dipantau secara regular (skala 1,2,3,4,5) 3. Efek samping obat terpantau (skala 1,2,3,4,5)</p> <p>Keterangan Indikator skala nyeri : 1. Tidak puas 2. Agak puas 3. Cukup puas 4. Sangat puas 5. Sepenuhnya puas</p> | <p>Manajemen nyeri: Definisi: pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien 1.2 Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif 2.2 Observasi adanya petunjuk nonverbal 3.2 Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat 4.2 Tentukan akibat pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan) 5.2 Berikan informasi mengenai nyeri 6.2 Pilih dan implementasi tindakan yang beragam untuk penanganan nyeri 7.2 Dorong pasien untuk memonitor nyeri dan menangani nyeri yang tepat 8.2 Ajarkan tindakan nonfarmakologi (teknik relaksasi) 9.2 Monitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik.</p> |
| <p>3.</p> | <p>Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan nyeri Definisi: Keterbatasan pergerakan</p> | <p>Tingkat Ketidaknyamanan: Definisi: keparahan mental atau fisik yang diamati atau dilaporkan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x8 jam tingkat</p> | <p>Perawatan kaki: Definisi: membersihkan dan memeriksa kaki untuk tujuan relaksasi, kebersihan, dan kesehatan kulit 1.3 Periksa kulit untuk</p> |

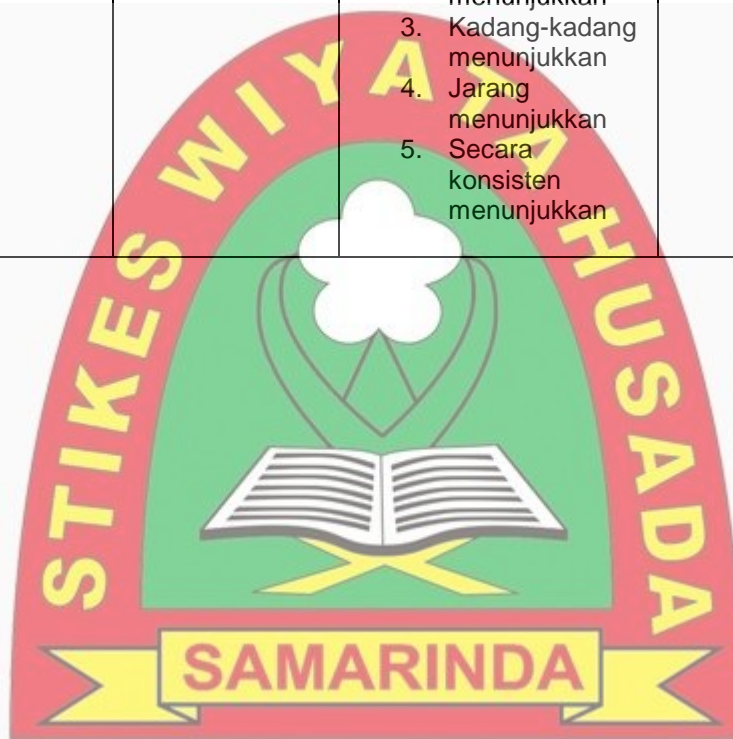
| | | | |
|----|--|--|---|
| | mandiri dari satu posisi keposisi lain ditempat tidur | ketidaknyamanan dapat teratasi dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri (skala 1,2,3,4,5) 2. Cemas (skala 1,2,3,4,5) 3. Rasa takut (skala 1,2,3,4,5) Keterangan skala: <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada | mengetahui adanya iritasi,retak lesi <ol style="list-style-type: none"> 2.3 Keringkan pada sela-sela kiaki dengan seksama 3.3 Oleskan minyak zaitun 4.3 Bersihkan kuku klien 5.3 Diskusikan dengan pasien mengenai perawatan rutin kaki 6.3 Monitor edema pada kaki 7.3 Anjurkan pasien akan pentingnya memeriksakaki terutama ketika sensasi mulai terasa berkurang |
| 4. | Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini Definisi: Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon otonom, perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya . hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan kemampuan | Tingkat kecemasan: Definisi: keparahan dari tanda-tanda ketakutan, ketegangan, atau kegelisahan yang berasal dari sumber yang tidak dapat diidentifikasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam tingkat kecemasan dapat menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan gelisah (skala 1,2,3,4,5) 2. Wajah tegang (skala 1,2,3,4,5) 3. Tidak bisa mengambil keputusan (skala 1,2,3,4,5) Keterangan Skala: <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Cukup berat | Teknik Menenangkan: Definisi: mengurangi ansietas pada pasien yang mengalami distress akut <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahankan sikap tenang dan hati-hati 2.4 Pertahankan kontak mata 3.4 Berada sisi klien 4.4 Bicara dengan lembut 5.4 Duduk dan bicara dengan klien 6.4 Tawaran usapan pada kaki klien 7.4 Instruksikan klien menggunakan teknik mengurangi rasa cemas (mendengarkan music) |

| | | | |
|----|--|--|---|
| | individu untuk bertindak menghadapi ancaman. | <ol style="list-style-type: none"> 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada | |
| 5. | <p>Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah</p> <p>Definisi: Kerentanan terhadap variasi kadar gula dari rentang normal, yang dapat mengganggu kesehatan</p> | <p>Manajemen diri :diabetes:</p> <p>Tindakan seseorang untuk mengelola diabetes, pengobatan, pencegahan, perkembangan penyakit, dan komplikasinya. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x manajemen diri :diabetes ditunjukkan secara konsisten dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menerima diagnosis 2. Mencari metode untuk mencegah komplikasi 3. Melaporkan luka yang tidak sembuh <p>Keterangan Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Jarang menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan | <p>Peningkatan efikasi diri:</p> <p>Penguatan kepercayaan diri individu terkait dengan kemampuannya untuk melaksanakan perilaku sehat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 Eksplorasi persepsi individu mengenai kemampuan nya untuk melaksanakan perilaku-prilaku yang diinginkannya 2.5 Bantu klien untuk berkomitmen terhadap rencana tindakan untuk merubah perilaku 3.5 Berikan penguatan positif 4.5 Dukung interaksi dengan individu yang telah berhasil merubah perilakunya. |

| | | | |
|-----------|--|--|---|
| <p>6.</p> | <p>Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer Definisi: Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah keperifer yang dapat mengganggu kesehatan</p> | <p>Status sirkulasi: Aliran darah yang searah dan tidak terhambat dengan aliran yang tepat melalui pembuluh darah besar sirkuit sistemik dan paru Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 8 jam status sirkulasi menunjukkan deviasi berat dari kisaran normal dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema perifer 2. Penurunan suhu kulit 3. Luka ekstermitas bawah | <p>Monitor Ekstremitas bawah: Mengumpulkan, menganalisis, dan menggunakan data pasien untuk dapat mengkategorikan resiko dan pencegahan cedera pada ekstremitas bawah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.6 Inspeksi terhadap kebersihan kulit yang buruk 2.6 Inspeksi adanya edema pada ekstremitas bawah 3.6 Inspeksi perubahan pada kuku kaki 4.6 Inspeksi warna suhu 5.6 Tentukan status mobilisasi 6.6 Monitor kekuatan otot 7.6 Berikan informasi cara perawatan kaki yang khusus direkomendasikan |
| <p>7.</p> | <p>Ketidakpatuhan: Definisi: Prilaku individu pemberi asuhan yang tidak sesuai dengan rencana promosi kesehatan atau terapeutik yang ditetapkan oleh individu serta professional pelayanan kesehatan.</p> | <p>Perilaku pengobatan yang disarankan: Definisi: Tindakan personal untuk mengelola keamanan obat yang memenuhi efek terapeutik pada kondisi tertentu yang direkomendasikan oleh professional kesehatan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x klien dapat menunjukkan secara</p> | <p>Perencanaan pulang: Definisi: Persiapan untuk memindahkan klien dari tingkat perawatan satu ke tingkat perawatan lain, baik didalam maupun diluar lembaga kesehatan lain</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Identifikasi pengetahuan yang diperlukan klien 2.7 Motivasi klien melakukan perawatan diri |



| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>konsisten dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari makanan yang tidak disarankan 2. Minum obat sesuai dosis 3. Membuat daftar obat yang didapat <p>Keterangan Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak pernah menunjukkan 2. Jarang menunjukkan 3. Kadang-kadang menunjukkan 4. Jarang menunjukkan 5. Secara konsisten menunjukkan | <p>secara mandiri</p> <p>3.7 Sarankan perawatan yang sesuai untuk klien atau sesuai kebutuhan klien</p> <p>4.7 Berikan informasi kepada klien tentang nutrisi</p> |
|--|--|---|---|



Hasil Laboratorium

Tanggal 29 Oktober 2017

| No | Serologi | hasil | Nilai rujukan | Unit |
|----|----------|-------------|---------------|------|
| 1 | HIV | Non reaktif | Non reaktif | |
| 2 | HBsAg | Reaktif | <0,90 | COI |

Pemeriksaan Hematologi

| No | PEMERIKSAAN | HASIL | NILAI NORMAL | SATUAN |
|----|-----------------|-------|-----------------|--------------|
| 1 | Leukosit | 16,23 | 4.80-10.80 | $10^3/\mu L$ |
| 2 | Eritrosit | 100 | 150-220 | $10^3/\mu L$ |
| 3 | Hematokrit | 106 | <150 | % |
| 4 | Hemoglobin | 4,8 | 4-7 | g/dl |
| 5 | Glukosa sewaktu | 10,4 | 70-140 | Mg/dL |
| 6 | Ureum | 43,7 | 17-43.0 | Mg/dl |
| 7 | Natrium | 125 | 135-155 | Mmol/L |
| 8 | Kalium | 4,0 | 3,6-5,5 | Mmol/L |

Tanggal 30 Oktober 2017

| No | PEMERIKSAAN | HASIL | NILAI NORMAL | SATUAN |
|----|-----------------|-------|-----------------|--------|
| 1 | Glukosa sewaktu | 320 | 60-150 | Mg/dl |
| 2 | Cholesterol | 100 | 150-220 | Mg/dl |
| 3 | Trigliserida | 106 | <150 | Mg/dl |
| 4 | Asamurat | 4,8 | 4-7 | Mg/dl |
| 5 | HbA1c | 10,4 | 4,5-6,5 | % |
| 6 | Ureum | 24,7 | 15-40 | Mg/dl |
| 7 | Creatinin | 0,7 | 0,5-1,5 | Mg/dl |

| | | | | |
|---|---------|-----|---------|--------|
| 8 | Natrium | 141 | 135-155 | Mmol/L |
| 9 | Kalium | 5,3 | 3,6-5,5 | Mmol/L |

Tanggal 01 November 2017

| No | Serologi | hasil | Nilai rujukan | Unit |
|----|--------------------|-------|---------------|-------|
| 1 | (BT) Bleeding Time | 2 | 1-6 | menit |
| 2 | Clotting Time (CT) | 9 | 1-15 | menit |

Tanggal 03 November 2017

| No | PEMERIKSAAN | HASIL | NILAI NORMAL | SATUAN |
|----|-------------|-------|--------------|--------------|
| 1 | Leukosit | 14,94 | 4.80-10.80 | $10^3/\mu L$ |
| 2 | Eritrosit | 3,67 | 150-220 | $10^3/\mu L$ |
| 3 | Hematokrit | 29,3 | <150 | % |
| 4 | Hemoglobin | 9,4 | 4-7 | fl |
| 5 | MCV | 79,7 | 81,0-99,0 | % |
| 6 | MCH | 25,7 | 27,0-31,0 | fl |
| 7 | MCHC | 32,0 | 150-450 | fl |

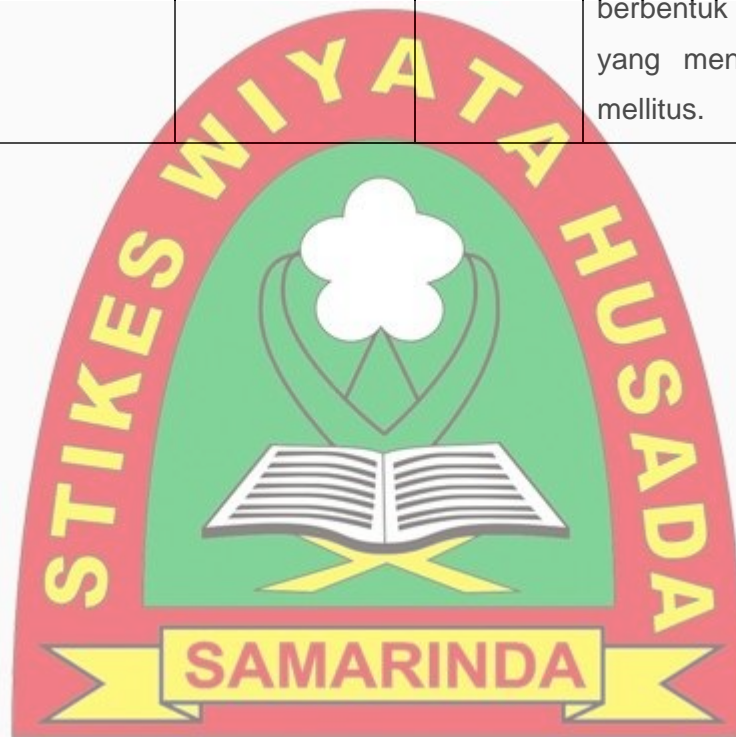
| No | Identifikasi | hasil |
|----|--------------------|-----------------------|
| 1 | Selected organisme | Enterococcus faecalis |

Hasil Cek Gula Darah

| No | Hari | Hasi GDS | Insulin |
|----|----------------------------|----------|-------------------------|
| 1 | Rabu 15 November 2017 | 200 | Novoraped 10 IU |
| 2 | Kamis 16 November 2017 | 433 | Novoraped 10 IU |
| 3 | Jumat 17 November 2017 | 105 | Tidak diberikan insulin |
| 4 | Minggu 18 November 2017 | 254 | Novoraped 12 IU |
| 5 | Senin 20 November 2017 | 345 | Novoraped 12 IU |

| NO | TERAPI | RUTE PEMBERIAN | DOSIS | TUJUAN |
|----|---------------|-------------------|-----------------|---|
| 1 | NACL | IVFD | 0,9/20 tpm | Natrium klorida juga dikenal dengan garam dapur, atau halid, adalah senyawa kimia dengan rumus molekul NaCl. Senyawa ini adalah garam yang paling mempengaruhi salinitas laut dan cairan ekstraseluler pada banyak organisme |
| 2 | Ceftriaxon | Injeksi SC | 1 gr 2x 1 gr/iv | Golongan antibiotic cephalosporin yang dapat digunakan untuk mengobati beberapa kondisi akibat infeksi bakteri, seperti, pneumonia, sepsis, meningitis, infeksi, kulit gonore atau kencing nanah dan infeksi pada pasien dengan sel darah putih yang rendah |
| 3 | Metronidazole | Nasal kanul | 3 x 500 mg | Antibiotic untuk mengobati berbagai infeksi akibat bakteri. Obat ini tergolong dalam kelas antibiotic yang dikenal dengan nitroimidazoles. Cara kerjanya adalah dengan menghentikan pertumbuhan bakteri dan protozoa. |
| 4 | Ciprofixacin | Oral | 2x 200 mg | Antibiotic yang digunakan untuk menangani berbagai jenis infeksi akibat bakteri, misalnya infeksi saluran kemih, infeksi pada saluran pencernaan, infeksi pada mata, infeksi pada mata dan infeksi menular seksual |

| | | | | |
|---|-----------|----|--------|--|
| | | | | |
| 5 | Novorapid | IM | 3x8 IU | Adalah obat insulin untuk penyakit diabetes yang berbentuk insulin atau obat injeksi yang mengatasi penyakit diabetes mellitus. |
| 6 | Levemir | IM | 16 IU | Adalah obat insulin jangka panjang untuk penyakit diabetes yang berbentuk insulin atau obat injeksi yang mengatasi penyakit diabetes mellitus. |



D. Implementasi Keperawatan

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|--|---------------------------|--|--|-------|
| Diagnosa 1 Kerusakan Integritas Jaringan Berhubungan dengan Gangguan Metabolisme | Rabu 17 Nov 2017 | <p>1.1 memberikan kontrol nyeri yang memadai dengan melakukan pemijatan lembut dibagian kaki pasien Ep: klien mengatakan bagian kaki terasa nyeri</p> <p>2.1 melakukan pembersihan luka pada saat klien sedang santai pada saat pagi hari Ep: pasien mengatakan sudah siap dilakukan untuk pembersihan luka</p> <p>3.1 menyiram balutan dengan cairan NACL sebelum mengangkat balutan untuk mengurangi nyeri karena ada balutan yang lengket pada bagian luka Ep: pasien tidak merasa sakit saat dibuka balutannya</p> <p>4.1 meminta ijin kepada pasien untuk foto bagian luka ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema Ep: pasien tidak keberatan, karena untuk memonitoring hasil evaluasi perkembangan luka dan juga untuk diinformasikan kepada dokter</p> <p>5.1 mencatat perubahan evolusi ulkus Ep: luka klien masih banyak mengeluarkan pus, berbau busuk, ada jaringan nekrotik, ada perdarahan</p> <p>6.1 mencatat tanda dan gejala infeksi luka Ep: luka ada pus, kemerahan, bengkak, klien mengeluh nyeri.</p> <p>7.1 Melakukan irigasi luka dengan air saline, hindari tekanan yang berlebihan Ep: saat dilakukan irigasi banyak pus bercampur darah yang keluar dan berbau</p> | <p>S: Klien mengatakan luka dikaki kanan bagian sebelah mata kaki kiri dan tembus dibagian kanan kaki</p> <p>O:</p> <p>6. Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan</p> <p>7. Ada pus, perdarahan, luka berbau busuk, bagian kaki bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka ada pus, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ±2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ±5 cm, kedalaman luka ±8-9 cm</p> <p>8. Leukosit 14,94 $10^3/\mu L$</p> <p>A: penyembuhan luka belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>26.1 Berikan kontrol nyeri yang memadai misalnya (relaksasi, distraksi)</p> <p>27.1 Gambarkan karakter ulkus, catat</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>8.1 menghindari menyeka bagian luka ketika membersihkan</p> <p>9.1 membersihkan luka menggunakan cairan NACL</p> <p>10.1 membersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>11.1 menepuk lembut kulit pada tepian ulkus yang kering Ep: keluar pus bercampur darah</p> <p>12.1 menghindari pengangkatan jaringan secara mekanik atau dengan bahan kimia</p> <p>13.1 menggunakan balutan yang menyerap cairan</p> <p>14.1 menggunakan balutan berdaya serap tinggi dan menggunakan kasa 4-7 kasa untuk menghindari balutan basah.</p> <p>15.1 melakukan tekanan manual pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan Ep: perdarahan hanya pada saat pus keluar bercampur darah akan tetapi tidak banyak</p> <p>16.1 mendiskusikan dengan pasien yang paling mengkhawatirkan dari ulkus Ep: pasien mengatakan khawatir karena dokter mengatakan kakinya harus diamputasi.</p> <p>17.1 menyarankan pasien untuk melihat bagian tubuh yang mengalami perubahan Ep: klien mau melihat bagian luka</p> | <p>ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema</p> <p>28.1 Bersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>29.1 Tepuk lembut kulit pada tepian ulkus yang kering</p> <p>30.1 Lakukan tekanan manual pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> | |
|--|--|---|--|--|

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|--------------------------------------|---|---|-------|
| <p>Diagnosa 1</p> <p>Kerusakan Integritas Jaringan Berhubungan dengan Gangguan Metabolisme</p> | <p>Kamis 18 Nov 2017</p> | <p>1.1 memberikan kontrol nyeri yang memadai dengan melakukan pemijatan lembut dibagian kaki pasien Ep: klien mengatakan bagian kaki terasa nyeri</p> <p>2.1 melakukan pembersihan luka</p> | <p>S: Klien mengatakan luka dikaki kanan bagian sebelah mata kaki kiri dan tembus dibagian kanan kaki</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>pada saat klien sedang santai pada saat pagi hari Ep: pasien mengatakan sudah siap dilakukan untuk pemberihan luka</p> <p>3.1 menyiram balutan dengan cairan NACL sebelum mengangkat balutan untuk mengurangi nyeri karena ada balutan yang lengket pada bagian lukan Ep: pasien tidak merasa sakit saat dibuka balutannya</p> <p>4.1 meminta ijin kepada pasien untuk foto bagian luka ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema Ep: pasien tidak keberatan, karena untuk memonitoring hasil evaluasi perkembangan luka dan juga untuk diinformasikan kepada dokter</p> <p>5.1 mencatat perubahan evolusi ulkus Ep: luka klien masih banyak mengeluarkan pus, berbau busuk, tidak ada jaringan nekrotik, ada perdarahan</p> <p>6.1 mencatat tanda dan gejala infeksi luka Ep: luka ada pus, kemerahan, bengkak, klien mengeluh nyeri.</p> <p>7.1 Melakukan irigasi luka dengan air saline, hindari tekanan yang berlebihan Ep: saat dilakukan irigasi banyak pus bercampur darah yang keluar dan berbau</p> <p>8.1 menghindari menyeka bagian luka ketika membersihkan</p> <p>9.1 membersihkan luka menggunakan cairan NACL</p> <p>10.1 membersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju</p> | <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan Ada pus, perdarahan, luka berbau busuk, bagian kaki bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka ada pus, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri $\pm 2\text{cm}$, lebar luka dibagian sebelah kanan $\pm 5\text{ cm}$, kedalaman luka $\pm 8-9\text{ cm}$ Leukosit $14,94 \times 10^3/\mu\text{L}$ <p>A: penyembuhan luka belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Berikan kontrol nyeri yang memadai misalnya (relaksasi, distraksi) 1.2 Gambarkan karakter ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edem | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>area yang kotor</p> <p>11.1 menepuk lembut kulit pada tepian ulkus yang kering</p> <p>Ep: keluar pus bercampur darah</p> <p>12.1 menghindari pengangkatan jaringan secara mekanik atau dengan bahan kimia</p> <p>13.1 menggunakan balutan yang menyerap cairan</p> <p>14.1 menggunakan balutan berdaya serap tinggi dan menggunakan kasa 4-7 kasa untuk menghindari balutan basah.</p> <p>15.1 melakukan tekanan manual pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> <p>Ep: perdarahan hanya pada saat pus keluar bercampur darah akan tetapi tidak banyak</p> <p>16.1 mendiskusikan dengan pasien yang paling mengkhawatirkan dari ulkus</p> <p>Ep: pasien mengatakan khawatir karena dokter mengatakan kakinya harus diamputasi.</p> <p>17.1 menyarankan pasien untuk melihat bagian tubuh yang mengalami perubahan</p> <p>Ep: klien mau melihat bagian luka</p> | <p>1.3 Bersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>1.4 Tepuk lembut kulit pada tepian ulkus yang kering</p> <p>1.5 Lakukan tekanan manual pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> | |
|--|--|--|---|--|

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|--------------------------------------|--|---|-------|
| <p>Diagnosa 1</p> <p>Kerusakan Integritas Jaringan Berhubungan dengan Gangguan Metabolisme</p> | <p>Jumat 19 Nov 2017</p> | <p>1.1 memberikan kontrol nyeri yang memadai dengan melakukan pemijatan lembut dibagian kaki pasien</p> <p>Ep: klien mengatakan bagian kaki terasa nyeri</p> <p>2.1 melakukan pembersihan luka</p> | <p>S: Klien mengatakan luka dikaki kanan bagian sebelah mata kaki kiri dan tembus dibagian kanan kaki</p> <p>O:</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>pada saat klien sedang santai pada saat pagi hari Ep: pasien mengatakan sudah siap dilakukan untuk pemberishan luka</p> <p>3.1 menyiram balutan dengan cairan NACL sebelum mengangkat balutan untuk mengurangi nyeri karena ada balutan yang lengket pada bagian lukan Ep: pasien tidak merasa sakit saat dibuka balutannya</p> <p>4.1 meminta ijin kepada pasien untuk foto bagian luka ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema Ep: pasien tidak keberatan, karena untuk memonitoring hasil evaluasi perkembangan luka dan juga untuk diinformasikan kepada dokter</p> <p>5.1 mencatat perubahan evolusi ulkus Ep: luka klien masih banyak mengeluarkan pus, berbau busuk, tidak ada jaringan nekrotik, ada perdarahan</p> <p>6.1 mencatat tanda dan gejala infeksi luka Ep: luka ada pus, kemerahan, bengkak, klien mengeluh nyeri.</p> <p>7.1 Melakukan irigasi luka dengan air saline, hindari tekanan yang berlebihan Ep: saat dilakukan irigasi banyak pus bercampur darah yang keluar dan berbau</p> <p>8.1 menghindari menyeka bagian luka ketika membersihkan</p> <p>9.1 membersihkan luka menggunakan cairan NACL</p> <p>10.1 membersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju</p> | <p>1.1 Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan</p> <p>2.1 Ada pus, perdarahan, luka bau busuk pus berkurang, bagian kaki bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka ada pus, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ± 2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ± 5 cm, kedalaman luka $\pm 8-9$ cm</p> <p>3.1 Leukosit $14,94 \times 10^3/\mu L$</p> <p>A: penyembuhan luka belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Berikan kontrol nyeri yang memadai misalnya (relaksasi, distraksi)</p> <p>2.1 Gambarkan karakter ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, baw dan edema</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>area yang kotor</p> <p>11.1 menepuk lembut kulit pada bagian kaki klien melakuakn masase lembut dari bagian lutut hingga bagian bawah kaki dan tepian ulkus yang kering</p> <p>Ep: keluar pus bercampur darah</p> <p>12.1 menghindari pengangkatan jaringan secara mekanik atau dengan bahan kimia</p> <p>13.1 menggunakan balutan yang menyerap cairan</p> <p>1.1 menggunakan balutan berdaya serap tinggi dan menggunakan kasa 4-7 kasa untuk menghindari balutan basah.</p> <p>15.1 melakukan tekanan manual dengan miyak zaitun pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> <p>Ep: perdarahan hanya pada saat pus keluar bercampur darah akan tetapi tidak banyak</p> <p>1.1 mediskusikan dengan pasien yang paling mengkhawatirkan dari ulkus</p> <p>Ep: pasien mengatakan khawatir karena dokter mengatakan kakinya harus diamputasi.</p> <p>17.1 menyarankan pasien untuk melihat bagian tubuh yang mengalami perubahan</p> <p>Ep: klien mau melihat bagian luka</p> | <p>3.1 Bersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>4.1 Tepuk lembut kulit pada tepian ulkus yang kering</p> <p>5.1 Lakukan tekanan manual pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> | |
|--|--|--|---|--|

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|--------------------------|---|---|-------|
| Diagnosa 1 Kerusakan Integritas | minggu 21 Nov 2017 | 1.1 memberikan kontrol nyeri yang memadai dengan melakukan pemijatan lembut dibagian kaki | S: Klien mengatakan luka dikaki kanan bagian sebelah mata kaki kiri dan | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>Jaringan Berhubungan dengan Gangguan Metabolisme</p> | | <p>pasien Ep: klien mengatakan bagian kaki terasa nyeri</p> <p>2.1 melakukan pembersihan luka pada saat klien sedang santai pada saat pagi hari Ep: pasien mengatakan sudah siap dilakukan untuk pemberihan luka</p> <p>3.1 menyiram balutan dengan cairan NACL sebelum mengangakat balutan untuk mengurangi nyeri karena ada balutan yang lengket pada bagian luka Ep: pasien tidak merasa sakit saat dibuka balutannya</p> <p>4.1 meminta ijin kepada pasien untuk foto bagian luka ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema Ep: pasien tidak keberatan, karena untuk memonitoring hasil evaluasi perkembangan luka dan juga untuk diinformasikan kepada dokter</p> <p>5.1 mencatat perubahan evolusi ulkus Ep: luka klien masih banyak mengeluarkan pus, berbau busuk, tidak ada jaringan nekrotik, ada perdarahan</p> <p>6.1 mencatat tanda dan gejala infeksi luka Ep: luka ada pus, kemerahan, bagian kaki tidak bengkak, nyeri berkurang skala nyeri 4.</p> <p>7.1 Melakukan irigasi luka dengan air saline, hindari tekanan yang berlebihan Ep: saat dilakukan irigasi banyak pus bercampur darah yang keluar dan berbau</p> <p>8.1 menghindari menyeka bagian luka ketika membersihkan</p> | <p>tembus dibagian kanan kaki</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan Ada pus, perdarahan, luka berbau busuk, bagian kaki tidak bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka jumlah pus berkurang, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ± 2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ± 5 cm, kedalaman luka $\pm 8-9$ cm Leukosit $14,94 \times 10^3/\mu L$ <p>A: penyembuhan luka belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Berikan kontrol nyeri yang memadai misalnya (relaksasi, distraksi) Gambarkan karakter ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, baid an edema |
|---|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>9.1 membersihkan luka menggunakan cairan NACL</p> <p>10.1 membersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>11.1 menepuk lembut kulit pada bagian kaki klien melakukan masase lembut dari bagian lutut hingga bagian bawah kaki dan tepian ulkus yang kering Ep: pus bercampur darah berkurang</p> <p>12.1 menghindari pengangkatan jaringan secara mekanik atau dengan bahan kimia</p> <p>13.1 menggunakan balutan yang menyerap cairan</p> <p>14.1 menggunakan balutan berdaya serap tinggi dan menggunakan kasa 4-7 kasa untuk menghindari balutan basah.</p> <p>15.1 melakukan tekanan manual menggunakan minyak zaitun pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan Ep: perdarahan hanya pada saat pus keluar bercampur darah akan tetapi tidak banyak Kaki kanan klien menjadi lembut tidak kering</p> <p>16.1 mediskusikan dengan pasien yang paling mengkhawatirkan dari ulkus Ep: pasien mengatakan khawatir karena dokter mengatakan kakinya harus diamputasi.</p> <p>17.1 menyarankan pasien untuk melihat bagian tubuh yang mengalami perubahan Ep: klien mau melihat bagian</p> | <p>3. Bersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>4. Tepuk lembut kulit pada tepian ulkus yang kering</p> <p>5. Lakukan tekanan manual pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> | |
|--|--|---|--|--|

| | | | |
|--|--|------|--|
| | | luka | |
|--|--|------|--|

| Diagnosa | Hari/Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|--|----------------------------|--|--|-------|
| Diagnosa 1 Kerusakan Integritas Jaringan Berhubungan dengan Gangguan Metabolisme | Senin 23 Nov 2017 | <p>1.1 memberikan kontrol nyeri yang memadai dengan melakukan pemijatan lembut dibagian kaki pasien Ep: klien mengatakan bagian kaki terasa nyeri</p> <p>2.1 melakukan pembersihan luka pada saat klien sedang santai pada saat pagi hari Ep: pasien mengatakan sudah siap dilakukan untuk pembersihan luka</p> <p>3.1 menyiram balutan dengan cairan NACL sebelum mengangkat balutan untuk mengurangi nyeri karena ada balutan yang lengket pada bagian luka Ep: pasien tidak merasa sakit saat dibuka balutannya</p> <p>4.1 meminta izin kepada pasien untuk foto bagian luka ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema Ep: pasien tidak keberatan, karena untuk memonitoring hasil evaluasi perkembangan luka dan juga untuk diinformasikan kepada dokter</p> <p>5.1 mencatat perubahan evolusi ulkus Ep: produksi pus berkurang, berbau busuk, tidak ada jaringan nekrotik, ada perdarahan</p> <p>6.1 mencatat tanda dan gejala infeksi luka Ep: luka tidak ada pus, kemerahan, bagian kaki tidak bengkak, nyeri berkurang skala nyeri 4.</p> <p>7.1 Melakukan irigasi luka dengan</p> | <p>S: Klien mengatakan luka dikaki kanan bagian sebelah mata kaki kiri dan tembus dibagian kanan kaki</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan Ada pus, perdarahan, luka berbau busuk, bagian kaki tidak bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka jumlah pus berkurang, didalam bolongan luka pus berkurang yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ± 2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ± 5 cm, kedalaman luka $\pm 8-9$ cm Leukosit $14,94 \times 10^3 \mu L$ <p>A: penyembuhan luka belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Berikan kontrol nyeri yang memadai misalnya (relaksasi, distraksi)</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>air saline, hindari tekanan yang berlebihan Ep: saat dilakukan irigasi banyak pus bercampur darah yang keluar dan berbau</p> <p>8.1 menghindari menyeka bagian luka ketika membersihkan</p> <p>9.1 membersihkan luka menggunakan cairan NACL</p> <p>10.1 membersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>11.1 menepuk lembut kulit pada bagian kaki klien melakukan masase lembut dari bagian lutut hingga bagian bawah kaki dan tepian ulkus yang kering dengan menggunakan minyak zaitun</p> <p>Ep: pus bercampur darah berkurang</p> <p>12.1 menghindari pengangkatan jaringan secara mekanik atau dengan bahan kimia</p> <p>13.1 menggunakan balutan yang menyerap cairan</p> <p>14.1 menggunakan balutan berdaya serap tinggi dan menggunakan kasa 4-7 kasa untuk menghindari balutan basah.</p> <p>15.1 melakukan tekanan manual menggunakan minyak zaitun pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> <p>Ep: perdarahan hanya pada saat pus keluar bercampur darah akan tetapi tidak banyak Kaki kanan klien menjadi lembut tidak kering</p> <p>16.1 mediskusikan dengan pasien yang paling mengkhawatirkan dari ulkus Ep: pasien mengatakan khawatir karena dokter mengatakan kakinya harus diamputasi.</p> <p>17.1 menyarankan pasien untuk melihat bagian tubuh yang</p> | <p>1.2 Gambarkan karakter ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema</p> <p>1.3 Bersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>1.4 Tepuk lembut kulit pada tepian ulkus yang kering</p> <p>1.5 Lakukan tekanan manual pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | mengalami perubahan Ep: klien mau melihat bagian luka | |
|--|--|--|--|

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|--|-------------------|---|---|-------|
| Diagnosa 1 Kerusakan Integritas Jaringan Berhubungan dengan Gangguan Metabolisme | 23 Nov 2017 | <p>1.1 memberikan kontrol nyeri yang memadai dengan melakukan pemijatan lembut dibagian kaki pasien Ep: klien mengatakan bagian kaki terasa nyeri</p> <p>2.1 melakukan pembersihan luka pada saat klien sedang santai pada saat pagi hari Ep: pasien mengatakan sudah siap dilakukan untuk pembersihan luka</p> <p>3.1 menyiram balutan dengan cairan NACL sebelum mengangkat balutan untuk mengurangi nyeri karena ada balutan yang lengket pada bagian luka Ep: pasien tidak merasa sakit saat dibuka balutannya</p> <p>4.1 meminta ijin kepada pasien untuk foto bagian luka ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema Ep: pasien tidak keberatan, karena untuk memonitoring hasil evaluasi perkembangan luka dan juga untuk diinformasikan kepada dokter</p> <p>5.1 mencatat perubahan evolusi ulkus Ep: pus berkurang, berbau busuk akan tetapi tidak menyengat, tidak ada jaringan nekrotik.</p> <p>6.1 mencatat tanda dan gejala infeksi luka Ep: produksi pus berkurang, kemerahan, bagian kaki tidak bengkak, nyeri berkurang skala nyeri 2.</p> | <p>S: Klien mengatakan luka dikaki kanan bagian sebelah mata kaki kiri dan tembus dibagian kanan kaki</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Luka dikaki kanan bagian sebelah kiri mata kaki tembus dibagian mata kaki sebelah kanan Ada pus, perdarahan, luka berbau busuk akan tetapi tidak menyengat, bagian kaki tidak bengkak, warna luka kemerahan, luka lembab, bagian atas luka kemerahan, bagian dalam luka jumlah pus berkurang, didalam bolongan luka banyak pus yang keluar saat di semprotkan cairan NACL, lebar luka dibagian kaki sebelah kiri ± 2cm, lebar luka dibagian sebelah kanan ± 5 cm, kedalaman luka $\pm 8-9$ cm Leukosit $14,94 \times 10^3/\mu L$ <p>A: penyembuhan luka teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>1.1 Berikan kontrol nyeri yang memadai misalnya (relaksasi,</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | <p>7.1 Melakukan irigasi luka dengan air saline, hindari tekanan yang berlebihan Ep: saat dilakukan irigasi banyak pus bercampur darah yang keluar dan berbau</p> <p>8.1 menghindari menyeka bagian luka ketika membersihkan</p> <p>9.1 membersihkan luka menggunakan cairan NACL</p> <p>10.1 membersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>11.1 menepuk lembut kulit pada bagian kaki klien melakukan masase lembut dari bagian lutut hingga bagian bawah kaki dan tepian ulkus yang kering Ep: pus bercampur darah berkurang</p> <p>12.1 menghindari pengangkatan jaringan secara mekanik atau dengan bahan kimia</p> <p>14.1 menggunakan balutan yang menyerap cairan</p> <p>15.1 menggunakan balutan berdaya serap tinggi dan menggunakan kasa 4-7 kasa untuk menghindari balutan basah.</p> <p>16.1 melakukan tekanan manual menggunakan minyak zaitun pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> <p>Ep: perdarahan hanya pada saat pus keluar bercampur darah akan tetapi tidak banyak Kaki kanan klien menjadi lembut tidak kering</p> <p>1.6 mediskusikan dengan pasien yang paling mengkhawatirkan dari ulkus Ep: pasien mengatakan khawatir</p> | <p>distraksi)</p> <p>1.2 Gambarkan karakter ulkus, catat ukuran, lokasi, cairan, yang keluar, warna, perdarahan, nyeri, bau dan edema</p> <p>1.3 Bersihkan ulkus dimulai dari area terbersih, bergerak menuju area yang kotor</p> <p>1.4 Tepuk lembut kulit pada tepian ulkus yang kering</p> <p>1.5 Lakukan tekanan manual pada tempat perdarahan atau area yang potensial untuk terjadinya perdarahan</p> | |
|--|--|---|---|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | karena dokter mengatakan kakinya harus diamputasi. | | |
| | | 17.1 menyarankan pasien untuk melihat bagian tubuh yang mengalami perubahan Ep: klien mau melihat bagian luka | | |

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|--|-------------------|--|---|-------|
| Diagnosa 2 Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) | 17 Nov 2017 | 10.2 melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif Ep: klien mengatakan nyeri skala nyeri 6-8 11.2 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal Ep: sat diganti perban klien terlihat meringis menahan sakit 12.2 memberikan perawatan angesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat 13.2 menentukan akibat pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan) Ep: klien mengatakan saat malam hari susah tidur karena merasa nyeri pada kaki 14.2 memberikan informasi mengenai nyeri (nyeri yang dirasakan akibat terjadi peradangan pada luka) 15.2 mengajarkan klien untuk rileksasi nafas dalam menangani nyeri yang tepat Ep: klien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam 16.2 memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik. Ep: klien mengatakan nyeri masih terasa | S: klien mengatakan kaki dibagian kanan terasa nyeri, nyeri dirasakan terus menerus, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar sampai pada kaki bawah dan atas, apabila nyeri klien tidak bisa tidur, nyeri dirasakan terus menerus, hal yang menyebabkan nyeri saat kaki klien dipegang, skala nyeri 6-8. (penilaian nyeri SOCRATES) O: 5. Klien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan 6. Saat kaki disentuh wajah klien meringis 7. Saat berpindah posisi klien berhati-hati 8. Tekanan darah 140/90 mmHg A: Nyeri berat (skala 6-8) P: Intervensi dilanjutkan | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>1.2 Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif</p> <p>2.2 Observasi adanya petunjuk nonverbal</p> <p>3.2 Pastikan perawatan angesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat</p> | |
|--|--|--|---|--|

| Diagnosa | Hari/Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|----------------------------|--|--|-------|
| <p>Diagnosa 2</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi)</p> | <p>18 Nov 2017</p> | <p>1.2 melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif Ep: pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>2.2 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal Ep:saat perban diganti pasien mengatakan yeri berkurang</p> <p>3.2 memberikan perawatan angesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat</p> <p>4.2 menentukan akibat pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan) Ep: klien mengatakan tadi malam bisa tidur</p> <p>5.2 mengingatkan klien untuk rileksasi nafas dalam menangani nyeri yang tepat Ep:klien ingat cara melakukan rileksasi nafas dalam</p> <p>6.2 memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik. Ep: klien mengatakan nyeri berkurang</p> | <p>S:</p> <p>klien mengatakan kaki dibagian kanan terasa nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar sampai pada kaki bawah dan atas, nyeri dirasakan terus menerus, hal yang menyebabkan nyeri saat kaki klien dipegang, skala nyeri 4 (penilaian nyeri SOCRAATES)</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan 2. Saat kaki disentuh wajah klien meringis 3. Saat berpindah posisi klien berhati-hati 4. Tekanan darah 140/90 mmHg <p>A:</p> <p>Nyeri sedang (skala 4)</p> <p>P:</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.2 Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif</p> <p>2.2 Observasi adanya petunjuk nonverbal</p> <p>3.2 Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat</p> | |
|--|--|--|---|--|

| Diagnosa | Hari/Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|----------------------------|--|---|-------|
| <p>Diagnosa 2</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi)</p> | <p>19 Nov 2017</p> | <p>1.2 melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif Ep: klien mengatakan kaki bisa dipijakkan. Nyeri berkurang</p> <p>2.2 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal Ep: tidak ada eksresi yang menunjukkan pasien merasa nyeri</p> <p>3.2 menentukan akibat pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan) Ep: klien mengatakan tadi malam bisa istirahat</p> <p>4.2 mengingatkan klien untuk rileksasi nafas dalam menangani nyeri yang tepat Ep: klien mengatakan ingat melakukan rileksasi nafas dalam apabila terasa nyeri</p> <p>5.2 memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik. Ep:klien mengatakan nyeri pada kaki berkurang</p> | <p>S:</p> <p>klien mengatakan kaki dibagian kanan terasa nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar sampai pada kaki bawah dan atas, nyeri dirasakan terus menerus, hal yang menyebabkan nyeri saat kaki klien dipegang, skala nyeri 4. (penilaian nyeri SOCRAATES)</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan 2. Saat kaki disentuh wajah klien meringis 3. Saat berpindah posisi klien berhati-hati 4. Tekanan darah 140/90 mmHg <p>A:</p> <p>Nyeri sedang (skala 4)</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.2 Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif 2.2 Observasi adanya petunjuk nonverbal 3.2 Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat | |
|--|--|--|--|--|

| Diagnosa | Hari/Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|----------------------------|--|--|-------|
| <p>Diagnosa 2</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi)</p> | <p>21 Nov 2017</p> | <p>1.2 melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif Ep: klien mengatakan bisa berjalan kewc sendiri dan bisa merasakan kakinya dipijak tidak merasakan sakit pada kaki</p> <p>2.2 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal Ep: tidak ada ekspresi merasakan nyeri atau meringis</p> <p>3.2 menentukan akibat pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan) Ep: klien mengatakan tadi malam bisa tidur dengan nyenyak</p> <p>4.2 mengingatkan pasien untuk rileksasi nafas dalam menangani nyeri yang tepat Ep:</p> <p>5.2 memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik. Ep:klien mengatakan senang kiarena nyeri berkurang dan pus dikaki sudah berkurang</p> | <p>S:</p> <p>klien mengatakan kaki dibagian kanan terasa nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar sampai pada kaki bawah dan atas, nyeri dirasakan hilang timbul, hal yang menyebabkan nyeri saat kaki klien dipegang, skala nyeri 4 (penilaian nyeri SOCRAATES)</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan 2. Saat kaki disentuh wajah klien meringis 3. Saat berpindah posisi klien berhati-hati 4. Tekanan darah 140/90 mmHg <p>A:</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>Nyeri sedang (skala 4)</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.2 Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif 2.2 Observasi adanya petunjuk nonverbal 3.2 Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat | |
|--|--|--|--|--|

| Diagnosa | Hari/Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|----------------------------|--|--|-------|
| <p>Diagnosa 2</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi)</p> | <p>22 Nov 2017</p> | <p>1.2 melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif Ep: klien mengatakan nyeri pada kaki berkurang</p> <p>2.2 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal Ep: tidak ekspresi meringis</p> <p>3.2 menentukan akibat pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan) Ep: klien mengatakan bisa tidur istirahat tadi malam</p> <p>4.2 mengingatkan klien untuk rileksasi nafas dalam menangani nyeri yang tepat</p> <p>5.2 memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik. Ep: pasien mengatakan senang sekali karena kakinya tidak terasa nyeri dan pus dikaki berkurang</p> | <p>S:</p> <p>klien mengatakan kaki dibagian kanan terasa nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar sampai pada kaki bawah dan atas, nyeri dirasakan hilang timbul, hal yang menyebabkan nyeri saat kaki klien dipegang, skala nyeri 4 (penilaian nyeri SOCRAATES)</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan 2. Saat kaki disentuh wajah klien meringis 3. Saat berpindah posisi klien berhati-hati 4. Tekanan darah 140/90 mmHg | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>A:</p> <p>Nyeri sedang (skala 4)</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.2 Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif</p> <p>2.2 Observasi adanya petunjuk nonverbal</p> <p>3.2 Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat</p> | |
|--|--|--|---|--|

| Diagnosa | Hari/Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|----------------------------|---|---|-------|
| <p>Diagnosa 2</p> <p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi)</p> | <p>23 Nov 2017</p> | <p>1.2 melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif Ep: klien mengatakan nyeri pada kaki berkurang dan kaki bisa dipijakakan dilantai</p> <p>2.2 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal Ep: tidak ada ekspresi menahan rasa nyeri (meringis)</p> <p>3.2 menentukan akibat pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien (tidur, nafsu makan) Ep: klien mengatakan bisa rilek saat tidur</p> <p>4.2 mengingatkan klien untuk rileksasi nafas dalam menangani nyeri yang tepat</p> <p>5.2 memonitor kepuasan pasien terhadap manajemen nyeri dalam interval yang spesifik. Ep: klien mengatakan tidak ada rasa nyeri saat dipijat dan pada bagian luka klien bisa merasakan karena sebelumnya kaki terasa mati rasa.</p> | <p>S:</p> <p>klien mengatakan kaki dibagian kanan terasa nyeri, nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar sampai pada kaki bawah dan atas, nyeri dirasakan terus menerus, hal yang menyebabkan nyeri saat kaki klien dipegang, skala nyeri 4 (penilaian nyeri SOCRAATES)</p> <p>O:</p> <p>1. Klien mengeluh nyeri pada kaki sebelah kanan</p> <p>2. Saat kaki disentuh wajah klien meringis</p> <p>3. Saat berpindah posisi klien berhati-hati</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>4. Tekanan darah 140/90 mmHg</p> <p>A:</p> <p>Nyeri sedang (skala 4)</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.2 Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif</p> <p>2.2 Observasi adanya petunjuk nonverbal</p> <p>3.2 Pastikan perawatan analgesik bagi pasien dilakukan dengan pemantauan yang ketat</p> | |
|--|--|--|---|--|

| Diagnosa | Hari/Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|--|--------------------|--|--|-------|
| <p>Diagnosa 3</p> <p>Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan nyeri</p> | <p>17 Nov 2017</p> | <p>8.3 Memeriksa kulit untuk mengetahui adanya iritasi,retak lesi Ep: kulit disekitar kaki klien kering, bersisik, dan bagian punggung kaki klien licin, kemerahan dan bengkak.</p> <p>9.3 mengeringkan pada sela-sela kaki dengan seksama, memotong kuku, membersihkan bagian jari kaki klien</p> <p>10.3 membersihkan dan memotong kuku klien</p> <p>11.3 mendiskusikan dengan pasien mengenai perawatan rutin kaki Ep: klien mengerti dan mau menggunakan minyak zaitun</p> <p>12.3 memonitor edema pada kaki Ep: kaki klien bengkak dank lien merasa nyeri</p> | <p>S:</p> <p>Klien mengatakan saat berjalan kaki bagian kanan susah untuk menginjak, terasa nyeri.</p> <p>O:</p> <p>5. Klien BAK hanya ditempat tidur</p> <p>6. Saat mengubah posisi baring klien sedikit kesulitan</p> <p>7. Klien selalu meminta bantuan apabila ingin BAK atau BAB</p> <p>A:</p> <p>Mobilitas fisik terganggu</p> <p>P:</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>13.3 menganjurkan pasien akan penting nya memeriksa kaki terutama ketika sensasi mulai terasa berkurang Ep: klien masih takut apabila melihat lukanya.</p> | <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>5.3 Monitor edema pada kaki</p> <p>6.3 Anjurkan pasien akan penting nya memeriksakaki terutama ketika sensasi mulai</p> | |
|--|--|---|--|--|

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|--|----------------------------|--|--|-------|
| <p>Diagnosa 3</p> <p>Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan nyeri</p> | <p>18 Nov 2017</p> | <p>1.3 Memeriksa kulit untuk mengetahui adanya iritasi,retak lesi Ep: kaki pasien kering, bagian kulit klien terkelupas</p> <p>2.3 mengeringkan pada sela-sela kaki dengan seksama</p> <p>3.3 mengoleskan dengan lembut minyak zaitun Ep: klien merasa nyaman dan tidak merasakan sakit pada kaki saat ganti perban</p> <p>4.3 mendiskusikan dengan pasien mengenai perawatan rutin kaki Ep: klien sangat senang karena perawatan luka saat ini tidak sakit dan puas karena kakinya dipijat</p> <p>5.3 memonitor edema pada kaki Ep: punggung kaki klien bengkak</p> <p>6.3 menganjurkan pasien akan penting nya memeriksa kaki terutama ketika sensasi mulai terasa berkurang Ep: pasien mulai berani melihat lukanya</p> | <p>S:</p> <p>Klien mengatakan saat berjalan kaki bagian kanan susah untuk menginjak, terasa nyeri.</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien BAK hanya ditempat tidur 2. Saat mengubah posisi baring klien sedikit kesulitan 3. Klien selalu meminta bantuan apabila ingin BAK atau BAB <p>A:</p> <p>Mobilitas fisik terganggu</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>5.3 Monitor edema pada kaki</p> <p>6.3 Anjurkan pasien akan penting nya memeriksakaki terutama ketika sensasi mulai</p> | |

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|-------------------|--|--|-------|
| Diagnosa 3 Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan nyeri | 19 Nov 2017 | 1.3 Memeriksa kulit untuk mengetahui adanya iritasi,retak lesi Ep: kulit klien tidak kering, 2.3 mengeringkan pada sela-sela kaki dengan seksama 3.3 mengoleskan dengan lembuh minyak zaitun Ep: dioleskan dari lutut melakukan tekanan lembut hingga pus keluar dari luka 4.3 mendiskusikan dengan pasien mengenai perawatan rutin kaki Ep: klien sangat senang karena pada saat diusap dengan tekanan sedikit untuk mengeluarkan pus tidak terasa sakit 5.3 memonitor edema pada kaki Ep: tidak ada edema 6.3 menganjurkan pasien akan pentingnya memeriksa kaki terutama ketika sensasi mulai terasa berkurang Ep klien berani melihat luka | S: Klien mengatakan sudah bisa ke wc dan tidak merasa nyeri saat menginjak O: 1. Klien BAK hanya diWC 2. Saat mengubah posisi baring klien sedikit kesulitan A: Mobilitas fisik teratasi P: Intervensi dilanjutkan 5.3 Monitor edema pada kaki 6.3 Anjurkan pasien akan pentingnya memeriksakaki terutama ketika sensasi mulai | |

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|-------------------|---|--|-------|
| Diagnosa 3 Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan nyeri | 21 Nov 2017 | 1.3 Memeriksa kulit untuk mengetahui adanya iritasi,retak lesi Ep: kulit pasien tidak kering, tidak ada pengelupasn kulit, tidak ada peradangan pada bagian luka 2.3 mengeringkan pada sela-sela kaki dengan seksama 3.3 mengoleskan dengan lembuh minyak zaitun Ep: diusap dari lutut hingga pus | S: Klien mengatakan bisa berjalan ke wc sendiri tanpa bantuan O: 1. Klien BAK BAB diwc 2. Pasien bisa Saat | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | <p>keluar dari lutut</p> <p>4.3 mendiskusikan dengan pasien mengenai perawatan rutin kaki</p> <p>5.3 memonitor edema pada kaki Ep: tidak ada edema dan tidak ada peradangan pada kulit luka</p> <p>6.3 menganjurkan pasien akan pentingnya memeriksa kaki terutama ketika sensasi mulai terasa berkurang</p> | <p>mengubah posisi</p> <p>A: Mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>5.3 Monitor edema pada kaki 6.3 Anjurkan pasien akan pentingnya memeriksakaki terutama ketika sensasi mulai</p> | |
|--|--|--|---|--|

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|--|----------------------------|--|---|-------|
| <p>Diagnosa 3</p> <p>Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan nyeri</p> | <p>22 Nov 2017</p> | <p>1.3 Memeriksa kulit untuk mengetahui adanya iritasi,retak lesi Ep: kulit lembab tidak kering</p> <p>2.3 mengeringkan pada sela-sela kaki dengan seksama</p> <p>3.3 mengoleskan dengan lembuh minyak zaitun Ep: mengusap lembut hingga pus keluar.</p> <p>4.3 mendiskusikan dengan pasien mengenai perawatan rutin kaki</p> <p>5.3 memonitor edema pada kaki Ep: kaki tidak edema</p> <p>6.3 menganjurkan pasien akan pentingnya memeriksa kaki terutama ketika sensasi mulai terasa berkurang</p> | <p>S: Klien mengatakan bisa berjalan ke wc sendiri tanpa bantuan</p> <p>O: 1. Klien BAK BAB diwc 2. Pasien bisa Saat mengubah posisi</p> <p>A: Mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>5.3 Monitor edema pada kaki 6.3 Anjurkan pasien akan pentingnya memeriksakaki terutama ketika</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---------------|--|
| | | | sensasi mulai | |
|--|--|--|---------------|--|

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|-------------------|---|--|-------|
| Diagnosa 3 Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan nyeri | 23 Nov 2017 | <p>1.3 Memeriksa kulit untuk mengetahui adanya iritasi,retak lesi Ep:kulit lembab, klien tidak merasakan nyeri</p> <p>2.3 mengeringkan pada sela-sela kaki dengan seksama</p> <p>3.3 mengoleskan dengan lembuh minyak zaitun Ep: dipijet hingga pus keluar, pus berkurang dan tidak bau</p> <p>4.3 mendiskusikan dengan pasien mengenai perawatan rutin kaki Ep: menyarankan klien perawatan luka setiap hari, mengganti perban dan mengoles minyak zaitu bagian kaki atas hingga punggung kaki untuk mencegah peradangan dan agar kulit sekitar luka tidak kering, karena dapat menyebabkan luka baru.</p> <p>5.3 memonitor edema pada kaki Ep: tidak ada edema</p> <p>6.3 menganjurkan pasien akan penting nya memeriksa kaki terutama ketika sensasi mulai terasa berkurang Ep :klien berani melihat luka karena luka sudah kering dan tidak mengeluarkan pus lagi, luka tidak bau</p> | <p>S: Klien mengatakan bisa berjalan ke wc sendiri tanpa bantuan</p> <p>O: 1. Klien BAK BAB diwc 2. Pasien bisa Saat mengubah posisi</p> <p>A: Mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>5.3 Monitor edema pada kaki 6.3 Anjurkan pasien akan penting nya memeriksakaki terutama ketika sensasi mulai</p> | |

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|----------------------------|---|--|-------|
| <p>Diagnosa 4</p> <p>Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini</p> | <p>17 Nov 2017</p> | <p>8.4 mempertahankan sikap tenang dan hati-hati Ep: pasien mengatakan tidak mau apabila kakinya harus diamputasi</p> <p>9.4 mempertahankan kontak mata Ep: pasien terlihat sedih</p> <p>10.4 duduk Berada sisi pasien</p> <p>11.4 berbicara dengan lembut E</p> <p>12.4 Duduk dan bicara dengan pasien</p> <p>13.4 menawarkan usapan pada kaki klien (memijat pasien dengan menggunakan minyak zaitun) Ep: klien setuju menggunakan minyak zaitun</p> <p>14.4 menyarankan pasien menggunakan teknik mengurangi rasa cemas (mendengarkan music)</p> | <p>S:</p> <p>Klien mengatakan cemas karena kakinya akan diamputasi</p> <p>O:</p> <p>4. Saat klien menyampaikan kecemasannya klien terlihat sedih dan menolak untuk dilakukan amputasi</p> <p>5. Klien selalu bertanya perkembangan kesembuhan lukanya</p> <p>6. Klien sangat senang ketika kakinya sudah bisa menginjak</p> <p>A:</p> <p>Cemas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.4 Pertahankan sikap tenang dan hati-hati</p> <p>1.4 Pertahankan kontak mata</p> <p>2.4 Berada sisi klien</p> <p>3.4 Bicara dengan lembut</p> <p>4.4 Duduk dan bicara dengan klien</p> <p>5.4 Tawaran usapan pada kaki klien (menggunakan minyak zaitun)</p> | |

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|----------------------------|---|---|-------|
| <p>Diagnosa 4</p> <p>Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini</p> | <p>18 Nov 2017</p> | <p>1.4 mempertahankan sikap tenang dan hati-hati Ep: pasien sedih karena kaki klien tidak bisa dipertahankan akan tetapi pasien tetap tidak mau apabila kaki harus diamputasi</p> <p>2.4 mempertahankan kontak mata</p> <p>3.4 duduk Berada sisi pasien</p> <p>4.4 berbicara dengan lembut</p> <p>5.4 Duduk dan bicara dengan pasien</p> <p>6.4 menawarkan usapan pada kaki klien (memijat pasien dengan menggunakan minyak zaitun) Ep: klien merasa nyaman saat berbincang-bincang</p> <p>7.4 menyarankan pasien menggunakan teknik mengurangi rasa cemas (mendengarkan music)</p> | <p>S:</p> <p>Klien mengatakan cemas karena kakinya akan diamputasi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat klien menyampaikan kecemasannya klien terlihat sedih dan menolak untuk dilakukan amputasi 2. Klien selalu bertanya perkembangan kesembuhan lukanya 3. Klien sangat senang ketika kakinya sudah bisa menginjak <p>A:</p> <p>Cemas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.4 Pertahankan sikap tenang dan hati-hati</p> <p>2.4 Pertahankan kontak mata</p> <p>3.4 Berada sisi klien</p> <p>4.4 Bicara dengan lembut</p> <p>5.4 Duduk dan bicara dengan klien</p> <p>6.4 Tawaran usapan pada kaki klien (menggunakan minyak zaitun)</p> | |

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|----------------------------|---|--|-------|
| <p>Diagnosa 4</p> <p>Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini</p> | <p>19 Nov 2017</p> | <p>1.4 mempertahankan sikap tenang dan hati-hati</p> <p>2.4 mempertahankan kontak mata</p> <p>3.4 duduk Berada sisi pasien</p> <p>4.4 berbicara dengan lembut</p> <p>5.4 Duduk dan bicara dengan pasien</p> <p>6.4 menawarkan usapan pada kaki klien (memijat pasien dengan menggunakan minyak zaitun) Ep: klien merasa nyaman dan sangat senang karena melihat perkembangan kaki yang tidak bengkak, tidak nyeri, dan kakinya bisa menginjak</p> <p>7.4 menyarankan pasien menggunakan teknik mengurangi rasa cemas (mendengarkan music)</p> | <p>S:</p> <p>Klien mengatakan cemas karena kakinya akan diamputasi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat klien menyampaikan kecemasannya klien terlihat sedih dan menolak untuk dilakukan amputasi 2. Klien selalu bertanya perkembangan kesembuhan luka nya 3. Klien sangat senang ketika kakinya sudah bisa menginjak <p>A:</p> <p>Cemas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.4 Pertahankan sikap tenang dan hati-hati</p> <p>2.4 Pertahankan kontak mata</p> <p>3.4 Berada sisi klien</p> <p>4.4 Bicara dengan lembut</p> <p>5.4 Duduk dan bicara dengan klien</p> <p>6.4 Tawaran usapan pada kaki klien (menggunakan minyak zaitun)</p> | |

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|----------------------------|--|--|-------|
| <p>Diagnosa 4</p> <p>Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini</p> | <p>21 Nov 2017</p> | <p>1.4 mempertahankan sikap tenang dan hati-hati</p> <p>2.4 mempertahankan kontak mata</p> <p>3.4 duduk Berada sisi pasien</p> <p>4.4 berbicara dengan lembut</p> <p>5.4 Duduk dan bicara dengan pasien</p> <p>6.4 menawarkan usapan pada kaki klien (memijat pasien dengan menggunakan minyak zaitun)</p> <p>7.4 menyarankan pasien menggunakan teknik mengurangi rasa cemas (mendengarkan music)</p> | <p>S:</p> <p>Klien mengatakan cemas karena kakinya akan diamputasi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat klien menyampaikan kecemasannya klien terlihat sedih dan menolak untuk dilakukan amputasi 2. Klien selalu bertanya perkembangan kesembuhan lukanya 3. Klien sangat senang ketika kakinya sudah bisa menginjak <p>A:</p> <p>Cemas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4 Pertahankan sikap tenang dan hati-hati 2.4 Pertahankan kontak mata 3.4 Berada sisi klien 4.4 Bicara dengan lembut 5.4 Duduk dan bicara dengan klien 6.4 Tawaran usapan pada kaki klien (menggunakan minyak | |

| | | | | |
|--|--|--|---------|--|
| | | | zaitun) | |
|--|--|--|---------|--|

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|--|-------------------|---|---|-------|
| Diagnosa 4 Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini | 22 Nov 2017 | 1.4 mempertahankan sikap tenang dan hati-hati 2.4 mempertahankan kontak mata 3.4 duduk Berada sisi pasien 4.4 berbicara dengan lembut 5.4 Duduk dan bicara dengan pasien 6.4 menawarkan usapan pada kaki klien (memijat pasien dengan menggunakan minyak zaitun) Ep: klien merasa nyaman dan sangat senang karena melihat perkembangan kaki yang tidak bengkak, tidak nyeri, dan kakinya bisa menginjak menyarankan pasien menggunakan teknik mengurangi rasa cemas (mendengarkan music) | S: Klien mengatakan cemas karena kakinya akan diamputasi O: 1. Saat klien menyampaikan kecemasannya klien terlihat sedih dan menolak untuk dilakukan amputasi 2. Klien selalu bertanya perkembangan kesembuhan lukanya 3. Klien sangat senang ketika kakinya sudah bisa menginjak A: Cemas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1.4 Pertahankan sikap tenang dan hati-hati 2.4 Pertahankan kontak mata 3.4 Berada sisi klien 4.4 Bicara dengan lembut 5.4 Duduk dan bicara dengan klien 6.4 Tawaran usapan pada kaki klien (menggunakan minyak zaitun) | |

| Diagnosa | Hari/ Tgl | Implementasi | Evaluasi | Paraf |
|---|----------------------------|--|--|-------|
| <p>Diagnosa 4</p> <p>Ansietas berhubungan dengan ancaman pada status terkini</p> | <p>23 Nov 2017</p> | <p>1.4 mempertahankan sikap tenang dan hati-hati</p> <p>2.4 mempertahankan kontak mata</p> <p>3.4 duduk Berada sisi pasien</p> <p>4.4 berbicara dengan lembut</p> <p>5.4 Duduk dan bicara dengan pasien</p> <p>6.4 menawarkan usapan pada kaki klien (memijat pasien dengan menggunakan minyak zaitun)</p> <p>Ep: klien merasa nyaman dan sangat senang karena melihat perkembangan kaki yang tidak bengkak, tidak nyeri, dan kakinya bisa menginjak</p> <p>menyarankan kan pasien menggunakan teknik mengurangi rasa cemas (mendengarkan music)</p> | <p>S:</p> <p>Klien mengatakan cemas karena kakinya akan diamputasi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saat klien menyampaikan kecemasannya klien terlihat sedih dan menolak untuk dilakukan amputasi 2. Klien selalu bertanya perkembangan kesembuhan luka nya 3. Klien sangat senang ketika kakinya sudah bisa menginjak <p>A:</p> <p>Cemas belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <p>1.4 Pertahankan sikap tenang dan hati-hati</p> <p>2.4 Pertahankan kontak mata</p> <p>3.4 Berada sisi klien</p> <p>4.4 Bicara dengan lembut</p> <p>5.4 Duduk dan bicara dengan klien</p> <p>6.4 Tawaran usapan pada kaki klien (menggunakan minyak</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---------|--|
| | | | zaitun) | |
|--|--|--|---------|--|

