

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Diabetes melitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia.

Pada *diabetes melitus*, kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun, atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin. Keadaan ini menimbulkan *hiperglikemia* yang dapat mengakibatkan komplikasi metabolik akut seperti diabetes ketoasidosis dan sindrom *Hiperglikemia Hiperosmoler Non Ketotik*(HHNK). (Smeltzer & G.Bare, 2002)

Ulkus diabetikum adalah keadaan ditemukannya infeksi, tukak dan atau destruksi jaringan kulit yang paling dalam dikaki pada pasien *diabetes melitus* akibat abnormalitas saraf dan gangguan pembuluh darah arteri perifer (Roza Afriant & Edward, 2015).

Ulkus diabetikum adalah luka yang terjadi karena adanya kelainan syaraf, kelainan pembuluh darah dan kemudian adanya infeksi. Bila infeksi tidak diatasi dengan baik maka akan terjadi pembusukan bahkan dapat diamputasi (Rendy & Margaretha 2012).

2. Etiologi

Supriyadi (2017) dalam Wijaya & Putri (2015) menyebutkan bahwa terjadinya masalah kaki diawali adanya hiperglikemia pada penyandang *diabetes melitus* yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Penyebab lain pada *ulkus diabetikum* adalah iskemik, infeksi, edema dan katus. *Ulkus diabetik* merupakan penyebab tersering

pasien harus diamputasi, sehingga faktor faktor tersebut juga merupakan faktor predisposisi terjadinya amputasi.

Wijaya & Putri faktor faktor yang mempengaruhi terjadinya dibagi menjadi faktor *endogen* dan *eksogen*. Faktor faktor tersebut sebagai berikut:

a. Faktor *Endogen* meliputi :

Genetik metabolik, angiopati diabetik, neuropati diabetik.

b. Faktor *Eksogen* meliputi :

Trauma, infeksi, dan obat

Levin (2001) dalam Wijaya & Putri faktor utama yang berperan pada timbulnya *ulkus diabetikum* adalah angiopati, neuropati dan infeksi. Adanya neuropati perifer akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki. Sehingga mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya ulkus pada kaki gangguan motorik yang mengakibatkan terjadinya atropi pada otot kaki sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan ulsetrasi pada kaki klien. Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasakan sakit pada tungkainya sesudah berjalan pada jarak tertentu. Adanya angiopati tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan asupan nutrisi, oksigen serta antibiotika sehingga menyebabkan terjadinya luka yang sukar sembuh.

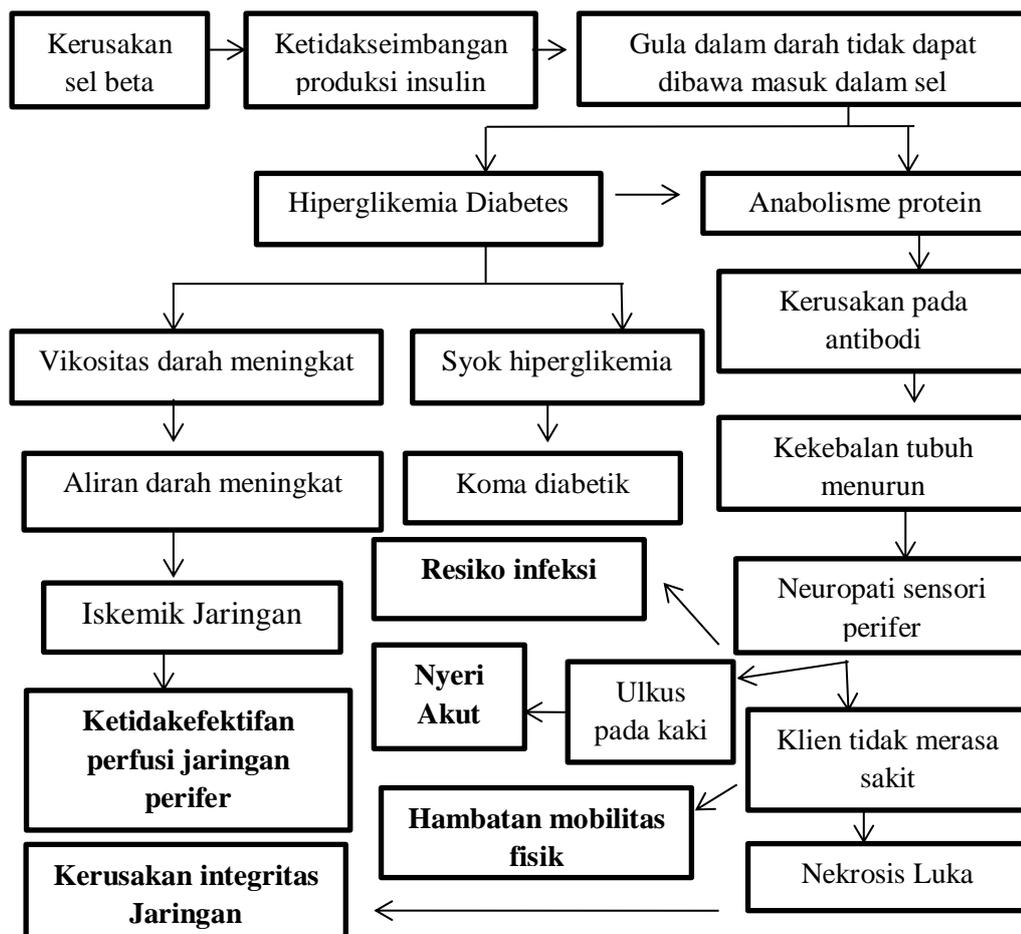
3. Patofisiologi

Proses terjadinya masalah *ulkus diabetikum* diawali adanya *hiperglikemia* pada penyandang *diabetes melitus* yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati, baik neuropati sensorik maupun motorik dan autonomik akan mengakibatkan berbagai perubahan pada kulit dan otot yang kemudian menyebabkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya ulkus.

Adanya kerentanan terhadap infeksi menyebabkan infeksi mudah merebak menjadi infeksi yang luas. Faktor aliran darah yang kurang akan lebih lanjut menambah rumitnya pengelolaan *ulkus diabetikum*. Awal

proses pembentukan ulkus berhubungan dengan *hiperglikemia* yang berefek pada saraf perifer, kolagen, karatindan suplai vaskuler. Dengan adanya tekanan mekanik terbentuknya keratin keras pada daerah kaki yang mengalami beban terbesar. Neuropati sensori perifer memungkinkan terjadinya trauma berulang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan area kalus. Selanjutnya akan terbentuk lavitasi yang membesar dan akhirnya ruptur sampai permukaan kulit dan menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka abnormal menghalangi resolusi. Mikroorganismen yang masuk mengadakan kolonisasi didaerah ini. Sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya (Nurarif & Kusuma,2016)

Bagan 2.1
Patofisiologi Ulkus diabetikum



(Nurarif & Kusuma, 2016 : 188)

4. Manifestasi Klinis

Wijaya & Putri (2013 : 214) gangren diabetik akibat mikroangiopatik disebut juga gengren panas karena nekrosis, daerah akrakl itu tampak merah dan terasa hangat oleh peradangan dan biasanya teraba pulsasi arteri dibagian distal. Biasanya terdapat *ulkus diabetik* pada telapak kaki. Proses mikroangiopati menyebabkan sumbatan pembuluh darah, sedangkan secara akut emboli memberikan gejala klinis 5p : yaitu *pain* (nyeri), *palennes* (kepuccatan), *parestheia* (kesemutan), *pulselessness* (denyut nadi hilang), *paralisis* (lumpuh).

Brunner, Sudarth (2005) dalam Wijaya & Putri (2013 : 214) bila terjadi sumbatan kronik, maka akan timbul gambaran klinis sebagai berikut : Stadium 1 gejala tidak khas (kesemutan), stadium II terjadi klaudikasio (jarak tempuh menjadi pendek), stadium III timbul nyeri saat istirahat, stadium IV terjadi kerusakan jaringan karena ulkus.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Tarworo dkk (2016) untuk menentukan penyakit *diabetes melitus*, disamping dikaji tanda dan gejala yang dialami pasien juga harus dilakukan pemeriksaan diagnostik :

- a. Pemeriksaan gula darah puasa atau fasting blood Sugar (FBS)

tujuannya untuk menentukan jumlah glukosa darah pada saat puasa. Pasien tidak diperbolehkan makan selama 12 jam sebelum test, biasanya mulai dari jam 08:00 pagi sampai jam 20.00, dan pasien hanya diperbolehkan minum.
- b. Pemeriksaan gula darah postprandial

Tujuan untuk menentukan gula darah setelah makan, normalnya 80-120 mg/ 100ml serum. Pada pemeriksaan ini tidak memiliki pembatasan apapun.
- c. Pemeriksaan toleransi glukosa oral / oral glucose tolerance test (TTGO)

Tujuannya untuk menentukan toleransi terhadap respon pemberian glukosa. Pasien tidak makan 12 jam sebelum test dan selama test, boleh

minum air putih, tidak merokok, minum kopi atau teh selama pemeriksaan (untuk mengukur respon tubuh terhadap karbohidrat), sedikit aktivitas, kurangi stress.

- d. Pemeriksaan glukosa urin
- e. Pemeriksaan ketone urin
- f. Pemeriksaan kolestrol dan kadar serum trigliserida, dapat meningkat karena ketidakadekuatan kontrol glikemik
- g. Pemeriksaan hemoglobin glikat (HbA1c), pemeriksaan lain untuk memantau rata rata kadar glukosa darah adalah *glykoslated hemoglobin* (HbA1c).

6. Penatalaksanaan

Wijaya & Putri (2013), penatalaksnaan pada *ulkus diabetikum* sebagai berikut :

a. Pengobatan

Pengobatan dari gangren diabetik sangat dipengaruhi oleh derajat dan dalamnya ulkus, apabila dijumpai ulkus yang dalam harus dilakukan pemeriksaan yang seksama untuk menentukan kondisi ulkus dan besar kecilnya *debridement* yang akan dilakukan dari penatalaksanaan perawatan luka diabetik ada beberapa tujuan yang ingin dicapai, antara lain :

- 1) Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab
- 2) Optimalisasi suasana lingkungan luka dalam kondisi lembab
- 3) Dukungan kondisi klien atau host (nutrisi, kontrol *diabetes melitus* dan kontrol faktor penyerta)
- 4) Meningkatkan edukasi klien dan keluarga.

b. Perawatan Luka Diabetik

1) Mencuci Luka

Merupakan hal pokok untuk meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka serta menghindari kemungkinan terjadinya infeksi. Proses pencucian luka bertujuan

untuk membuang jaringan nekrosis, cairan luka yang berlebihan, sisa balutan yang digunakan dan sisa metabolik tubuh pada permukaan luka. Cairan yang terbaik untuk mencuci luka adalah yang non toksik pada proses penyembuhan luka (misalnya NaCl 0,9%). Penggunaan *hidrogenperoxida hypochlorite solution* dan beberapa cairan *debridement* lainnya. Cairan antiseptik seperti *provine iodine* sebaiknya hanya digunakan saat luka terinfeksi atau tubuh pada keadaan penurunan imunitas.

2) Pemberian hormon insulin

Pada pasien dengan diabetes melitus tipe II tidak terlalu tergantung pada insulin tetapi memerlukan sebagai pendukung untuk menurunkan glukosa darah dalam mempertahankan kehidupan. Tujuan pemberian insulin adalah meningkat transport glukosa kedalam sel dan menghambat konversi glikogen dan asam amino menjadi glukosa (Tarwoto dkk, 2016).

7. Komplikasi

Subekti (2005:161), *ulkus diabetikum* dapat mengakibatkan komplikasi jika tidak dilakukan tata laksana yang baik, komplikasi tersebut meliputi :

a. Komplikasi metabolik akut

Disebabkan oleh perubahan yang relatif akut dari konsentrasi glukosa plasma.

b. Hiperglikemia

Dapat terjadi karena pemberian insulin atau preperat oral yang berlebihan

c. Diabetes Ketoasidosis

Disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata, keadaan ini akan mengakibatkan gangguan pada metabolisme karbohidrat, protein dan lemak yang dimanifestasikan dengan adanya dehidrasi, asidosis dan kehilangan *elektrolit*.

B. Konsep Teori Luka

Adapun konsep teori luka Alimul (2006 : 134) adalah sebagai berikut :

1. Pengertian Luka

Luka adalah suatu keadaan terputusnya kontinuitas jaringan tubuh, yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari

2. Penyebab luka

1. Luka mekanik yang terdiri atas :

- 1) Luka sayat akibat benda tajam, pinggir luka terlihat rapi
- 2) Luka memar dikarenakan cedera pada jaringan bawah kulit akibat benturan benda tumpul
- 3) Luka robek akibat terkena mesin atau benda lainnya yang menyebabkan robeknya jaringan rusuk dalam
- 4) Luka tusuk yang kecil dibagian luar (bagian mulut luka), akan tetapi besar dibagian dalam luka
- 5) Luka tembak akibat tembakan peluru. Bagian luka tampak kehitaman hitaman

2. Luka nonmekanik terdiri atas luka akibat zat kimia, radiasi, atau sengatan listrik

3. Jenis luka

- a. Berdasarkan sifat kejadian, luka dibagi menjadi dua yaitu luka disengaja atau luka tidak disengaja.
- b. Luka disengaja misalnya luka terkena radiasi atau bedah, sedangkan luka tidak disengaja adalah luka akibat trauma. Luka yang tidak disengaja dibagi menjadi luka terbuka dan tertutup. Disebut juga luka tertutup jika terjadi robekan, sedangkan luka terbuka jika terjadi robekan dan kelihatan seperti luka abrasi (luka akibat gesekan), luka puncuter (luka akibat tusukan), dan houtration (luka akibat alat perawatan luka).

4. Proses penyembuhan luka

- a. Tahap Respon Inflamasi akut terhadap cedera, tahap ini dimulai saat terjadi luka. Pada tahap ini terjadi proses hemostasis yang ditandai dengan pelepasan histamin dan mediator lain lebih dari sel sel rusak, disertai proses peradangan dan migrasi sel darah putih ke daerah yang rusak.
- b. Tahap Destruksi
Pada tahap ini terjadi pembersih jaringan yang mati oleh leukosit polimorfonuklear dan makrofag
- c. Tahap proliferasi pada tahap ini pembuluh darah baru diperkuat oleh jaringan ikat dan menginfiltrasi luka
- d. Tahap maturasi, pada tahap ini terjadi repitelisasi, kontraksi luka, dan organisasi jaringan ikat

5. Faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka

Proses penyembuhan luka dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu :

- a. Vaskularisasi, mempengaruhi luka karena luka membutuhkan peredaran darah yang baik untuk pertumbuhan atau perbaikan sel
- b. Anemia, memperlambat proses penyembuhan luka mengingat perbaikan seln membutuhkan kadar protein yang cukup
- c. Usia, kecepatan perbaikan sel berlangsung sejalan dengan pertumbuhan atau kematangan usia seseorang
- d. Penyakit lain, mempengaruhi proses penyembuhan luka. Adanya penyakit lain seperti *diabetes melitus* dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka.
- e. Nutrisi merupakan unsur utama dalam membantu perbaikan sel terutama kerana terdapat kandungan zat gizi didalamnya
- f. Kegemukan, obat obat, merokok, stress, mempengaruhi proses penyembuhan luka

C. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Teori ini membagi kebutuhan dasar manusia menjadi lima kelompok yaitu kebutuhan fisiologi, kebutuhan keselamatan dan rasa aman, kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, kebutuhan aktualisasi diri.

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman adalah aman pada berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Perlindungan fisiologis contohnya perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi. Perlindungan psikologis contohnya adalah bebas dari rasa takut dan kecemasan. Pada pasien ulkus diabetikum akan ditemukan tanda-tanda kerusakan jaringan, nyeri, kemerahan, jika dikaitkan dengan kebutuhan dasar manusia menurut Maslow maka akan mengganggu kebutuhan keselamatan dan rasa aman.

1. Kebutuhan Keamanan dan Proteksi

Keselamatan adalah suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari ancaman bahaya atau kecelakaan. Kecelakaan merupakan kejadian yang tidak dapat diduga dan tidak diharapkan yang dapat menimbulkan kerugian, sedangkan keamanan adalah keadaan aman dan tentram. (Tarwoto dan Wartoh, 2015)

2. Faktor yang mempengaruhi keselamatan dan keamanan

Saputra (2013) kemampuan seseorang untuk melindungi diri dipengaruhi oleh hal-hal berikut :

a. Usia

Usia berhubungan dengan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki seseorang. Contohnya lansia umumnya mengalami penurunan fungsi organ sehingga kemampuan mereka untuk melindungi diri terhambat.

b. Gangguan pada ekstremitas

Individu yang mengalami gangguan pada ekstremitas misalnya paralisis, lemah otot, gangguan keseimbangan tubuh, dan inkoordinasi beresiko tinggi mengalami cedera.

3. Kondisi Kesehatan

Individu yang lemah karena penyakit atau prosedur tidak selalu waspada dengan kondisi mereka. Oleh sebab itu mereka beresiko tinggi mengalami cedera.

4. Konsep Dasar Infeksi

Infeksi merupakan suatu kondisi penyakit yang disebabkan oleh masuknya kuman patogen atau mikroorganisme lain ke dalam tubuh yang dapat menimbulkan reaksi tertentu. Contoh reaksi tersebut adalah perubahan sekunder berupa peradangan (*Inflammation*) yang ditandai antara lain oleh vasodilatasi pembuluh darah lokal, peningkatan permeabilitas kapiler, dan pembengkakan sel. (Saputra, 2013)

5. Nyeri dan Kenyamanan

Respon nyeri terjadi karena adanya inflamasi. Inflamasi merupakan respon segera terhadap injuri seluler. Jika ini terjadi, vasodilatasi cepat terjadi, menyebabkan lebih banyak darah mendekati daerah injury. Peningkatan aliran darah lokal menyebabkan warna kemerahan di daerah inflamasi. Rasa sakit di daerah inflamasi juga disebabkan oleh volume darah yang meningkat vasodilatasi mengirimkan darah dan sel darah putih ke jaringan yang injury. Protein serum memegang peranan utama dalam inflamasi. (Potter & Perry, 2010)

Pada kasus ulkus diabetikum kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan keselamatan dan rasa aman. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman memiliki prioritas kedua dalam hierarki Maslow. Kebutuhan keselamatan dan keamanan berkenaan dengan konteks secara fisiologi berhubungan dengan suatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman bisa nyata atau hanya imajinasi. Misalnya penyakit, nyeri, cemas, dan lain sebagainya. (Asmanti, 2017 dalam Mubarak & Cahyanti, 2008).

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

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

a. Keluhan Utama

Menggambarkan alasan seseorang masuk rumah sakit. Pada umumnya keluhan utama 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

- 1) *Proving Incident* : apakah ada peristiwa yang menjadi faktor prespitasi nyeri
- 2) *Quality of Pain* : seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- 3) *Region : Radiation, Relief* : apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- 4) *Severity (scale) of Pain* : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya
- 5) *Time* : berapa lama nyeri berlangsung, kapan , apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien masuk ke RS dengankeluhan utama gatal gatal pada kulit yang disertai bisul/lalu tidak sembuh sembuh, kesemutan/rasa berat, mata kabur, kelemahan tubuh. Disamping itu klien juga mengeluh poli urea, polidipsi, anorexia, mual dan muntah, BB

menurun, diare kadang kadang disertai nyeri perut, kram otot, gangguan istirahat/ tidur, haus haus, pusing / sakit kepala dll.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

- a) Riwayat Hipertensi/ infark miocard akut dan diabetes gestasional
- b) Penggunaan obat obatan steroid, dimetik (tiazid), dilantin dan penoborbital
- c) Riwayat mengkonsumsi glukosa / karbohidrat berlebihan

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Adanya riwayat anggota keluarga yang menderita *diabetes melitus*.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Aktivitas / Istirahat

Gejala : Lemah, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan istirahat dan tidur.

Tanda : Takikardi, takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas

2) Sirkulasi

Gejala :Adanya riwayat hipertensi, kebas, dan kesemutan pada ekstremitas

Tanda : Takikardi, nadi yang menurun, perubahan tekanan darah posturnal, distrimia, kulit panas, kering, dan kemerahan bola mata cekung

3) Integritas Ego

Gejala : Stress, tergantung pada orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi

Tanda : Ansietas, peka rangsang

4) Eliminasi

Gejala :Perubahan pola berkemih (poliuria), nokturi rasa nyeri/terbakar,kesulitan berkemih (infeksi), nyeri tekan abdomen

Tanda : Urin encer, pucat kuning, poliuria, urin berkabut, bau busuk (infeksi), abdomen keras adanya ansietas, bising usus lemah dan menurun

5) Makan/ Cairan

Gejala : Hilang napsu makan, mual muntah, tidak mengikuti diet, peningkatan masukan glukosa/karbohidrat, penurunan berat badan lebih dari periode, beberapa hari/ minggu, haus.

Tanda : Kulit kering, turgor kulit jelek, kekakuan / distensi abdomen, muntah, pembesaran tyroid, bau hilitosis

6) Neurosensori

Gejala : Pusing, sakit kepala, kesemutan, kebas kelemahan pada otot, parestesia, gangguan penglihatan

Tanda : Disorientasi, mengantuk, latergi, stupor/koma (tahap lanjut), gangguan memori, reflek tendon dalam (RTD) menurun (koma)

7) Nyeri / kenyamanan

Gejala : Abdomen yang tegang/ nyeri (sedang dan berat)

Tanda : Wajah meringis dengan palpitasi, tampak sangat berhati hati

8) Pernafasan

Gejala : Merasa kekurangan oksigen, batuk dengan dan tanpa sputum purulen (tergantung adanya infeksi atau tidak)

Tanda : Batuk, dengan dan tanpa sputum purulen (infeksi), frekuensi pernafasan

9) Keamanan

Gejala : Kulit kering, gatal, ulkus kulit

Tanda : Demam, diaforesis, kulit rusak, lesi / ulserasi, menurunnya kekuatan umum/rentang gerak, parestesia/paralisis otot termasuk otot ototpernafasan (jika kadar kalium menurun dengan cukup tajam)

10) Seksualitas

Gejala : Rabas vagina (cenderung infeksi), masalah impoten pada pria, kesulitan organme pada wanita

d. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada pasien *ulkus diabetikum* antara lain pemeriksaan darah, meliputi gula darah sewaktu pada penderita *ulkus diabetikum* >200mg/dl. Urine pemeriksaan didapatkan adanya glukosa dalam *urine*, dilakukan dengan cara benedict (reduksi), dapat dilihat melalui perubahan warna *urine* : Hijau (+), kuning (++) , merah (+++), merah bata (++++), pada penderita *ulkus diabetikum* biasanya hasil pemeriksaan bewarna merah bata. Kultur pus, mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis kuman.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan pada *ulkus diabetikum* (SDKI, 2017) :

- a. Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandaidengan kerusakan jaringan / lapisan kulit, kemerahan.
- b. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pecendera fisiologi (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan aliran arteri / vena ditandaidengan warna kulit pucat dan penyembuhan luka lambat
- d. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan adanya luka pada kaki
- e. Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes melitus).

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada pasien *ulkus diabetikum* terdiri dari rencana tujuan dengan kriterian hasil dan rencana tindakan keperawatan atau intervensi. Rencana tersebut ditampilkan pada tabel 2.2 yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), untuk rencana dan tujuan dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk rencana intervensi.

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan Pada Pasien *Ulkus diabetikum* Berdasarkan SLKI dan SIKI

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan kerusakan jaringan / lapisan kulit, kemerahan.	Setelah dilakukan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun 5. Perfusi jaringan meningkat	<p style="text-align: center;">Perawatan Integritas Kulit</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan minum air yang cukup 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur <p style="text-align: center;">Perawatan Luka</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda tanda vital <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan cairan NaCl atau pembersih nontoksik

1	2	3	4
			3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Pasangan balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian Antibiotik, Jika perlu
2	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pecendera fisiologi (inflamasi dan iskemi) ditandai dengan klien mengeluh nyeri, klien tampak meringis,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri

1	2	3	4
	frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.	4. Pola tidur membaik	<p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi istirahat dan tidur 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
3	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan aliran arteri / vena ditandai dengan warna kulit pucat dan penyembuhan luka lambat	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat menurun 3. Pengisian kapiler meningkat 	<p style="text-align: center;">Perawatan Sirkulasi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (diabetes melitus) 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas

1	2	3	4
		4. Akral membaik 5. Turgor kulit membaik 6. Nyeri ekstremitas menurun	<p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah pada area terbatas perfusi 2. Hindari melakukan pengukuran tekanan darah pada ekstremitas terbatas perfusi 3. Lakukan pecegahan infeksi 4. Lakukan hidrasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat
4	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan adanya luka pada kaki	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat	<p style="text-align: center;">Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya keluhan nyeri/keluhan lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama mobilisasi

1	2	3	4
		2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 4. Nyeri berkurang	Teraupetik : 1. Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien Edukasi : 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana
5	Risiko Infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Bengkak menurun	Pencegahan Infeksi Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik Teraupetik : 1. Berikan perawatan kulit pada area edema 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

1	2	3	4
		4. Cairan berbau busuk menurun 5. kultur area luka membaik	3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 4. Monitor tanda tanda infeksi 5. pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Bersihkan luka dengan NaCl Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. Kolaborasi : 1. Kolaborasi prosedur debridement jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik, yang menggambarkan hasil yang diharapkan (Diniarti & Mulyadi, 2017)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. (Suarni L, Apriyani H, 2017).