

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Diabetes Melitus

1. Definisi

Diabetes melitus adalah penyakit kronis kompleks yang membutuhkan perawatan medis berkelanjutan dengan strategi pengurangan risiko multifaktorial. Pendidikan berkelanjutan dan dukungan manajemen diri sangat penting untuk mencegah komplikasi akut dan mengurangi risiko komplikasi jangka panjang (*American Diabetes Association*, 2020). Diabetes melitus adalah penyakit yang disebabkan karena kekurangan insulin dalam tubuh atau adanya resistensi insulin yang mengakibatkan hiperglikemi dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein (Fatimah, 2015)

Diabetes melitus adalah penyakit menahun yang ditandai dengan peningkatan kadar gula dalam darah yaitu kadar gula darah sewaktu sama atau lebih dari 200 mg/dl, dan kadar gula darah puasa diatas atau sama dengan 126 mg/dl (Hestiana, 2017). Diabetes adalah penyakit yang ditandai dengan hiperglikemia dan gangguan metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein yang berhubungan dengan kerja dan/atau sekresi insulin. Gejala yang biasa dilaporkan oleh penderita diabetes antara lain polidipsia, poliuria, polifagi, penurunan berat badan, dan kesemutan (Rahmasari & Wahyuni, 2019).

2. Etiologi Diabetes

Etiologi diabetes melitus terutama diabetes melitus tipe 2 bersifat multifaktor yang dimana faktor tersebut belum sepenuhnya dipahami. Faktor genetik dan lingkungan memiliki dampak yang signifikan terhadap perkembangan diabetes. Obesitas, kurang olahraga, diet tinggi lemak dan rendah serat adalah faktor predisposisi utama penyebab diabetes melitus (Inayati & Qoriani, 2016).

3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala dari diabetes melitus menurut (Fatimah, 2015) yaitu, poliphagia (peningkatan rasa lapar), poliuria (sering buang air

kecil), polidipsia (merasa haus terus menerus), nafsu makan naik namun penurunan berat badan (5-10 Kg dalam waktu 2-4 minggu), rasa kebas dikulit, mudah lelah, kram, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum, pada ibu hamil sering terjadi keguguran atau kematian janin dalam kandungan, kesemutan, kemampuan seksual menurun bahkan pada pria bisa terjadi impotensi, pandangan mulai kabur, gigi mudah goyah dan mudah lepas.

4. Klasifikasi

Menurut (*American Diabeter Association, 2020*), diabetes melitus dapat diklasifikasikan ke dalam kategori umum berikut :

- a) Diabetes mellitus tipe I (satu)
- b) Diabetes mellitus tipe II (dua)
- c) Diabetes mellitus gestasional
- d) Jenis diabetes tertentu karena penyebab lain

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan DM menurut Perkeni (2019) adalah sebagai berikut :

a) Edukasi

Edukasi kesehatan sangat penting diberikan kepada penderita diabetes melitus guna meningkatkan upaya hidup sehat dan menekan risiko komplikasi diabetes melitus.

b) Terapi Nutrisi Medis (TNM)

Terapi nutrisi medis pada penderita diabetes melitus ditekankan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis dan jumlah kandungan kalori, terutama bagi penderita diabetes melitus yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri.

c) Latihan Fisik

Latihan fisik sangat penting untuk penderita diabetes melitus selain untuk mengontrol gula darah, latihan fisik juga dapat mengurangi risiko komplikasi kardiovaskuler. Program latihan fisik untuk penderita diabetes melitus harus dilakukan secara teratur yaitu 3-5 hari dalam satu minggu selama sekitar 30-45 menit, dengan total

perminggu selama 150 menit dan jeda antar latihan fisik tidak melebihi 2 hari. Beberapa latihan fisik yang dianjurkan adalah latihan fisik yang bersifat aerobik dengan intensitas sedang seperti *jogging*, jalan cepat, dan bersepeda santai.

d) Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis pada penderita diabetes melitus terdiri dari terapi oral dan terapi suntik. Obat oral yang tersedia di Indonesia bagi penderita diabetes melitus meliputi : metformin, thiazolidinedione, sulfonilurea, glinid, penghambat alfa-glukosidase, penghambat DPP-4, penghambat SGLT-2. Obat antihiperqlikemia suntik sendiri terdiri dari insulin, agonis GLP-1 dan kombinasi insulin dan agonis GLP-1.

6. Komplikasi

(Perkeni, 2019) membagi komplikasi diabetes melitus menjadi dua kelompok besar, yaitu

a) Komplikasi Akut

Komplikasi akut yang dapat muncul pada penderita diabetes melitus yaitu

1) Krisis Hiperqlikemia

Krisis hiperqlikemia ini dapat memicu terjadinya

(a) Ketoasidosis Diabetik (KAD)

Komplikasi ini ditandai dengan peningkatan kadar gula darah yang tinggi yang dimana kadar gula darah berkisar 300-600 mg/dl yang ditandai dengan gejala asidosis dan plasma keton (+) kuat. Osmolaritas plasma meningkat 300-320 mOs/mL dan terjadi peningkatan anion gap.

(b) Status Hiperqlikemia Hiperosmolar (SHH)

Komplikasi SHH ditandai dengan peningkatan glukosa yang sangat tinggi yaitu 600-1200 mg/dl tanpa ada tanda dan gejala asidosis. Osmolaritas plasma meningkat 330-380 mOs/mL, plasma keton (+/-), anion gap normal atau sedikit meningkat.

2) Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah penurunan konsentrasi glukosa serum dengan atau tanpa adanya gejala-gejala sistem autonom, seperti adanya *whipple's triad*. Kondisi hipoglikemia ditandai kadar gula darah < 70 mg/dl.

b) Komplikasi Kronis

Komplikasi kronis pada pasien diabetes melitus dibagi menjadi dua kelompok besar yaitu :

1) Makroangiopati

Komplikasi makroangiopati pada penderita diabetes melitus terjadi karena abnormalitas dari pembuluh darah besar seperti aorta dan arteri koroner akibat dari tinggi kadar glukosa darah. Komplikasi ini dapat mengakibatkan jantung koroner, stroke, kerusakan pembuluh darah tepi yang dapat meningkatkan risiko ulkus. Kondisi ini dapat diketahui dengan melakukan pengukuran nilai *ankle brachial index* guna menilai risiko dari penyakit arteri perifer.

2) Mikroangiopati

(a) Retinopati Diabetik

Retinopati diabetikum terjadi karena adanya kerusakan pada retina mata. Hipertensi dan kadar gula darah menjadi faktor utama dari retinopati, maka dari itu untuk penderita diabetes sangat disarankan untuk mengendalikan tekanan darah dan kadar gula darah.

(b) Nefropati Diabetik

Nefropati diabetik ditandai dengan ditemukannya protein dalam urin karena efek kerusakan dari glomerulus. Nefropati diabetik merupakan faktor risiko dari gagal ginjal kronik.

(c) Neuropati Diabetik

Faktor penting yang berisiko tinggi menyebabkan ulkus diabetik adalah hilangnya sensasi distal, keadaan ini dapat meningkatkan risiko amputasi. Beberapa gejala yang dirasakan

oleh penderita diabetes yaitu kaki terasa terbakar, dan terasa lebih sakit di malam hari. Semua penderita DM yang memiliki komplikasi atau risiko terkena neuropati perifer harus diberikan edukasi senam kaki dan perawatan kaki untuk mengurangi risiko ulkus kaki.

(d) Kardiomiopati

Kardiomiopati merupakan komplikasi yang berupa gagal jantung. Risiko terkena gagal jantung pada penderita diabetes dua kali lipat lebih tinggi dibandingkan pada non-diabetes.

7. Patofisiologis

Resistensi insulin dapat mengakibatkan terjadinya diabetes tipe 2 dimana dalam keadaan ini sel-sel sasaran insulin mengalami kegagalan atau tidak bisa merespon insulin dengan normal. Obesitas, kurang aktivitas dan penuaan menjadi faktor yang dapat meningkatkan risiko resistensi insulin pada tubuh. Kelebihan produksi glukosa hepatic tetapi tidak terjadi kerusakan pada sel beta pankreas dapat dialami oleh penderita diabetes melitus tipe 2. Defisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes melitus tipe 2 hanya bersifat relatif dan tidak absolut (Fatimah, 2015).

Perkembangan diabetes melitus diawali dengan terjadinya gangguan pada sekresi insulin fase pertama di dalam sel beta pankreas, artinya sekresi insulin mengalami kegagalan dalam mengkompensasi sekresi insulin. Apabila hal ini tidak ditangani segera maka akan mengakibatkan kerusakan sel-sel beta pankreas. Apabila sel beta pankreas sudah rusak maka dapat mengakibatkan defisiensi insulin sehingga akhirnya penderita diabetes memerlukan insulin eksogen. Dua faktor yang sering ditemukan pada penderita diabetes melitus adalah defisiensi insulin dan resistensi insulin (Fatimah, 2015).

B. Konsep Aman Nyaman (Luka Tekan/Dekubitus)

1. Definisi

Luka tekan, ulkus dekubitus, dan luka baring adalah istilah atau kejadian yang terjadi pada gangguan integritas kulit akibat dari tekanan

yang lama pada kulit dan tidak diatasi Potter & Perry (dalam Laily *et al.*, 2019)

Menurut Santiko dan Faidah (dalam Wahidin, 2022) dekubitus merupakan cedera pada kulit dan atau jaringan yang ada di bawahnya, terutama di atas tonjolan tulang yang biasa terjadi tekanan dan gesekan. Luka tekan merupakan nekrosis pada jaringan lokal, jaringan lunak mengalami tekanan antara tonjolan tulang dengan bagian luar dalam waktu lama yang disebabkan tekanan atau gesekan. Menurut Potter & Perry (dalam Wahidin, 2022) ulkus dekubitus menjadi salah satu komplikasi atau efek samping dari pasien yang *bedrest* dikarenakan pasien yang *bedrest* beresiko mengalami penurunan aliran darah dan ruam akibat hipersensitivitas dan reaksi obat.

2. Penyebab dan Faktor Risiko Dekubitus

Imobilisasi menjadi salah satu faktor eksternal yang dapat menyebabkan kerusakan pada integritas kulit. Imobilisasi adalah ketidakmampuan untuk bergerak bebas yang disebabkan oleh kondisi dimana gerakan terganggu atau dibatasi secara terapeutik yang bisa berhubungan langsung dengan faktor internal seperti penyakit kronis atau status kesehatan Potter & Perry (dalam Santiko & Faidah, 2020).

Selain dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit, imobilisasi juga dapat menyebabkan pasien dirawat lebih lama apabila sampai terjadi dekubitus. Pasien dengan *bedrest* rentan terjadi cedera akibat penurunan aliran darah dan resiko terjadinya ruam akibat dari hipersensitivitas, reaksi obat, atau infeksi oportunistik Morton (dalam Santiko & Faidah, 2020). Komplikasi lain yang bisa terjadi pada pasien dengan *bedrest* adalah ulkus dekubitus. Potter & Perry (dalam Santiko & Faidah, 2020).

Penyebab utamanya yaitu karena hilangnya persepsi sensorik, gangguan kesadaran lokal dan umum, bersama dengan penurunan mobilitas, kondisi tersebut membuat pasien tidak menyadari ketidaknyamanan sehingga tidak mengurangi tekanan yang terjadi. Ulkus dekubitus dapat terjadi karena disebabkan oleh faktor eksternal

(tekanan, gesekan, gaya geser dan kelembapan) dan faktor internal (demam, malnutrisi, anemia, dan disfungsi endotel) Zaidi dan Sharma (dalam Alzamani *et al.*, 2022)

3. Tanda-tanda Dekubitus

Dekubitus terjadi karena adanya luka tekan pada permukaan kulit, sebelum terjadi dekubitus, ada tanda-tanda risiko dekubitus. Tanda-tanda risiko dekubitus adalah eritema atau kemerahan, terdapat ciri khas dimana bila ditekan dengan jari, tanda eritema akan lama kembali lagi atau persisten. Kemudian diikuti dengan kulit mengalami edema, dan temperatur di area tersebut meningkat atau bila diraba akan terasa hangat. Tanda pada pressure ulcer ini akan dapat berkembang hingga sampai ke jaringan otot dan tulang *European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel* (dalam Padmiasih, 2020).

4. Manifestasi Klinis Ulkus Dekubitus

Menurut NPUAP (*National Pressure Ulcers Advisory Panel*) (Alzamani *et al.*, 2022), luka tekan dibagi menjadi empat stadium, yaitu:

a. Stadium 1:

- 1) Adanya perubahan dari kulit yang dapat diobservasi. Apabila dibandingkan dengan kulit yang normal, maka akan tampak salah satu tanda sebagai berikut: perubahan temperatur kulit (lebih dingin atau lebih hangat)
- 2) Perubahan konsistensi jaringan (lebih keras atau lunak)
- 3) Perubahan sensasi (gatal atau nyeri)
- 4) Pada orang yang berkulit putih, luka mungkin kelihatan sebagai kemerahan yang menetap. Sedangkan pada yang berkulit gelap, luka akan kelihatan sebagai warna merah yang menetap, biru atau ungu.

- #### b. Stadium 2: Hilangnya sebagian lapisan kulit yaitu epidermis atau dermis, atau keduanya. Cirinya adalah lukanya superficial, abrasi, melepuh, atau membentuk lubang yang dangkal.

- c. Stadium 3: Hilangnya lapisan kulit secara lengkap, meliputi kerusakan atau nekrosis dari jaringan subkutan atau lebih dalam, tapi tidak sampai pada fascia. Luka terlihat seperti lubang yang dalam.
- d. Stadium 4: Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, nekrosis jaringan, kerusakan pada otot, tulang atau tendon. Adanya lubang yang dalam serta saluran sinus juga termasuk dalam stadium IV dari luka tekan.

5. Pencegahan Dekubitus

Menurut Santiko dan Faidah (dalam Wahidin, 2022) mengubah posisi pasien miring kanan dan kiri menjadi salah satu intervensi pencegahan dekubitus, teknik ini akan lebih maksimal hasilnya jika digabung dengan *massage*. *Massage* merupakan intervensi non farmakologis yang bisa dilakukan pada pasien yang mengalami imobilisasi yang bertujuan menjaga sirkulasi darah dan kelembapan kulit jika saat *massage* menggunakan *virgin coconut oil*, karena *massage* merupakan terapi yang sangat aman, efektif serta tidak memiliki efek samping. Teknik *effleurage massage* biasanya yang direkomendasikan untuk pencegahan luka tekan.

C. Konsep *Effleurage Massage*

1. Definisi

Massage effleurage merupakan teknik *massage* dengan gerakan menggosok. *Massage effleurage* memiliki efek memperlancar sirkulasi darah, sehingga pasokan oksigen dapat terpenuhi untuk mencegah terjadinya dekubitus. Berdasarkan hasil penelitian *massage effleurage* efektif untuk mencegah terjadinya dekubitus Wiyoto (dalam Adevia *et al.*, 2022).

Effleurage adalah gerakan mengusap dengan menggunakan telapak tangan atau bantalan jari tangan. *Effleurage* merupakan gosokan pada kulit tanpa terjadi gerakan otot bagian dalam Risma (dalam Hanief *et al.*, 2019). Gerakan ini dilakukan sesuai dengan peredaran darah menuju jantung maupun kelenjar-kelenjar getah bening. Tujuan

aplikasi ini adalah memperlancar peredaran darah dan cairan getah bening (limfe) Arovah (dalam Hanief *et al.*, 2019).

2. Teknik *Effleurage Massage*

Effleurage pada punggung dilakukan dengan cara menekan jaringan dengan kedua telapak tangan dimulai dari pinggang sampai bahu. Tujuannya adalah supaya darah dapat mengalir ke jantung. Teknik ini dikerjakan selama 30 detik (Hanief *et al.*, 2019).

Massage Effleurage adalah teknik pijatan yang dilakukan untuk membantu mempercepat proses pemulihan nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan untuk menimbulkan efek relaksasi. *Effleurage* merupakan manipulasi gosokan yang halus dengan tekanan relatif ringan sampai kuat, gosokan ini mempergunakan seluruh permukaan tangan satu atau permukaan kedua belah tangan, sentuhan yang sempurna dan arah gosokan selalu menuju ke jantung atau searah dengan jalannya aliran pembuluh darah balik, maka mempunyai pengaruh terhadap peredaran darah atau membantu mengalirnya pembuluh darah balik kembali ke jantung karena adanya tekanan dan dorongan gosokan tersebut. *Effleurage* adalah suatu pergerakan stroking dalam atau dangkal, *effleurage* pada umumnya digunakan untuk membantu pengembalian kandungan getah bening dan pembuluh darah di dalam ekstremitas tersebut. *Effleurage* juga digunakan untuk memeriksa dan mengevaluasi area nyeri dan ketidakteraturan jaringan lunak atau peregangan kelompok otot yang spesifik (Hanief *et al.*, 2019).



Gambar 2.1 Teknik Massage Effleurage Posisi Tidur.

Sumber gambar : Alberista Gulo (2018)

Menurut Alberista Gulo (2018) dalam melakukan effleurage massage dapat dilakukan dengan beberapa teknik, yaitu

a. Usapan ringan

Letakkan kedua telapak tangan di permukaan tubuh, dengan jari rapat dan ujung-ujungnya agak mendongak. Dalam sekali gerakan tak terputus, luncurkan kedua tangan ke bagian atas tubuh kemudian pisahkan tangan dan kembali kebawah. Gerakan ini harus mengusap seluas mungkin permukaan tubuh. Lakukan gerakan selama 2-3 menit.



Gambar 2.2 Usapan Ringan
Sumber gambar : Alberista Gulo (2018)

b. Gerakan melingkar lebar

Sekali lagi, letakkan tangan mendatar dengan jari rapat dan lakukan gerakan seperti berenang. Buatlah lingkaran-lingkaran yang saling bertumpukkan dengan kedua telapak tangan secara bergantian. Usap seluruh permukaan tubuh hingga mencapai bagian sisanya. Ketika sampai bagian bawah, gerakan tangan kembali ke atas. Lakukan gerakan selama 2-3 menit.



Gambar 2.3 Gerakan Melingkar Lebar
Sumber gambar : Alberista Gulo (2018)

c. Mengurut Seperti Gelombang

Setelah mengusap ringan permukaan tubuh, misalnya punggung, gerakkan tangan turun zig- zag bergelombang menuju bagian tengah dari sisi tubuh. Usap seluas mungkin permukaan tubuh. Lakukan gerakan selama 2-3 menit.



Gambar 2.4 Gerakan Seperti Gelombang
Sumber gambar : Alberista Gulo (2018)

3. Manfaat *Effleurage Massage*

Pijat effleurage memiliki manfaat dalam meningkatkan peredaran darah, memperlunakkan otot, dan merangsang relaksasi fisik (Zahra *et al.*, 2023). Penelitian yang dilakukan Zhang & Yue (2015) menganjurkan massage effleurage untuk mencegah ulkus dekubitus massage effleurage telah terbukti meningkatkan sirkulasi ke jaringan dan menjaga kelembaban kulit. Hal ini dapat mencegah anoksia jaringan kulit, yang merupakan penyebab utama ulkus dekubitus.

D. Konsep *Virgin Coconut Oil*

1. Definisi

Virgin coconut oil merupakan minyak olahan kelapa yang jernih, bebas radikal, tidak tengik dikarenakan pada proses pembuatannya tanpa pemanasana. *Virgin coconut oil* dapat digunakan untuk terapi topikal untuk perawatan pada kulit Sumah (dalam Wahidin, 2022). Minyak *virgin coconut oil* merupakan minyak yang diperoleh dari kopra (daging buah kelapa yang dikeringkan) atau dari perasan santannya (Hasibuan *et al.*, 2018).

Minyak *virgin coconut oil* murni banyak digunakan dalam industri farmasi, kosmetika, susu formula, maupun sebagai minyak goreng mutu tinggi. Minyak *virgin coconut oil* murni dapat menanggulangi beragam penyakit pada manusia. Untuk pengobatan penyakit, Minyak *virgin coconut oil* murni digunakan untuk mengobati HIV-AIDS, kanker, hepatitis, osteoporosis, diabetes, penyakit jantung, obesitas, dan berbagai penyakit yang disebabkan oleh mikroba Ahmad (dalam Hasibuan *et al.*, 2018).

2. Kandungan *Virgin Coconut Oil*

Menurut Price (dalam Santiko & Faidah, 2020), kandungan yang terdapat pada *virgin coconut oil* salah satunya adalah *medium fatty acid* yang dimana kandungan ini sama seperti pada sabun kulit, terdapat lemak ilmiah yang menjadi antimikrobial pada kulit dan melindungi kulit dari infeksi.

Menurut Price Sylvia (dalam Santiko & Faidah, 2020), dalam *virgin coconut oil* unsur antioksidan dan vitamin E masih dapat dipertahankan sehingga jika digunakan sebagai pelindung kulit akan mampu melembutkan kulit.

Virgin coconut oil juga mengandung asam laurat, asam laurat pada *virgin coconut oil* tinggi, *virgin coconut oil* juga mengandung vitamin E Amin (dalam Santiko & Faidah, 2020). Kandungan asam lemak (terutama asam laurat dan oleat) dalam VCO, sifatnya yang melembutkan kulit. Pelembab yang terbuat dari minyak kelapa murni

cepat membangun hambatan mikrobial dan asam alami. Dengan demikian memakai minyak kelapa murni setelah mandi akan bermanfaat bagi kesehatan kulit dengan meningkatkan atau mempertahankan toleransi jaringan yang diharapkan.

3. Manfaat *Virgin Coconut Oil* Terhadap Risiko Dekubitus

Virgin coconut oil sangat baik untuk kesehatan kulit, *virgin coconut oil* mengandung pelembab alami sehingga mudah diserap kulit, mengandung vitamin E yang dapat membantu menjaga kulit agar tetap lembut, halus, dan mengurangi risiko kanker kulit (Soekardi dan Yuliadi, 2012).

Virgin coconut oil juga memiliki manfaat salah satunya penyembuhan jaringan, membunuh bakteri yang bisa menyebabkan luka tekan dan infeksi. Manfaat dari *virgin coconut oil* bisa menjaga kelembaban kulit dan mencegah inflamasi sehingga bisa mencegah luka tekan. Julianti (dalam Wahidin *et al*, 2022).

Effleurage massage dengan menggunakan *virgin coconut oil* dapat menjadi suatu bentuk intervensi perawatan yang dapat membantu menjaga hidrasi kulit dan meningkatkan sirkulasi darah pada pasien yang tidak dapat bergerak. Terapi pijat massage effleurage dengan *virgin coconut oil* merupakan upaya penyembuhan yang aman, efektif dan tanpa efek samping Santiko dan Faidah (dalam Zahra *et al.*, 2023).

E. Hasil Review Literatur

1. Pertanyaan Klinis (PICOT)

Penelusuran literatur dilakukan dengan cara mencari sumber-sumber terkait dengan konsep penyakit, *effleurage massage*, *virgin coconut oil* dan luka tekan (dekubitus) yang dimana dari sumber nasional dan internasional dengan ketentuan lima tahun terakhir untuk jurnal.

PICOT berisi tentang rumusan pertanyaan klinis yang tepat, sebagai berikut, a. *problem* : pasien tirah baring, risiko luka tekan ; b. *intervention* : *effleurage massage* dengan *virgin coconut oil*; c. *comparation* : tidak ada intervensi pembandingan; d. *outcome* : penurunan

risiko luka tekan ; e. *time* : setiap shift. Berdasarkan hasil PICOT diatas maka rumusan masalah yaitu “Apakah teknik *effleurage massage* dengan *virgin coconut oil* dapat menurunkan risiko luka tekan?”

2. Metode Penelusuran *Evidence*

Penelusuran artikel ini berskala nasional maupun internasional yang telah terpublikasi minimal 5 tahun terakhir dari tahun terbit dengan kata kunci “terapi musik mozart untuk menurunkan intensitas nyeri” menggunakan database : *Google Scholar*, *Science Direct*, *ProQuest* dan *Pubmed*. Berdasarkan hasil penelusuran didapatkan 5 artikel yang terdiri dari 2 jurnal internasional dan 3 jurnal nasional.

Berikut Hasil Penelusuran Artikel

Tabel 2.1 Hasil Review Literatur

| No. | Judul | Jurnal | Problem/ population | Intervention | Comparasion | Outcome | Time/lama penelitian |
|-----|---|---|--|---|--|--|-------------------------|
| 1. | Effect of Vibration Effleurage Petrissage MASSager Device on Prevention of Pressure Ulcer among Immobilized Patients: An Experimental Study | Jurnal Keperawatan Pondicherry, Volume 14 Edisi 4 (Oktober–Desember 2021) Peneliti : Paskaline Rani C Kripa Angeline A Renuka Kandasamy Metode : Quantitative research approach and experimental research design, pre and post test with control and intervention groups. | Patients admitted to wards and critical care units with a risk score of 7-14 for pressure sores. With a total of 50 respondents in each group. Patient over 18 years old. | The intervention group sample was given vibration effleurage therapy for 5-10 minutes twice a day. This intervention was given for five days. | The group was given effleurage vibration using a tool twice a day. The control group was manually given effleurage every four hours. | The results of this study show the effect of giving effleurage to reduce the risk of decubitus. | 5 day |
| 2. | The effect of massage using virgin coconut oil for risk prevention on immobility | Suryati Romauli, Frankly D. Latjandu Jems Kifen R. Maay (2020) Metode : | A sample of 20 peoples was divided into two groups, and there are intervention and | The intervention group was given effleurage massage using virgin coconut oil, for 5 minut. | The intervention group was given effleurage massage | Rank Spearman correlation test results show that the value of sig (1-tailed) is 0.008, the results of calculations <0.05, so | 5 day |

| No. | Judul | Jurnal | Problem/ population | Intervention | Comparasion | Outcome | Time/lama penelitian |
|-----|---|--|--|---|---|---|-------------------------|
| | pressure in icu patient | Quasi-experimental design with a post-test | control in the Intensive Care Unit | | using virgin coconut oil, while the control group was not given any treatment | it can be concluded that there is a significant relationship between effleurage massage using Virgin Coconut Oil to prevent the risk of pressure sores. | |
| 3. | Pengaruh Penggunaan Extra Virgin Olive Oil Pencegah Luka Tekan pada Pasien Beresiko dengan Skala Braden | Volume 7, Nomor 3, Desember 2019 e-ISSN : 2715-1980 p-ISSN : 23031298 Peneliti : Eka Isranil Laily, Nurlela Petra Saragih, Lusiana Lusiana Sirait Metode : <i>Quasi eksperimental design dengan Post-Test Only Design with Control Group</i> | Pasien tirah baring diruang unit stroke sejumlah 30 responden. | Sampel sejumlah 30 orang akan diberikan ekstra virgin olive oil selama 5 hari berturut-turut yang dilakukan pagi setelah mandi dan sore setelah mandi. Pada hari ke-6 peneliti melakukan lembar observasi integritas kulit pada pasien kelompok intervensi dan kelompok control menggunakan skala braden. | Kelompok intervensi diberikan VCO sedangkan kelompok control tidak. | Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa <i>Extra virgin olive oil</i> berpengaruh terhadap pencegahan luka tekan pada pasien yang beresiko berdasarkan skala braden mayoritas 15-18 (resiko rendah/sedang). Berdasarkan uji <i>Paired Sampel T-Test</i> didapatkan nilai $p=0,000$ (kurang dari nilai $\alpha=0,05$) sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima. | 5 hari |

| No. | Judul | Jurnal | Problem/ population | Intervention | Comparasion | Outcome | Time/lama penelitian |
|-----|---|---|---|--|---|---|------------------------------|
| 4. | Pengaruh <i>Massage Effleurage</i> dengan <i>Virgin Coconut Oil</i> (VCO) terhadap Pencegahan Dekubitus pada Pasien Bedrest di Ruang Instalasi Rawat Intensive (IRIN) RS Mardi Rahayu Kudus | Volume 9, Nomor 2, Oktober 2020 e-ISSN : 2252-8865 p-ISSN : 2598-4217 Peneliti : Santiko, Noor Faidah Metode : <i>Quasi Experimental</i> dengan desain <i>control grup design pretest dan posttest.</i> | Pasien <i>bedrest</i> yang dirawat di ruang Instalasi Rawat Intensive (IRIN) sejumlah 46 responden | Sampel sejumlah 23 (kelompok intervensi) diberikan <i>massage efflurage</i> dengan VCO sehari 2 kali setelah pasien mandi pagi dan sore. | Kelompok intervensi diberikan <i>massage efflurage</i> dengan VCO sedangkan kelompok control tidak. | Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh secara signifikan <i>massage efflurage</i> dengan VCO terhadap pencegahan decubitus pada pasien bedrest berdasarkan uji <i>Chi square</i> menggunakan Fisher Exact diperoleh hasil p-value 0,022. | Oktober- Desember 2018 |
| 5. | The Effect of Effleurage Massage Using Virgin Coconut Oil on the Risk Level of Pressure Ulcers In Intensive Care Unit Patients | p-ISSN : 1907-6637 e-ISSN : 2579-9320 DOI : 10.20884/1.jks.2020.15.3.1201 Peneliti : Rycoo Darmareja, Cecep Eli Kosasih, Ayu Prawesti Priambodo Metode : <i>Quasi Experimental one group pretest and postest</i> | Pasien ICU di RS tipe B cimahi sejumlah 34 responden. Krtiteria responden yaitu usia >45 tahun, pasien tidak bergerak yang memiliki hemodinamik stabil, pasien tidak kurang gizi, pasien dengan intervensi berupa mobilisasi setiap 2 jam | Penelitian dilakukan selama 5 hari. Pada hari ke-1 dilakukan persetujuan menjadi responden. hari ke-2 dilakukan intervensi sampai hari ke-5 dengan cara pemberian VCO selama 20 menit pada area belakang kepala, leher, punggung, gluteal, sacrum, tangan, dan kaki. | | Hasil penelitian menunjukkan bahwa <i>massage effluarage</i> menggunakan VCO berpengaruh terhadap penurunan tingkat risiko <i>pressure ulcers</i> pasien tirah baring dan efektif dilakukan minimal tiga hari berkelanjutan yang dilihat dari nilai uji t-dependent yaitu p=0,0001. | 13 Maret- 29 Mei 2019 |

F. Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Diabetes Melitus

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar bagi seorang perawat dalam melakukan pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui kebutuhan klien tersebut. Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu menentukan status kesehatan dan pola pertahanan klien serta memudahkan menentukan status kesehatan dan pola pertahanan klien serta memudahkan dalam perumusan diagnosa keperawatan.

Data yang didapatkan bisa dikelompokkan menjadi dua macam yaitu data subjektif, merupakan data yang didapatkan melalui wawancara oleh perawat kepada pasien, keluarga atau orang-orang yang dekat dengan pasien dan data objektif, merupakan data yang ditemukan secara nyata. Data ini didapat melalui observasi atau pemeriksaan langsung oleh perawat. Pada langkah pengkajian klien dengan Diabetes mellitus, hal yang dilakukan adalah dengan melakukan pengumpulan data menurut:

- a. Identitas klien yang meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, pekerjaan, suku/bangsa, status perkawinan, alamat, tanggal masuk, ruangan, no.register, diagnosa medis.
- b. Riwayat penyakit
 - 1) Keluhan utama
Biasanya klien datang ke RS dengan keluhan utama poliphagia, polidipsia, poliuria dan penurunan berat badan. Keluhan lemah, kesemutan gatal-gatal, penglihatan kabur, dan seringkali sudah terjadi gangren.
 - 2) Riwayat penyakit sekarang
Mencakup data sejak kapan dirasakan keluhan sampai keluhan yang dirasakan saat ini.

3) Riwayat penyakit dahulu

Perlu ditanyakan riwayat klien pernah mengalami sakit apa saja dan usahakan/tindakan klien untuk mengurangi dan mengantisipasi penyakit tersebut.

4) Riwayat penyakit keluarga

Perlu ditanyakan apakah ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit seperti ini, penyakit yang menyertai, siapa dan apakah sembuh atau meninggal

c. Kesehatan Fungsional

1) Aktivitas Istirahat

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

Tanda: Takikardia dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas. Letargi/disorientasi, koma. Penurunan kekuatan otot.

2) Sirkulasi

Gejala: Adanya riwayat hipertensi, Infark Myocard Akut, Klaudikasi, kebas, dan kesemutan pada ekstremitas. Ulkus pada kaki, penyembuhan yang lama.

Tanda: Takikardia. Perubahan tekanan darah postural; hipertensi. Nadi yang menurun/tak ada. Disritmia. Kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung.

3) Integritas Ego

Gejala: Stres; tergantung pada orang lain. Masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi.

Tanda : Ansietas, peka rangsang

4) Eliminasi

Gejala: Perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia. Rasa nyeri terbakar. Kesulitan berkemih (infeksi). ISK baru/berulang. Nyeri tekan abdomen.

Tanda: Urine encer, pucat, kuning; poliuri (dapat berkembang menjadi oliguria/anuria jika terjadi hipovolemia berat). Urine

berkabut, bau busuk (infeksi). Abdomen keras, adanya ascites. Bising usus lemah dan menurun; hiperaktif (diare).

5) Makanan/cairan

Gejala: Hilang nafsu makan. Mual/muntah. Tidak mengikuti diet; peningkatan masukan glukosa/karbohidrat. Penurunan berat badan lebih dari periode beberapa hari/minggu. Haus. Penggunaan diuretic (tiazid).

Tanda: Kulit kering/bersisik, turgor jelek. Kekakuan/distensi abdomen, muntah. Pembesaran tiroid (peningkatan kebutuhan metabolic dengan peningkatan gula darah). Bau halitosis/manis, bau buah (napas aseton).

6) Neurosensori

Gejala: Pusing/pening. Sakit kepala. Kesemutan, kebas kelemahan pada otot, parestesia. Gangguan penglihatan.

Tanda: Disorientasi, mengantuk, letargi, stupor, koma (tahap lanjut). Gangguan memori (baru, masa lalu); kacau mental. Refleks Tendon Dalam (RTD) menurun (koma). Aktivitas kejang (tahap lanjut dari DKA).

7) Nyeri/Kenyamanan

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

Tanda: Wajah meringis dengan palpitasi; tampak sangat berhati-hati.

8) Pernapasan

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

Tanda: Lapar udara. Batuk dengan/tanpa sputum purulen (infeksi). Frekuensi pernapasan.

9) Keamanan

Gejala: Kulit kering, gatal; ulkus kulit.

Tanda: Demam, diaforesis. Menurunnya kekuatan umum/rentang gerak. Parestesia/paralysis otot termasuk otot-otot pernapasan.

10) Seksualitas

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

11) Penyuluhan/Pembelajaran

Gejala:Faktor resiko keluarga; diabetes mellitus, penyakit jantung, stroke, hipertensi, fenobarbital, penyembuhan yang lambat

Penggunaan obat seperti steroid, diuretik (tiazid); Dilantin dan dapat meningkatkan kadar glukosa darah.

Pertimbangan: menunjukkan rata lama dirawat ; 5 – 9 hari.

Rencana Pemulangan: Mungkin memerlukan bantuan dalam pengaturan diet, pengobatan, perawatan diri, pemantauan terhadap glukosa darah.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Status kesehatan umum

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

2) Pemeriksaan *head to toe*

Menurut Smeltzer (2014), pemeriksaan fisik pada pasien dengan ulkus, antara lain :

- a) Kepala: wajah dan kulit kepala bentuk muka, ekspresi wajah gelisah dan pucat, rambut, bersih/tidak dan rontok/tidak, ada/tidak nyeri tekan.
- b) Mata: mata kanan dan kiri simetris/tidak, mata cekung/tidak, konjungtiva anemis/tidak, selera ikterit/tidak, ada/tidak sekret, gerakan bola mata normal/tidak, ada benjolan/tidak, ada/tidak nyeri tekan/ fungsi pengelihatian menurun/tidak.
- c) Hidung: ada/tidak polip, ada/tidak sekret, ada/tidak radang, ada/tidak benjolan, fungsi penghidu baik/buruk,

- d) Telinga: canalis bersih/kotor, pendengaran baik/menurun, ada/tidak benjolan pada daun telinga, ada/tidak memakai alat bantu pendengaran,
 - e) Mulut: gigi bersih/kotor, ada/tidak karies gigi, ada/tidak memakai gigi palsu, gusi ada/tidak peradangan, lidah bersih/kotor, bibir kering/lembab.
 - f) Leher: ada/tidak pembesaran thyroid, ada/tidak nyeri tekan, ada/tidak bendungan vena jugularis dan ada/tidak pembesaran kelenjar limfe.
 - g) Paru: bentuk dada normal chesr simetris/tidak, kanan dan kiri. Inspeksi: pada paru-paru didapatkan data tulang iga simetris /tidak kanan, payudara normal/tidak, RR normal atau tidak, pola nafas regular/tidak, bunyi vesikuler/tidak, ada/tidak sesak napas. Palpasi: vocal fremitus anteria kanan dan kiri simetris/tidak, ada/tidak nyeri tekan. Auskultasi: suara napas vesikuler/tidak, ada/tidak ronchi maupun wheezing, ada/tidak. Perkusi: suara paru-paru sonor/tidak pada paru kanan da kiri.
 - h) Abdomen: abdomen simetris/tidak, datar dan ada/tidak luka auskultasi: peristaltik 25x/menit. Palpasi ada/tidak nyeri, dan kuadran kiri atas. Perkusi : suara hypertimpani.
 - i) Genetalia data tidak terkaji, terpasang katheter/tidak.
 - j) Musculoskeletal: ekstremitas atas: simetris/tidak, ada/tidak odema atau lesi, ada/tidak nyeri tekan, ekstremitas bawah: kaki kanan dan kaki kiri simetris ada/tidak kelainan. Ada/tidak luka
 - k) Integumentum: warna kulit, turgor kulit baik/jelek/kering ada lesi/tidak, ada/tidak pengurusan kulit, ada/tidak nyeri tekanan.
- e. Pemeriksaan Diagnostik
- 1) Glukosa darah: meningkat 100 – 200 mg/dl atau lebih.
 - 2) Aseton plasma (keton): Positif secara mencolok

- 3) Asam lemak bebas: Kadar lipid dan kolesterol meningkat.
- 4) Osmolaritas serum: Meningkatkan tetapi biasanya kurang dari 330 mOsm/L.
- 5) Natrium: mungkin normal, meningkat atau menurun.
- 6) Kalium: Normal atau peningkatan semu (perpindahan seluler), selanjutnya akan menurun.
- 7) Fosfor: Lebih sering menurun.
- 8) Haemoglobin glikosilat: Kadarnya meningkat 2–4 kali lipat dari normal yang mencerminkan 4 bulan terakhir (lama hidup SDM) dan karenanya sangat bermanfaat dalam membedakan adekuat versus DKA yang berhubungan dengan insiden (mis. ISK baru).
- 9) Gas darah arteri: Biasanya menunjukkan pH rendah dan penurunan pada HCO_3^- (asidosis alkalosis respiratorik).
- 10) Trombosit darah: Ht mungkin meningkat (dehidrasi); leukositosis, hemokonsentrasi, merupakan infeksi.
- 11) Ureum/Kreatinin: Mungkin meningkat atau normal (dehidrasi/penurunan fungsi ginjal).
- 12) Amilase darah: Mungkin meningkat yang mengindikasikan adanya pankreatitis akut sebagai penyebab.
- 13) Insulin darah: Mungkin menurun/bahkan sampai tidak ada (pada tipe I) atau normal sampai tinggi (tipe II) yang mengindikasikan insufisiensi insulin/gangguan dalam penggunaannya (endogen/eksogen). Resistensi insulin dapat berkembang sekunder terhadap pembentukan antibodi (autoantibodi).
- 14) Pemeriksaan fungsi tiroid: Peningkatan aktivitas hormon tiroid dapat meningkatkan glukosa darah dan kebutuhan akan insulin.
- 15) Urine: Gula dan aseton positif; berat jenis dan osmolaritas mungkin meningkat.
- 16) Kultur & sensitivitas: Kemungkinan adanya ISK, infeksi pernapasan dan infeksi pada luka.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Setelah mengumpulkan data-data klien yang relevan, informasi tersebut dibandingkan dengan ukuran normal sesuai umur klien, jenis kelamin, tingkat perkembangan, latar belakang sosial dan psikologis.

Diagnosa keperawatan pada pasien diabetes melitus menurut Arsa (2020) dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017) :

- a. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) berhubungan dengan hiperglikemia.
- c. Defisit Nutrisi (D.0019) berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.
- d. Risiko Hipovolemia (D.0034) berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif
- e. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, nyeri
- f. Gangguan Integritas Kulit (D.0129) berhubungan dengan neuropati perifer
- g. Risiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan penyakit kronis (mis. Diabetes Mellitus).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi keperawatan pada pasien diabetes melitus sebagai berikut :

- a. Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)

| Tujuan | Intervensi |
|--|--|
| <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Kesulitan tidur menurun 5) Tekanan darah membaik | <p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Monitor efek samping penggunaan analgetik 6) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, kompres hangat/dingin) 7) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 8) Fasilitasi istirahat dan tidur 9) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 10) Jelaskan strategi meredakan nyeri 11) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 12) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 13) Kolaborasi pemberian analgetik |

- b. Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) berhubungan dengan hiperglikemia.

| Tujuan | Intervensi |
|--|--|
| <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer (L.02011) meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan nadi perifer meningkat 2) Penyembuhan luka meningkat 3) Sensasi meningkat 4) Warna kulit pucat menurun 5) Nyeri ekstremitas menurun 6) Nekrosis menurun 7) Akral membaik 8) Tekanan darah membaik | <p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle brachial index</i>) 2) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas 3) Lakukan pencegahan infeksi 4) Lakukan hidrasi 5) Anjurkan untuk berhenti merokok 6) Anjurkan untuk berolahraga rutin 7) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki). 8) Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3). 9) lemak jenuh, minyak ikan omega 3). |

- c. Defisit Nutrisi (D.0019) berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme.

| Tujuan | Intervensi |
|--|---|
| Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik. Kriteria hasil : 1) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat 2) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat 3) Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan | Manajemen Nutrisi (I.03119) 1) Identifikasi status nutrisi 2) Monitor asupan makanan 3) Monitor berat badan 4) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 5) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 6) Ajarkan diet yang diprogramkan 7) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan |

- d. Risiko Hipovolemia (D.0034) berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif

| Tujuan | Intervensi |
|---|--|
| Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan (L.03028) membaik. Kriteria hasil : 1) Kekuatan nadi meningkat 2) Output urine meningkat 3) Turgor kulit membaik 4) Rasa haus menurun 5) Intake cairan membaik | Manajemen Hipovolemia (I.03116) 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2) Monitor intake dan output cairan 3) Berikan asupan cairan oral 4) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral |

- e. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, nyeri

| Tujuan | Intervensi |
|---|---|
| Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat. Kriteria hasil : 1) Pergerakan ekstremitas meningkat 2) Kekuatan otot meningkat 3) Rentang gerak (ROM) meningkat | Manajemen Energi (I.05178) 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 4) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, dan kunjungan) 5) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 6) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan |

| Tujuan | Intervensi |
|---|------------|
| 4) Nyeri menurun 5) Gerakan terbatas menurun 6) Kelemahan fisik menurun | |

- f. Gangguan Integritas Kulit (D.0129) berhubungan dengan neuropati perifer

| Tujuan | Intervensi |
|--|---|
| Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit (L.14125) meningkat. Kriteria hasil : 1) Perfusi jaringan meningkat 2) Nyeri menurun 3) Perdarahan menurun 4) Kemerahan menurun 5) Hematoma menurun 6) Nekrosis menurun 7) Suhu kulit membaik 8) Tekstur membaik | Perawatan Luka (I.14564) 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2) Monitor tanda tanda infeksi 3) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4) Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 5) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 6) Bersihkan jaringan nekrotik 7) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 8) Pasang balutan sesuai jenis luka 9) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 10) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat atau drainase 11) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 12) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri 13) Kolaborasi prosedur amputasi 14) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu |

- g. Risiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan penyakit kronis (mis. Diabetes Mellitus).

| Tujuan | Intervensi |
|--|---|
| Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi (L.14137) menurun. Kriteria hasil : 1) Kebersihan badan meningkat 2) Demam menurun 3) Kemerahan menurun 4) Nyeri menurun 5) Bengkak menurun 6) Kultur area luka membaik | Pencegahan Infeksi (I.14539) 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Berikan perawatan kulit pada daerah area edema 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 6) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 7) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi |

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 kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Mulyanti, 2017).

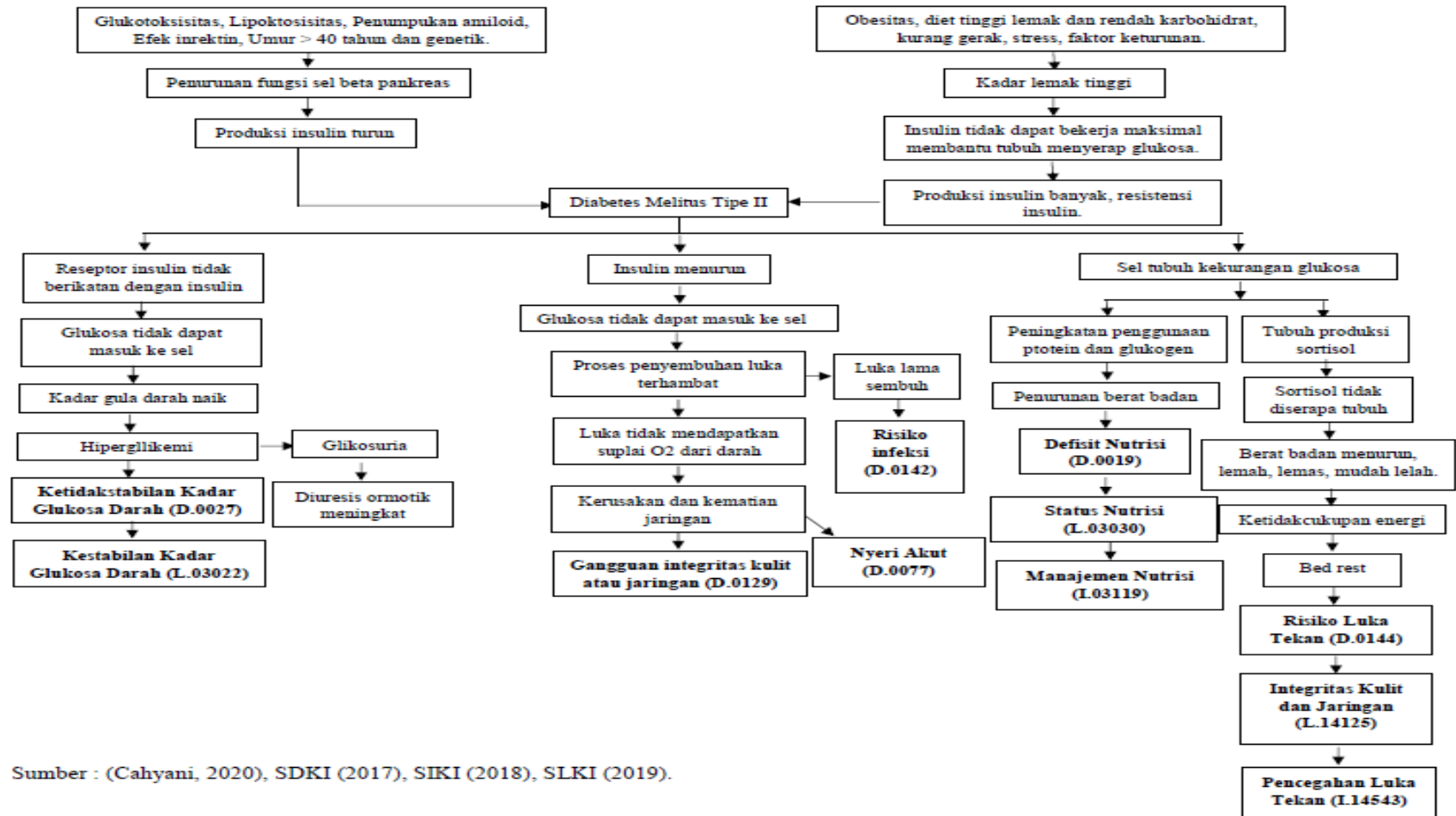
5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi sumatif dan formatif dengan menggunakan beberapa metode (Yustiana Olfah, 2016).

6. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum. Pendokumentasian yang digunakan dalam Arsa tahun 2020 adalah POR (Problem Oriented Record) menggunakan SOAP (subjek, objek, analisa, planning). Dalam setiap diagnosa keperawatan dilakukan implementasi kemudian didokumentasikan yaitu dalam memberikan tanda tangan, waktu, dan tanggal. Jika terjadi kesalahan dilakukan pencoretan dan pemberian paraf.

G. Web Of Causation (WOC)



Sumber : (Cahyani, 2020), SDKI (2017), SIKI (2018), SLKI (2019).