

ULKUS DEKUBITUS

A. DEFINISI

Wolf. Weitzel & Fuerst (1989: 354) dalam *Dasar – dasar Ilmu Keperawatan*, mengartikan ulkus decubitus adalah suatu daerah yang mati jaringan disebabkan karena kurangnya aliran darah di daerah yang bersangkutan. Decubitus berasal dari bahasa latin yang artinya berbaring. Berbaring tidak selalu menyebabkan terjadinya luka baring. Karena itu sebagian orang lebih menyukai istilah luka tekan (pressure sore) karena tekananlah yang merupakan penyebab utama terjadinya ulkus decubitus.

B. PERUBAHAN PATOLOGIK

Perubahan patologis di tempat ulkus decubitus disebabkan karena terlipatnya pembuluh darah, terutama pembuluh darah arteri dan kapiler di daerah yang terkena ulkus decubitus. Jika aliran darah terhambat, maka sel- sel tidak mendapat cukup zat makanan dan sampah hasil metabolisme tertumpuk sehingga sulit diangkut. Akhirnya sel mati, kulit pecah dan terjadilah lubang yang dangkal dan luka.

Tanda pertama yang menunjukkan terjadinya ulkus decubitus adalah daerah kulit yang tertekan menjadi putih dan pucat dan bukan berwarna merah muda sebagaimana kulit yang sehat. Kekurangan darah disuatu bagian tubuh karena aliran darah yang kurang baik disebut iskemik.

Jika tekanan itu dikurang, maka iskemik segera diikuti oleh hyperemia, yaitu mengalirnya darah dalam jumlah banyak di daerah tersebut. daerah itu kemudian kelihatan merah dan terasa hangat karena terjadi hyperemia yang merupakan mekanisme untuk mengimbangi. Dapat dikatakan bahwa darah membanjiri daerah itu untuk memberi zat makanan dan menyingkirkan sampah hasil metabolisme. Gejala ini disebut reactive hyperemia.

Tekanan berat yang bergeser ke arah yang berlawanan sering kali merupakan penyebab ulkus decubitus. Tekanan berat itu terjadi apabila lapisan jaringan tertindih satu sama lain. Pembuluh darah yang kecil dan pembuluh darah kapiler jadi meregang dan bisa pecah, sehingga mengakibatkan sedikitnya aliran darah dalam jaringan sel di bawah kulit. Akhirnya tampak sobekan kecil dalam kulit yang menyebabkan matinya jaringan dibawahnya.

C. DERAJAT ULKUS DECUBITUS

1. Derajat I : iskemik, hyperemia yang kembali walaupun tahanan dilepas, indurasi tidak ada.
2. Derajat II : kemerahan menetap, ada oedema, terdapat indurasi, lepuh (blister), terjadi erosi.
3. Derajat III : ada lesi terbuka dan lubang sampai jaringan subkutan, fasia terlihat di dasar ulkus.
4. Derajat IV : nekrosis meluas melewati fasia dan dapat mencapai tulang. Bisa terjadi periostitis, osteotitis, osteomyelitis. (*Carpenito , L.J, 1998*)

D. TEMPAT TERJADINYA ULKUS DECUBITUS

Menurut *M. Bouwhuizen (1986)* dalam *Ilmu Keperawatan* menyebutkan tempat- tempat yang sering terancam bahaya ulkus decubitus adalah :

1. Pada penderita pada posisi terlentang : pada daerah belakang kepala, daerah tulang belikat, daerah bokong dan tumit.
2. Pada penderita dengan posisi miring: daerah pinggir kepala(terutama daun telinga), bahu, siku, daerah pangkal paha, kulit pergelangan kaki dan bagian atas jari- jari kaki.
3. Pada penderita dengan posisi tengkurap : dahi, lengan atas, tulang iga, lutut.

E. FAKTOR- FAKTOR YANG MENYEBABKAN ULKUS DECUBITUS

Lynda Juall Capernito (1998:749) dalam *Diagnosa Keperawatan* menyebutkan beberapa faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya ulkus decubitus / kerusakan integritas kulit, yaitu:

1. Faktor Umum:
 - a. Tekanan : menekan dengan kekuatan kebawah area yang diberikan

- b. Robekan : kerusakan paralel, vertikal, horizontal maupun longitudinal dimana satu lapis jaringan bergerak kearah yang berlawanan.
 - c. Maserasi : mekanisme dimana jaringan menjadi lunak karena basah terlalu lama atau terendam, sehingga epidermis mudah erosi
 - d. Friksi : proses fisiologis. Jika kulit tegosok melawan linen/ spre, epidermis dapat gundul dengan abrasi
2. Faktor Pediatrik
 - a. Bayi baru lahir umumnya menunjukkan variasi kulit yang normal
 - b. Beberapa kondisi kulit yang umum yang mengenaikanak- anak pada kelompok usia spesifik (atopik, seboroik dan dermatitis)
 - c. Bayi dan anak yang mempunyai epidermis tipis.
 3. Faktor Gerontologi
 - a. Elastin yang memberikan fleksibilitas pada kulit menurun seiring penambahan usia.
 - b. Kekuatan kulit menurun, berhubungan dengan hilangnya kolagen dari dermis.
 - c. Beberapa lansia menunjukkan kulit yang mengkilap, kendur, tipis.
 - d. Lemak subkutan berkurang sesuai dengan penuaan.
 - e. Kondisi yang mengarah pada malnutrisi yang biasa terjadi pada lansia.
 - f. Kondisi kesehatan lansia yang dapat menyebabkan immobilisasi.
 4. Faktor Transkultural
 - a. Makin gelap kulit seseorang makin sulit untuk mengkaji perubahan warna kulit. Data dasar warna kulit harus dikaji pada area yang kurang pigmentasinya, misal: telapak tangan, telapak kaki, perut, dan bokong (*fuller & schaller, agers 1990 dalam capernito, 1998*)
 - b. Semua warna kulit mempunyai tonus merah yang mendasarinya. Pucat dapat dikaji pada membran mukosa, bibir, kuku, konjungtiva, dan kelopak mata bawah(*boyle & andrew dalam capernito, 1998*)
 - c. Untuk mengkaji ruam dan inflamasi pada kulit hitam, perawat harus peka pada saat palpasi untuk kehangatan dan indurasi.

F. ETIOLOGI

1. Tekanan yang berlebihan atau lama, dapat menekan pembuluh darah, menyebabkan iskemia, inflamasi dan nekrosis jaringan.
2. Pergeseran terjadi karena adanya gesekan dengan permukaan kulit atau jaringan epitel. (*Smeltzer, 2001*)

G. PROSES PENYEMBUHAN LUKA

1. Primer, luka insisi pembedahan dan laserasi kecil yang dijahit, sembuh secara primer (luka lebih cepat sembuh dan jaringan paret yang terbentuk sedikit)
2. Sekunder, jumlah jaringan yang hilang lebih banyak, eksudat radang dan nekrotik debris yang perlu disingkirkan lebih banyak, pembentukan jaringan granulasi lebih banyak.
3. Tersier, terjadi bila didapatkan rentang waktu yang cukup lama (>6 jam) antara terjadinya luka dengan waktu penjahitan. (*Carpenito ,L.J, 1998*)

H. PENATALAKSANAAN

1. Perawatan luka decubitus
2. Terapi fisik, dengan menggunakan pusran air untuk menghilangkan jaringan yang mati.
3. Terapi obat :
 - a. Obat antibacterial topical untuk mengontrol pertumbuhan bakteri
 - b. Antibiotik prupilaksis agar luka tidak terinfeksi
4. Terapi diet
Agar terjadi proses penyembuhan luka yang cepat, maka nutrisi harus adekuat yang terdiri dari kalori, protein, vitamin, mineral dan air.

I. PENGKAJIAN

1. Biodata

Umur/usia perlu ditanyakan karena adanya hubungan dengan proses penyembuhan luka atau regenerasi sel. Sedangkan ras dan suku bangsa perlu dikaji karena kulit yang tampak normal pada ras dan kebangsaan tertentu kadang tampak abnormal pada klien dengan ras dan kebangsaan lain (*Smeltzer & Brenda, 2001*). Pekerjaan dan hobi klien juga ditanyakan untuk mengetahui apakah klien banyak duduk atau sedikit beraktivitas sehingga terjadi penekanan pembuluh darah yang menyebabkan suplai oksigen berkurang, sel-sel tidak mendapat cukup zat makanan dan sampah hasil sisa metabolisme tertumpuk. Akhirnya sel-sel matai, kulit pecah dan terjadilah lubang yang dangkal dan luka dekubitus pada permukaan (*Carpenito, L.J, 1998*).

2. Keluhan Utama

Merupakan keluhan yang paling dirasakan oleh klien sehingga ia mencari pertolongan. Keluhan yang diungkapkan klien pada umumnya yaitu adanya rasa nyeri. Lokasi luka biasanya terdapat pada daerah-daerah yang menonjol, misalnya pada daerah belakang kepala, daerah bokong, tumit, bahu, dan daerah pangkal paha yang mengalami ischemia sehingga terjadi ulkus dekubitus (*Bouwhuizen, 1986*).

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Hal-hal yang perlu dikaji adalah mulai kapan keluhan dirasakan, lokasi keluhan, intensitas, lamanya atau frekuensi, faktor yang memperberat atau memperingan serangan, serta keluhan-keluhan lain yang menyertai dan upaya-upaya yang telah dilakukan perawat disini harus menghubungkan masalah kulit dengan gejalanya seperti: gatal, panas, mati rasa, immobilisasi, nyeri, demam, edema, dan neuropati (*Carpenito, L.J, 1998*)

4. Riwayat Personal dan Keluarga

- Riwayat penyakit keluarga perlu ditanyakan karena penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit – penyakit yang diturunkan seperti : DM, alergi, Hipertensi (CVA).
- Riwayat penyakit kulit dan prosedur medis yang pernah dialami klien. Hal ini untuk memberikan informasi apakah perubahan pada kulit merupakan manifestasi dari penyakit sistemik seperti : infeksi kronis, kanker, DM

5. Riwayat Pengobatan

Apakah klien pernah menggunakan obat-obatan. Yang perlu dikaji perawat yaitu:

- Kapan pengobatan dimulai.
- Dosis dan frekuensi.
- Waktu berakhirnya minum obat

6. Riwayat Diet

Yang dikaji yaitu berat badan, tinggi badan, pertumbuhan badan dan makanan yang dikonsumsi sehari-hari. Nutrisi yang kurang adekuat menyebabkan kulit mudah terkena lesi dan proses penyembuhan luka yang lama.

7. Status Sosial Ekonomi

Untuk mengidentifikasi faktor lingkungan dan tingkat perekonomian yang dapat mempengaruhi pola hidup sehari-hari, karena hal ini memungkinkan dapat menyebabkan penyakit kulit.

8. Riwayat Kesehatan, seperti:

- Bed-rest yang lama
- Immobilisasi
- Inkontinensia
- Nutrisi atau hidrasi yang inadkuat

9. Pengkajian Psikososial

Kemungkinan hasil pemeriksaan psikososial yang tampak pada klien yaitu:

- Perasaan depresi
- Frustrasi
- Ansietas/kecemasan
- Keputusasaan

- e. Gangguan konsep diri
- f. Nyeri

10. Aktivitas Sehari- Hari

Pasien yang immobilisasi dalam waktu yang lama maka bukan terjadi ulkus pada daerah yang menonjol karena berat badan bertumpu pada daerah kecilyang tidak banyak jaringan dibawah kulit untuk menahan kerusakan kulit. Sehingga diperlukan peningkatan latihan rentang gerak dan mengangkat berat badan. Tetapi jika terjadi paraplegi maka akan terjadi kekuatan otot tidak ada (pada ekstremitas bawah), penurunan peristaltik usus (terjadi konstipasi), nafsu makan menurun dan defisit sensori pada daerah yang paraplegi.

11. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Umumnya penderita datang dengan keadaan sakit dan gelisah atau cemas akibat adanya kerusakan integritas kulit yang dialami.

b. Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah normal, nadi cepat, suhu meningkat dan respirasi rate meningkat.

c. Pemeriksaan Kepala Dan Leher

1) Kepala Dan Rambut

Pemeriksaan meliputi bentuk kepala, penyebaran dan perubahan warna rambut serta pemeriksaan tentang luka. Jika ada luka pada daerah tersebut, menyebabkan timbulnya rasa nyeri dan kerusakan kulit.

2) Mata

Meliputi kesimetrisan, konjungtiva, reflek pupil terhadap cahaya dan gangguan penglihatan.

3) Hidung

Meliputi pemeriksaan mukosa hidung, kebersihan, tidak timbul pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret.

4) Mulut

Catat keadaan adanya sianosis atau bibir kering.

5) Telinga

Catat bentuk gangguan pendengaran karena benda asing, perdarahan dan serumen. Pada penderita yang bet rest dengan posisi miring maka, kemungkinan akan terjadi ulkus didaerah daun telinga.

6) Leher

Mengetahui posisi trakea, denyut nadi karotis, ada tidaknya pembesaran vena jugularis dan kelenjar linfe.

d. Pemeriksaan Dada Dan Thorax

Inspeksi bentuk thorax dan ekspansi paru, auskultasi irama pernafasan, vokal premitus, adanya suara tambahan, bunyi jantung, dan bunyi jantung tambahan, perkusi thorax untuk mencari ketidak normalan pada daerah thorax.

e. Abdomen

Bentuk perut datar atau flat, bising usus mengalami penurunan karena immobilisasi, ada masa karena konstipasi, dan perkusi abdomen hypersonor jika dispensi abdomen atau tegang.

f. Urogenital

Inspeksi adanya kelainan pada perinium. Biasanya klien dengan ulkus dan paraplegi terpasang kateter untuk buang air kecil.

g. Muskuloskeletal

Adanya fraktur pada tulang akan menyebabkan klien bet rest dalam waktu lama, sehingga terjadi penurunan kekuatan otot.

h. Pemeriksaan Neurologi

Tingkat kesadaran dikaji dengan sistem GCS. Nilainya bisa menurun bila terjadi nyeri hebat (syok neurogenik) dan panas atau demam tinggi, mual muntah, dan kaku kuduk.

12. Pengkajian Fisik Kulit

a. Inspeksi kulit

Pengkajian kulit melibatkan seluruh area kulit termasuk membran mukosa, kulit kepala, rambut dan kuku. Tampilan kulit yang perlu dikaji yaitu warna, suhu, kelembaban, kekeringan, tekstur kulit (kasar atau halus), lesi, vaskularitas.

Yang harus diperhatikan oleh perawat yaitu :

1) Warna, dipengaruhi oleh aliran darah, oksigenasi, suhu badan dan produksi pigmen.

Lesi yang dibagi dua yaitu :

- a) Lesi primer, yang terjadi karena adanya perubahan pada salah satu komponen kulit
- b) Lesi sekunder adalah lesi yang muncul setelah adanya lesi primer.

Gambaran lesi yang harus diperhatikan oleh perawat yaitu warna, bentuk, lokasi dan konfigurasi.

2) Edema

Selama inspeksi kulit, perawat mencatat lokasi, distribusi dan warna dari daerah edema.

3) Kelembaban

Normalnya, kelembaban meningkat karena peningkatan aktivitas atau suhu lingkungan yang tinggi kulit kering dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti lingkungan kering atau lembab yang tidak cocok, intake cairan yang inadkuat, proses menua.

4) Integritas

Yang harus diperhatikan yaitu lokasi, bentuk, warna, distribusi, apakah ada drainase atau infeksi.

5) Kebersihan kulit

6) Vaskularisasi

Perdarahan dari pembuluh darah menghasilkan petechie dan echimosis.

7) Palpasi kulit

Yang perlu diperhatikan yaitu lesi pada kulit, kelembaban, suhu, tekstur atau elastisitas, turgor kulit.

13. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

1) Darah lengkap

Peningkatan tertentu awal menunjukkan hemo konsentrasi, sehubungan dengan perpindahan atau kehilangan cairan dan untuk mengetahui adanya defisiensi nutrisi pada klien. Jika terjadi leukositosis karena adanya kehilangan sel pada sisi luka dan respon inflamasi terhadap edema. Glukosa serum yang terjadi peningkatan karena respon stres.

2) Biopsi luka

Untuk mengetahui jumlah bakteri.

3) Kultur swab

Untuk mengidentifikasi tipe bakteri pada permukaan ulkus.

4) Pembuatan foto klinis

Dibuat untuk memperlihatkan sifat serta luasnya kelainan kulit atau ulkus dan dipergunakan untuk perbaikan setelah dilakukan terapi.

J. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Menurut *Lynda Juall C (1990)* dalam buku *Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan* yang sering muncul pada pasien dengan ulkus decubitus adalah sebagai berikut :

2. Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan kerusakan mekanis dari jaringan sekunder akibat tekanan, pencukuran dan gesekan.
3. Nyeri yang berhubungan dengan trauma kulit, infeksi kulit dan perawatan luka.
4. Resiko terhadap infeksi yang berhubungan pemajangan ulkus decubitus terhadap feses/drainase urine dan personal hygiene yang kurang.

5. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan anoreksia sekunder terhadap ketidakcukupan masukan oral.
6. Kerusakan mobilitas fisik yang berhubungan dengan pembatasan gerakan yang diharuskan, status yang tak dikondisikan, kehilangan kontrol motorik atau perubahan status mental.
7. Perubahan perfusi jaringan yang berhubungan dengan volume cairan dalam waktu lama.
8. Koping individu tak efektif yang berhubungan dengan luka kronis, perubahan body image.
9. Gangguan body image yang berhubungan dengan hilangnya lapisan kulit.

B. INTERVENSI KEPERAWATAN

1. Prioritas keperawatan

- a. Mengidentifikasi faktor- faktor yang menimbulkan terjadinya decubitus.
- b. Meningkatkan kemampuan untuk melakukan ketrampilan dalam mencegah dan mengatasi decubitus.
- c. Meningkatkan motivasi untuk melanjutkan pengobatan.

2. Intervensi Diagnosa Keperawatan

- a. *Kerusakan Integritas Kulit Yang Berhubungan Dengan Kerusakan Mekanis Dari Jaringan Sekunder Akibat Tekanan, Pencukuran Dan Gesekan.*

Hasil yang diharapkan / kriteria evaluasi:

- 1) mengidentifikasi faktor penyebab luka decubitus.
- 2) Mengidentifikasi rasional untuk pencegahan dan tindakan.
- 3) Berpartisipasi dalam rencana tindakan yang diprogramkan untuk meningkatkan penyembuhan luka.
- 4) Menunjukkan kemajuan penyembuhan decubitus.

Intervensi Keperawatan	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi ukuran, warna, kedalaman luka, jaringan nekrotik dan kondisi sekitar luka. 2. Pantau/ evaluasi tanda- tanda vital dan perhatikan adanya demam. 3. Identifikasi derajat perkembangan luka tekan (ulkus) 4. Lakukan perawatan luka dengan tehnik aseptik dan antiseptik. 5. Bersihkan jaringan nekrotik. 6. Kolaborasi: <ol style="list-style-type: none"> a. Irigasi luka. b. Beri antibiotik oral, topical, dan intra vena sesuai indikasi. c. Ambil kultur luka. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui sirkulasi pada daerah yang luka. 2. Demam mengidentifikasikan adanya infeksi. 3. Mengetahui tingkat keparahan pada luka. 4. Mencegah terpajan dengan organisme infeksius, mencegah kontaminasi silang, menurunkan resiko infeksi. 5. Mencegah auto kontaminasi 6. <ol style="list-style-type: none"> a. Membuang jaringan nekrotik / luka eksudat untuk meningkatkan penyembuhan b. Mencegah atau mengontrol infeksi. c. Untuk mengetahui pengobatan khusus infeksi luka.

- b. *Nyeri Yang Berhubungan Dengan Trauma Kulit, Infeksi Kulit Dan Perawatan Luka.*

Hasil yang diharapkan / kriteria evaluasi:

- 1) Rasa nyeri berkurang
- 2) Klien dapat beradaptasi terhadap nyeri

Intervensi Keperawatan	Rasional
------------------------	----------

<ol style="list-style-type: none"> 1. Tutup luka sesegera mungkin. 2. Tinggikan ekstremitas yang terdapat luka secara periodik. 3. Beri tempat tidur yang dapat diubah ketinggiannya. 4. Ubah posisi dengan sering dan ROM secara pasif maupun aktif sesuai indikasi. 5. Perhatikan lokasi nyeri dan intensitas. 6. Berikan tindakan kenyamanan seperti pijatan pada area yang tidak sakit, perut, posisi dengan sering. 7. Dorong penggunaan tehnik manajemen stress. 8. Tingkatkan periode tidur tanpa gangguan. 9. Kolaborasi: Berikan analgesik sesuai indikasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu berubah dan gesekan udara dapat menyebabkan nyeri hebat pada pemajanan ujung kulit. 2. Untuk menurunkan pembentukan edema, menurunkan ketidaknyamanan. 3. Peninggian linen dari luka membantu menurunkan nyeri. 4. Menurunkan kekakuan sendi 5. Perubahan lokasi/ intensitas nyeri mengindikasikan terjadinya komplikasi. 6. Meningkatkan relaksasi, menurunkan tegangan otot. 7. Memfokuskan kembali perhatian, meningkatkan relaksasi dan meningkatkan rasa kontrol. 8. Kekurangan tidur meningkatkan persepsi nyeri. 9. Untuk mengurangi rasa nyeri yang ada
---	---

c. Resiko Terhadap Infeksi Yang Berhubungan Pemajangan Ulkus Decubitus Terhadap Feses/Drainase Urine.

Hasil yang diharapkan / kriteria evaluasi:

- 1) Infeksi tidak terjadi.
- 2) Tanda- tanda vital dalam batas normal.
- 3) Luka mengalami granulasi.

Intervensi Keperawatan	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau terhadap tanda- tanda infeksi(rubor, dolor, calor, fungsiolesa) 2. Observasi tanda- tanda vital (suhu, respirasi rate, nadi, tensi) 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. 4. Lakukan rawat luka dengan tehnik aseptik dan antiseptik. 5. Anjurkan klien untuk menghabiskan porsi yang tersedia terutama tinggi protein dan vitamin C. 6. Jaga personal higiene klien(badan, tempat, pakaian) 7. Kolaborasi dengan tim medis dalam penentuan antibiotik dan pemeriksaan leukosit dan LED 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon jaringan terhadap infiltrasi patogen dengan peningkatan aliran darah dan aliran limfe(edema, merah, bengkak) 2. Patogen yang bersirkulasi merangsang hipotalamus untuk menaikkan suhu tubuh 3. Mencegah terjadinya infeksi silang dari lingkungan luka ke dalam luka 4. Mencegah terjadinya invasi kuman dan kontaminasi bakteri. 5. Nutrisi dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan mengganti jaringan yang rusak dan mempercepat proses penyembuhan. 6. Sesuatu yang kotor merupakan media yang baik bagi kuman. 7. Peningkatan leukosit dan LED merupakan indikasi terjadinya infeksi.

d. Perubahan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh Yang Berhubungan Dengan Anoreksia Sekunder Terhadap Ketidak Cukupan Masukan Oral.

Hasil yang diharapkan / kriteria evaluasi:

- 1) Nutrisi adekuat (sesuai dengan kebutuhan)
- 2) Tidak mual dan muntah
- 3) Tubuh terasa segar
- 4) Mempertahankan berat badan yang sesuai

Intervensi Keperawatan	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya nutrisi bagi tubuh 2. Anjurkan klien makan sedikit tapi sering 3. Berikan klien daftar makanan yang diijinkan dan dorong klien terlibat dalam pemilihan menu 4. Lakukan oral hygiene sebelum makan 5. Timbang berat badan tiap hari 6. Auskultasi bising usus 7. Kolaborasi dengan: <ol style="list-style-type: none"> a. Tim gizi b. Pemberian antiemetik c. Tim medis untuk pemberian infus albumin behring 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nutrisi yang asekuat akan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit 2. Meminimalkan anoreksia dan mual sehubungan dengan status uremik atau menurunnya peristaltik 3. Memberikan tindakan kontrol terhadap pembatasan diet klien dan meningkatkan nafsu makan klien 4. Perawatan mulut membantu meningkatkan nafsu makan klien 5. Terjadinya perubahan berat badan menunjukkan ketidakseimbangan cairan 6. Imobilitas dapat menurunkan bising usus <ol style="list-style-type: none"> a. Menentukan kalori dan kebutuhan nutrisi b. Menghilangkan mual dan muntah sehingga masukan oral meningkat c. Penurunan jumlah albumin dapat menghambat proses penyembuhan luka

- e. Kerusakan Mobilitas Fisik Yang Bergubungan Dengan Pembatasan Gerakan Yang Diharuskan, Status Yang Tak Dikondisikan, Kehilangan Kontrol Motorik Atau Perubahan Status Mental.

Hasil yang diharapkan / kriteria evaluasi:

- 1) Klien mampu beraktivitas, miring kanan miring kiri dengan dibantu oleh keluarga
- 2) Menunjukkan penurunan pada docrat yang tertekan
- 3) Keadaan luka membaik

Intervensi Keperawatan	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan keluarga membantu klien mobilisasi 2. Atur posisi klien tiap 2 jam 3. Perhatikan sirkulasi, gerakan dan sensasi secara sering 4. Banti klien untuk latihan rentang gerak secara konsisten yang diawali dengan pasif kemudian aktif 5. Dorong partisipasi klien dalam semua aktivitas sesuai kemampuannya 6. Buat jadwal latihan secara teratur 7. Tingkatkan latihan ADL melalui fisioterapi, hidroterapi, dan perawatan 8. Kolaborasi dengan fisioterapi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghilangkan tekanan pada daerah yang terdapat ulkus 2. Penghilangan tekanan intermiten memungkinkan darah masuk kembali ke kapiler yang tertekan 3. Sirkulasi yang terganggu akan dapat menyebabkan oedem 4. Mencegah secara progresif untuk engcangkan jaringan parut dan meningkatka pemeliharaan fungsi otot atau sendi 5. Meningkatkan kemandirian dan harga diri 6. Mengurang kelelahan dan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas 7. Meningkatkan hasil latihan secara optimal dan maksimal 8. Membantu melatih pergerakan

- f. Perubahan perfusi jaringan yang berhubungan dengan volume cairan dalam waktu lama.

Hasil yang diharapkan / kriteria evaluasi

- 1) Klien dapat memperlihatkan penurunan tanda dan gejala kerusakan jaringan
- 2) Klien dapat mempertahankan sirkulasi perifer seperti yang ditunjukkan oleh berkurangnya ulkus, oedem, dan warna ekstremitas yang baik
- 3) Klien dapat mengatakan rasa nyerinya berkurang
- 4) Klien mengurangi penggunaan obat-obatan penghilang rasa nyeri
- 5) Klien dapat mempertahankan keseimbangan cairan

Intervensi Keperawatan	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Instruksikan program latihan atau ROM aktif/pasif pada ekstremitas setiap 2 jam sebagaimana yang diperlukan 2. Jaga ketinggian kaki atau sedikit lebih rendah dari pada jantung 3. Awasi tanda- tanda vital, perhatikan kekuatan dan kesamaan nadi perifer 4. Kaji warna kulit dan suhu pada daerah yang immobilisasi 5. Kolaborasi pemberian cairan intra vena sesuai indikasi 6. Awasi pemeriksaan laboratorium, contoh Hb/Ht 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Latihan dapat meningkatkan sirkulasi yang adekuat dan pembentukan darah kolateral 2. Gaya gravitasi meningkatkan sirkulasi arteri dan menurunkan rasa nyeri 3. Indikator umum status sirkulasi keadekuatan perfusi 4. Perubahan warna kulit dan penurunan suhu mengindikasikan adanya gangguan sirkulasi yang bisa mengakibatkan nekrosis jaringan 5. Mempertahan volume sirkulasi untuk memaksimalkan perfusi jaringan 6. Indikator hipovolemia/ dehidrasi yang dapat mengganggu perfusi jaringan

g. Koping keluarga tak efektif yang berhubungan dengan luka kronis, perubahan body image.

Hasil yang diharapkan / kriteria evaluasi:

- 1) Keluarga mampu mengungkapkan perasaannya tentang perubahan penampilan pada klien
- 2) Keluarga dapat mengekspresikan perasaan cemasnya, kedukaan dan adanya sesuatu yang hilang pada klien
- 3) Keluarga mampu beradaptasi sesuai dengan keadaan klien
- 4) Keluarga memberi support yang tinggi pada klien dalam menjalani hidup selanjutnya.

Intervensi Keperawatan	Rasional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bina hubungan saling percaya 2. Berikan kesempatan keluarga dan klien untuk mengungkapkan perasaannya saat ini dengan memvalidasi dan mengobservasi perasaan keluarga dan klien 3. Berikan informasi yang diperlukan klien dan keluarga tentang proses terjadinya ulkus 4. Libatkan klien dan keluarga dalam rencana perawatan yang lebih lanjut 5. Anjurkan keluarga untuk selalu memberi reinforcement positif dan support mental pada klien 6. Tunjukkan sikap menerima terhadap perubahan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menimbulkan kepercayaan pada perawat sehingga mempermudah melakukan komunikasi untuk tindakan selanjutnya. 2. Membantu mengurangi beban pikiran klien dan keluarga karena perasaannya tersalurkan dan perawat mengetahui penyebab masalahnya 3. Membantu mengurangi ketakutan dan kecemasan klien dan keluarga 4. Menjadikan klien dan keluarga bagian dari rencana perawatan dan membantu klien menerima kenyataan yang ada 5. Dukungan keluarga sangat membantu dalam meningkatkan kepercayaan diri klien 6. Memberikan rasa percaya diri pada klien dan membantu menghilangkan perasan negatifnya.

body image, kali perasaan malu atas perubahan fisiknya dan kaji perubahan penerimaan keluarga juga adanya negatif pada diri klien.	
--	--

K. IMPLEMENTASI

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang meliputi tindakan-tindakan yang direncanakan oleh perawat yang diberikan pada klien. Pelaksanaan tindakan pada klien dengan gangguan sistem integumen diperlukan untuk meminimalkan terjadinya komplikasi, perluasan area yang terjadi ulkus. Untuk keberhasilan tindakan maka diperlukan partisipasi dari klien dan keluarga (Aziz, H. 2002)

L. EVALUASI

Evaluasi adalah proses keperawatan yang menyangkut pengumpulan data subyektif dan obyektif yang akan menunjukkan apakah tujuan pelaksanaan keperawatan sudah tercapai atau belum, masalah apa yang perlu dipecahkan atau dikaji, direncanakan atau dinilai kembali. Evaluasi bertujuan memberikan umpan balik terhadap rencana keperawatan yang disusun.

Penilaian dilakukan oleh perawat, klien dan juga teman sejawat. Penilaian ini memberikan kemungkinan yaitu masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah belum teratasi, dan muncul masalah baru. Ini bermanfaat untuk mengadakan perubahan, perbaikan rencana keperawatan sehingga tindakan keperawatan dapat dimodifikasi (Nursalam, 2001).