

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep ulkus diabetikum

1. Pengertian

Menurut Supriyadi (2017) sebagaimana yang dikemukakan oleh Hastuti dalam buku panduan praktis skrining kaki diabetes melitus (Hastuti 2008) bahwa:

Ulkus diabetik merupakan luka terbuka pada permukaan kulit karena adanya komplikasi makroangiopati sehingga terjadi vaskuler insusiflensi dan neuropati, keadaan lebih lanjut terdapat luka pada penderita yang sering tidak dirasakan, dan dapat berkembang menjadi infeksi disebabkan oleh bakteri aerob maupun anaerob.

Ulkus diabetikum adalah luka yang terjadi pada pasien diabetik yang melibatkan gangguan pada syaraf periphal dan autonomic. ulkus diabetikum adalah luka yang terjadi karena adanya kelainan syaraf, kelainan pembuluh darah dan kemudian adanya infeksi. Bila infeksi tidak di atasi dengan baik ,maka akan terjadi pembusukan bahkan dapat diamputasi (Rendy & Margerth 2012).

2. Etiologi

Terjadinya komplikasi pada pasien diabetes melitus sebagian besar disebabkan karena 3 hal yaitu: neuropati, iskemik dan neuroiskemik. Neuroiskemik merupakan perpaduan antara neuropati dan iskemik perifer yang mengakibatkan terjadinya kelainan pembuluh darah perifer. Sehingga dapat disimpulkan bahwa penyebab utama ulkus diabetik diantaranya neuropati dan kelainan pembuluh darah perifer yang menyebabkan iskemik pada jaringan perifer (Supriyadi 2017).

Menurut Supriyadi (2017) dalam Wijaya & Putri (2013) menyebutkan bahwa terjadinya masalah kaki diawali adanya hiperglikemia pada penyandang diabetes melitus yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Penyebab lain ulkus diabetik adalah iskemik, infeksi, edema dan kalus. Ulkus diabetik merupakan penyebab tersering pasien harus diamputasi, sehingga faktor-faktor tersebut juga merupakan faktor predisposisi terjadinya amputasi.

3. Patofisiologi

Terjadinya masalah kaki diawali adanya hiperglikemia pada penyandang DM yang mengalami kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati, baik neuropati sensorik maupun motoric dan autonomic 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 menjadi merebak menjadi infeksi yang luas(Supriyadi 2017).

4. Tanda dan gejala

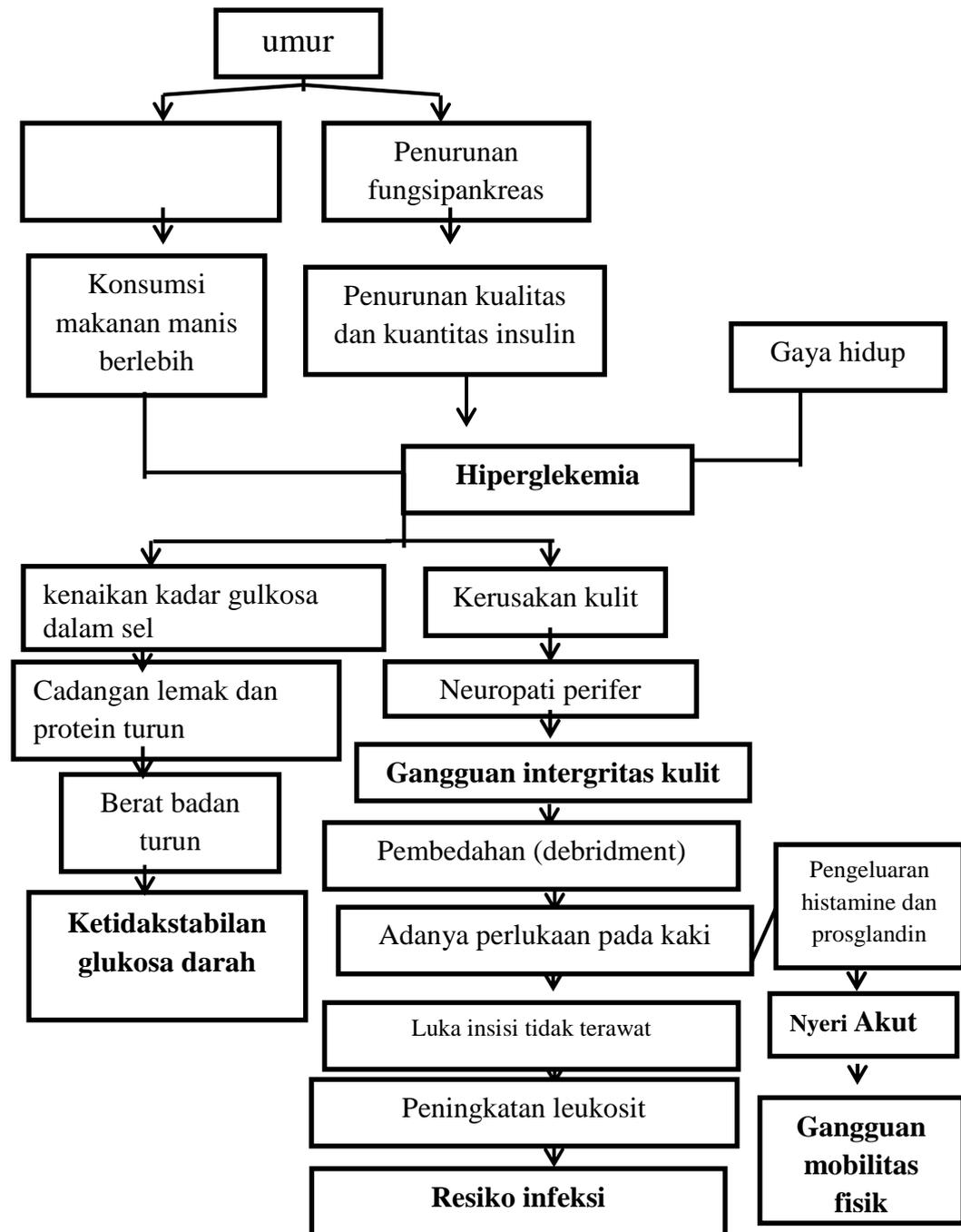
Tanda dan gejala pada pasien dengan ulkus diabetikum yaitu sering kesemutan, mudah lesu, berat badan menurun, pola output malam hari lebih sering, nyeri kaki saat istirahat, sensasi rasa berkurang, kerusakan jaringan (nekrosis), kuku menebal dan kulit kering (Rendy & Margareth 2012).

5. Manifestasi klinik

Menurut Rendy & Margaret(2012) Seseorang dapat dikatakan menderita Diabetes mellitus apabila menderita dua dari tiga gejala yaitu

- a. Keluhan TRIAS: Banyak minum, banyak kencing dan penurunan berat badan
- b. Kadar glukosa darah pada waktu puasa lebih dari 120 mg/dl
- c. Kadar glukosa darah dua jam sesudah makan lebih dari 200

Bagan 2. 1
Ulkus Diabetikum



Sumber:(Muttaqin (2008) dalam (Handayani,Nur.2015)

B. Konsep kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Banyak ahli filsafat, psikologis dan fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah Aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni:

1. Kebutuhan fisiologis (*Physiologic Needs*)

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostatis biologis dan kelangsungan kehidupan setiap manusia. Kebutuhan fisiologis bersifat lebih mendesak untuk didahulukan dibandingkan kebutuhan lainnya. Kebutuhan fisiologis meliputi :

- a. Kebutuhan oksigen
- b. Kebutuhan cairan
- c. Kebutuhan nutrisi
- d. Kebutuhan eliminasi
- e. Kebutuhan istirahat tidur

2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*Safety and Security Needs*)

Kebutuhan akan keselamatan dan keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari berbagai bahaya yang mengancam, baik terhadap fisik dan psikososial.

- a. Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi.
- b. Beban dari rasa takut dan kecemasan.

c. Bebas dari perasaan teranca karen pengalaman yang baru atau asing.

3. Kebutuhan rasa mencintai dan dicintai (*Love and belonging Needs*)

Cinta dapat diartikan sebagai keadaan untuk saling mengerti secara dalam dan menerima sepenuh hati. Kebutuhan cinta merupakan suatu dorongan dimana seseorang berkeinginan untuk menjalin hubungan yang bermakna secara efektif atau hubungan emosional dengan orang lain. Dorongan ini akan semakin menekan seseorang sedemikian rupa, sehingga ia akan berupaya semaksimal mungkin untuk mendapatkan pemenuhan kebutuhan akan cinta kasih dan perasaan saling memiliki (Sutanto & Fitriana 2017)

4. Kebutuhan harga diri (*Self-Esteem Needs*)

Harga diri merupakan aspek afektif atau emosional diri yang mengacu pada bagaimana perasaan kita tentang atau bagaimana kita menghargai diri kita sendiri, juga dikenal sebagai layak seseorang. Kebutuhan ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri. Klien bergantung pada orang lain selama dirawat di rumah sakit.

5. Kebutuhan aktualisasi diri (*Need for Self Actualization*)

Kebutuhan ini meliputi, dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif, mempunyai kepercayaan diri yang tinggi

Dalam kasus ulkus diabetikum, kebutuhan manusia yang terganggu adalah kebutuhan keselamatan dan rasa nyaman. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman memiliki urutan ke dua dalam hierarki Maslow. Kebutuhan keselamatan dan keamanan masuk dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi. Misalnya penyakit, nyeri, cemas dan lain sebagainya (Sutanto & Fitriana 2017)

C. Konsep proses keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Rendy & Margareth (2012), pengkajian merupakan langkah utama dari proses keperawatan, pengkajian pada pasien dengan ulkus diabetikum adalah sebagai berikut :

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data pada pasien dengan ulkus diabetikum adalah sebagai berikut :

1) Identitas pasien

Meliputi umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk RS.

2) Keluhan utama

Adanya rasa kesemutan pada kaki atau tungkai bawah, rasa raba yang menurun, adanya luka yang tidak sembuh-sembuh dan berbau, adanya nyeri pada luka.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Kapan terjadinya luka, sudah berapa lama proses terjadinya luka pada pasien, penyebab terjadinya luka serta upaya penderita apa saja yang telah dilakukan oleh pasien sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat penyakit diabetes mellitus atau penyakit penyakit lainnya yang ada kaitan nyadengan defisiensi insulin.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Dari genogram keluarga biasanya ada salah satu atau lebih keluarga yang menderita penyakit yang sama. Karena penyakit DM adalah termasuk penyakit turunan.

6) Riwayat psikososial

Informasi mengenai prilaku pasien, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan pada pasien dengan ulkus diabetikum adalah sebagai berikut :

1) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita dengan memeriksa kesadaran, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital

2) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut, adakah pembesaran pada leher, adakah gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah penglihatan kabur.

3) Sistem integument

Turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman pada luka, kelembapan dan suhu kulit di daerah sekitar ulkus dan gangrene, kemerahan pada kulit sekitar luka.

4) Sistem pernapasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada.

5) Sistem kardiovaskuler

Perfusi jaringan menurun, nadi perifer lemah atau berkurang, takikardi/bradikardi, hipertensi/hipotensi, aritmia, kardiomegali atau pembesaran/pembengkakan pada jantung.

6) Sistem gastrointestinal

Terdapat polifagi atau banyak makan, polidipsi atau banyak minum, mual, muntah, diare, konstipasi, dehidrasi, perubahan berat badan, obesitas.

7) Sistem Urinearius

Polyuria, retensio urine/gangguan kandung kemih sehingga kesulitan untuk mengosongkan urine, inkontensia urine, rasa panas atau sakit berkemih.

8) Sistem muskuloskeletal

Penyebaran lemak, penyebaran masa otot, perubahan tinggi badan, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren di ekstremitas penderita

9) Sistem neurologis

Terjadi penurunan sensori, kesemutan, rasa tertusuk, tidak mampu merasa sakit atau yang lainnya, penurunan kesadaran, kondisi mental yang berubah bahkan tidak bisa mengenali dirinya (Rendy &Margareth 2012)

c. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

a) Pemeriksaan darah meliputi :pemeriksaan darah lengkap (leukosit, Hb),GDS>200mg/dL,gula darah puasa>120mg/dl,dan dua jam post prandial>200mg/dl

b) Urine meliputi : pemeriksaan glukosa dalam urine

c) Kultur plus untuk mengetahui jenis kuman pada luka dan memberikan antibiotik yang sesuai dengan jenis

2) Pemeriksaan radiologi

Untuk mengetahui gambaran radiologi penderita diabetes melitus apakah ada komplikasi pada organ penderita dibaetes melitus akibat dari gangguan sistem imun yang ada pada penderita diabetes melitus.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI2017), diagnosa keperawatan ulkus diabetikum sebagai berikut:

a. Ketidakstabilan glukosa dalam darah b.d disfungsi pankreas

b. Gangguan integritas jaringan b.d perubahan sirkulasi

- c. Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis (Inflamasi ulkus diabetikum)
- d. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri pada luka
- e. Resiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit

1. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan pasien dengan kasus ulkus diabetikum ditampilkan dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 2. 1
Rencana keperawatan pasien dengan kasus ulkus diabetikum

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3	4
1.	<p>Ketidakstabilan glukosa dalam darah b.d disfungsi pankreas</p> <p>Definisi : variasi glukosa darah naik/turun dari rentang normal</p> <p>Penyebab</p> <p>Tanda mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak Lelah/lesu 2) Kadar dalam glukosa darah tinggi <p>Tanda minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mudah haus 2) Output urin meningkat 	<p>Kestabilan kadar glukosa darah (L.05022)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kelelahan tidak ada 2) Peningkatan glukosa darah berkurang 3) Peningkatan haus berkurang 4) Peningkatan output berkurang 5) Mulut tidak kering 	<p>Manajemen hiperglikemia (I.03115)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor kadar glukosa darah 2) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 3) Menganjurkan kepatuhan terhadap diet 4) Kolaborasi pemberian insulin,jika perlu

1	2	3	4
2.	<p>Gangguan integritas jaringan b.d perubahan sirkulasi</p> <p>Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/ atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/ atau ligamen).</p> <p>Penyebab :</p> <p>Data mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit <p>Data minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri 2) Perdarahan 3) Kemerahan 	<p>Penyembuhan luka (L.14130)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bau tidak sedap pada luka tidak ada 2) Tidak terjadi infeksi 3) Tidak ada nekrosis 4) Luka tampak bersih <p>Integritas kulit dan jaringan(L.02014)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Suhu kulit normal 2) Sensasi pada kulit terasa 3) Elastisitas 	<p>Perawatan luka (I.11353)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan perawatan luka dengan kasa steril dan NaCl 2) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna , ukuran, bau) 3) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4) Monitor tanda-tanda infeksi 5) Memberikan balutan steril dan sejenis <p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan mobilitas) 2) Monitor tanda-tanda vital dan gula darah sewaktu 3) Monitor warna kulit dan suhu kulit 4) Monitor kulit diarea luka dalam kondisi kering atau kelembaban
3.	<p>Nyeri akut b.d agen cedera fisiologis(ulkus diabetikum)</p> <p>Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak mengeluh nyeri 2) Frekuensi nyeri berkurang 3) Ekspresi nyeri hilang 4) Tidak gelisah 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan pengkajian secara komprehensif yang meliputi lokasi,karakteristik,durasi, frekuensi. 2) Mengidentifikasi factor-faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri 3) Mengajarkan manajemen nyeri

1	2	3	4
	<p>jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p> <p>Penyebab Data mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur <p>Data minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tekanan darah meningkat 	<p>Kontrol Nyeri (L.08063)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melaporkan nyeri yang terkontrol 2) Mampu mengenali penyebab nyeri 3) Mampu menggunakan teknik non-farmakologi 	<p>4) Kolaborasi dalam pemberian analgesic</p> <p>Pemberian analgesik (L.08243)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi riwayat alergi obat 2) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 3) Dokumentasi respons terhadap efek analgesic dan efek yang tidak diinginkan
4.	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri pada luka</p> <p>Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Data mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan otot menurun 	<p>Mobilatas fisik (L.05042)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nyeri tidak ada saat bergerak 2) Tidak ada gerakan dalam keterbatasan 3) Tidak tampak lemah 4) Melakukan aktivitas mandiri 	<p>Dukungan mobilisasi (L.06171)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Monitor kondisi umum 3) Sediakan alat bantu (tongkat atau kursi roda) 4) Melibatkan keluarga klien untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi

1	2	3	4
	Data minor : 1) Fisik lemah 2) Sendi kaku 3) Gerakan terbatas		
5.	Risiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik Faktor risiko : 1. Penyakit kronis 2. Efek prosedur Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan 4. Ketidak Adekuatan pertahanan tubuh 5. Kerusakan integritas kulit 6. Ketidak Adekuatan pertahanan tubuh sekunder	Tingkat infeksi (L.14137) Kriteria hasil : 1) Tidak ada kemerahan diluka 2) Tidak nyeri 3) Tidak ada bengkak 4) Cairan luka tidak berbau busuk	Pencegahan infeksi (L.14539) 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal 2) Memberikan perawatan luka pada area edema 3) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 4) Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan

2. Implementasi

Menurut Suarni & Apriyani (2017) sebagaimana yang dikemukakan oleh Gordon dalam buku metodologi keperawatan (Gordon 1994) bahwa: Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

3. Evaluasi

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