

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar keamanan dan proteksi

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow atau yang disebut dengan hierarki kebutuhan Maslow di dalam buku (Mubarak, 2008) yang meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yaitu :

a. Kebutuhan fisiologis (*Physiological Needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya.

b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*Safety And Security Needs*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis.

c. Kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki (*Love And Belonging Needs*)

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain.

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

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. Kebutuhan aktualisasi diri (*Needs For Self Actualization*)

Kebutuhan aktualisasi menurut Maslow adalah kebutuhan tertinggi dalam piramida hierarki Maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional.

Konsep hierarki Maslow ini menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah menurut kebutuhannya, jika seseorang merasa puas, ia akan

menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan ini terganggu maka akan timbul kondisi patologis.

2. Konsep Dasar Keamanan Dan Proteksi

Menurut Potter & Perry (2006) keamanan biasa didefinisikan sebagai keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis, salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Dalam lingkungan pelayanan kesehatan memiliki rasa aman merupakan hal yang penting dalam perawatan pasien terutama bagi seorang perawat yang sudah tugasnya menjaga keamanan diri serta orang yang dirawat baik yang sakit maupun sehat yang berkaitan terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup pasien.

Menurut PPNI (2017) diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan masuk ke dalam kategori lingkungan dan sub kategori: keamanan dan proteksi. Kulit merupakan pembungkus yang elastik yang melindungi tubuh dari pengaruh lingkungan. Kulit terbagi menjadi tiga lapisan yaitu: epidermis, dermis, dan jaringan subkutan. Kulit memiliki salah satu fungsi sebagai perlindungan atau proteksi, jaringan tanduk sel-sel epidermis paling luar membatasi masuknya benda-benda dari luar atau dari agen-agen penyebab infeksi. Bagi pasien DM dengan gangguan integritas jaringan selain harus menjaga keadaan luka secara rutin pasien juga harus menjaga keadaan keamanan dan proteksi lingkungan agar tidak menimbulkan komplikasi atau tidak menimbulkan luka baru yang menyebabkan infeksi.

Lingkungan yang aman akan mempengaruhi berkurangnya insiden terjadinya penyakit dan cedera serta mempercepat tindakan perawatan pada pasien. Lingkungan yang aman merupakan salah satu kebutuhan dasar yang terpenuhi, bahaya pada fisik akan berkurang, penyebaran organisme patogen juga akan berkurang.

3. Faktor yang mempengaruhi keselamatan dan keamanan

a. Usia

Anak-anak biasanya belum mengetahui tingkat bahaya dari suatu lingkungan yang dapat menyebabkan cedera pada mereka. Sedangkan lansia umumnya akan mengalami penurunan sejumlah fungsi organ yang dapat menghambat kemampuan mereka untuk melindungi diri, salah satunya adalah kemampuan persepsi sensori.

b. Perubahan persepsi-sensori

Persepsi-sensori yang akurat terhadap stimulus lingkungan merupakan hal yang vital bagi keselamatan individu. Individu yang mengalami gangguan persepsi-sensori (pendengaran, penglihatan, penciuman, sentuhan) beresiko tinggi mengalami cedera.

c. Gangguan kesadaran

Segala bentuk gangguan kesadaran (mis., pengaruh narkotik, obat penenang, alkohol, tidak sadar, kurang tidur, halusinasi) dapat membahayakan keselamatan dan keamanan seseorang.

d. Mobilitas dan status kesehatan

Klien dengan gangguan ekstremitas (mis., paralisis, lemah otot, gangguan keseimbangan tubuh, inkoordinasi) beresiko tinggi mengalami cedera. Sedangkan klien yang lemah karena penyakit atau prosedur pembedahan atau tidak selalu waspada dengan kondisi mereka.

e. Keadaan emosi

Emosi yang tidak stabil akan mengubah kemampuan seseorang dalam mempersepsikan bahaya lingkungan. Situasi yang penuh tekanan dapat menurunkan tingkat konsentrasi, mengganggu penilaian, dan menurunkan kewaspadaan terhadap stimulus eksternal.

f. Kemampuan berkomunikasi

Klien dengan gangguan bicara atau afasia, individu dengan hambatan bahasa, dan mereka yang tidak dapat membaca atau buta huruf beresiko mengalami cedera.

g. Pengetahuan tentang keamanan

Informasi tentang keamanan sangat penting guna menurunkan tingkat bahaya lingkungan. Dalam hal ini perawat bertanggung jawab memberikan informasi yang akurat kepada klien yang berada di rumah sakit.

h. Gaya hidup

Gaya hidup yang menyebabkan individu beresiko tinggi antara lain lingkungan kerja yang tidak aman, lingkungan perumahan di daerah rawan (mis., sungai, lereng, pegunungan, jalan raya), tingkat sosial ekonomi yang rendah, akses yang mudah untuk mendapatkan obat-obatan, dll.

i. Lingkungan

Kondisi lingkungan yang tidak aman dapat mengancam keselamatan dan keamanan individu. Stimulus lingkungan seperti bunyi yang sangat keras dapat menyebabkan gangguan pada fungsi pendengaran.

4. Metode Penyebaran Infeksi

Menurut Mubarak (2015) tiga metode penyebaran infeksi yaitu:

- a. Penyebaran langsung: perpindahan mikroorganisme secara langsung dan segera dari satu individu ke individu lain melalui sentuhan, gigitan, hubungan seksual, atau bisa melalui percikan ludah.
- b. Penyebaran tidak langsung: penyebaran mikroorganisme melalui media yaitu: mainan, pakaian, peralatan bedah, makanan, air dll. Dan penyebaran melalui vektor yaitu hewan atau serangga yang bertindak sebagai perantara penyebaran agens infeksi (tikus, nyamuk) penyebaran dapat melalui feses.
- c. Transmisi udara: penyebaran mikroorganisme dapat berlangsung melalui debu yang kemudian masuk ke dalam tubuh manusia melalui saluran pernafasan.

5. Pencegahan infeksi

Untuk mencegah penyebaran dan perluasan infeksi, penting sekali agar kita memutus mata rantainya. Secara umum, upaya pencegahan infeksi dan pemeliharaan kesehatan dilakukan melalui kegiatan promotif, preventif, dan rehabilitatif. Secara umum tanggung jawab perawat dalam pencegahan infeksi antara lain sebagai berikut.

1. Mendidik individu agar terhindar infeksi dengan memperkuat daya tahan tubuh melalui upaya imunisasi, perbaikan nutrisi, istirahat, dan tidur yang seimbang menghindari stress serta mendorong individu untuk melakukan perawatan diri dengan membiasakan diri mencuci tangan dan mandi secara teratur.
2. Membiasakan diri mencuci tangan. Mencuci tangan merupakan salah satu upaya paling efektif dalam mengontrol infeksi. Tujuannya adalah untuk membunuh mikroorganisme yang terdapat pada tangan yang mungkin dapat berpindah ke klien, pengunjung, peralatan, dan tenaga kesehatan lain.
3. Mencegah penyebaran kuman penyakit melalui tindakan desinfeksi dan sterilisasi peralatan rumah sakit. (Mubarak, 2015)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Keamanan seringkali didefinisikan sebagai keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Lingkungan pelayanan kesehatan dan komunitas yang aman merupakan hal yang paling penting untuk kelangsungan hidup klien. Perawat harus mengkaji bahaya yang mengancam keamanan klien dan lingkungan, dengan melakukan intervensi yang diperlukan, dengan melakukan hal ini, maka perawat adalah orang yang berperan aktif dalam usaha pencegahan pemeliharaan kesehatan dan peningkatan kesehatan (Potter & Perry, 2006).

Riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik dapat mengungkap berbagai data tentang praktik keamanan klien dan risiko klien dalam mengalami cedera. Data tersebut meliputi usia dan tingkat perkembangan, status kesehatan umum, status mobilitas, ada tidaknya defisit fisiologis atau persepsi atau kerusakan sensorik lain, perubahan proses pikir atau gangguan kognitif atau emosional, ada tidaknya penganiayaan atau pengabaian, dan riwayat kecelakaan atau cedera. Selain itu perlu dikaji juga tentang riwayat keselamatan yang meliputi kesadaran klien akan adanya bahaya, pengetahuan tentang tindakan pengamanan baik di rumah maupun di tempat kerja, dan setiap ancaman yang ia rasakan terhadap kesehatannya.

Perangkat ini ditujukan untuk mengidentifikasi klien yang beresiko mengalami cedera tertentu, seperti jatuh, atau untuk mengkaji kondisi klien secara umum agar klien tetap aman di lingkungan rumahnya maupun di tatanan perawatan kesehatan. Perangkat tersebut merangkum data-data spesifik dalam riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik klien.

- a. Faktor-faktor yang berhubungan dengan sistem sensori komunikasi klien seperti adanya perubahan perilaku klien karena gangguan sensori komunikasi :
 - 1) Halusinasi
 - 2) Gangguan proses pikir
 - 3) Kelesuan
 - 4) Ilusi
 - 5) Kebosanan dan tidak bergairah
 - 6) Kurangnya konsentrasi
 - 7) Kurangnya koordinasi dan keseimbangan. Tarwoto,(2010).
- b. Faktor resiko yang berhubungan dengan keadaan lain
 - 1) Kesadaran menurun
 - 2) Kelemahan fisik Tarwoto,(2010).

2. Pemeriksaan Fisik

Tabel 2.1 Bates-Jensen Wound Assessment Tool

| ITEMS | PENGAJIAN | TANGGAL |
|----------------|---|---------|
| 1. UKURAN LUKA | 1 = PXL < 4 cm 2 = PXL 4 < 16 cm 3 = PXL 16 < 26 cm 4 = PXL 26 < 36 cm 5 = PXL > 36 cm | |
| 2. KEDALAMAN | 1 = stage 1 2 = stage 2 3 = stage 3 4 = stage 4 5 = necrosis wound | |
| 3. TEPI LUKA | 1 = samar, tidak jelas terlihat 2 = batas tepi terlihat, menyatu dengan dasar luka 3 = jelas, tidak menyatu dengan dasar luka 4 = jelas, menyatu dengan dasar luka, tebal 5 = jelas, fibrotic paruh tebal/ hyperkeratitik | |
| 4. TEPI LUKA | 1 = samar, tidak jelas terlihat 2 = batas tepi terlihat menyentuh dasar luka 3 = jelas, tidak menyatu dengan dasar luka 4 = jelas, tidak menyatu dengan dasar luka, tebal | |

| | | |
|--|--|--|
| | 5 = jelas, fibrotic Parut / hyperkeratotik | |
| 5. GOA/ (lubang pada luka yang ada di bawah jaringan sehat) | 1 = tidak ada 2 = goa < 2 cm di area manapun 3 = goa 2-4 cm < 50 % pinggir luka 4 = goa 2-4 cm > 50 % pinggir luka 5 = goa > 4 cm di area manapun | |
| 6 .TIPE JARINGAN NEKROSIS | 1 = tidak ada 2 = putih atau abu-abu jaringan mati dan atau slough yang tidak lengkap (mudah dihilangkan) 3 = slough mudah dihilangkan 4 = lengket, lembut dan ada jaringan parut palsu berwarna hitam (black eschar) 5 = lengket berbatas tegas, keras dan ada black eschar | |
| 7. JUMLAH JARINGAN NEKROSIS | 1 = tidak tampak 2 = < 25% dari dasar luka 3 = 25% hingga 50% dari dasar luka 4 = >50% hingga <75% dari dasar luka 5 = 75% hingga 100% dari dasar luka | |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| 8. TIPE EKSUDAT | 1 = tidak ada 2 = bloody 3 = serosanguineous 4 = nerous 5 = purulent | |
| 9. JUMLAH EKSUDAT | 1 = kering 2 = moist 3 = sedikit 4 = sedang 5 = banyak | |
| 10. WARNAKULIT SEKITAR LUKA | 1 = pink atau normal 2 = merah terang jika ditekan 3 = putih atau pucat atau hipopigmentasi 4 = merah gelap/ abu-abu 5 = hitam atau hperpigmentasi | |
| 11. JARINGAN YANG EDEMA | 1 = tidak ada 2 = pengerasan < 2 cm di sebagian kecil sekitar luka 3 = pengerasan 2-4 menyebar < 50% di tepi luka 4 = pengerasan 2-4 cm menyebar > 50% ditepi luka 5 = pengerasan > 4 cm di tepi luka | |
| 12.PENGERASAN JARINGAN TEPI | 1 = tidak ada 2 = pengerasan < 2 cm di sebagian kecil sekitar luka 3 = pengerasan 2-4 menyebar < 50% di | |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| | tepi luka 4 = pengerasan 2-4 cm menyebar > 50% ditepi luka 5 = pengerasan > 4 cm di tepi luka | |
| 13.JARINGAN GRANULASI | 1 = kulit utuh atau stage 1 2 = terang 100% jaringan granulasi 3 = 50% jaringan granulasi 4 = granulasi 25% 5 = tidak ada jaringan Granulasi | |
| 14. EPITELISASI | 1 = 100% epitelisasi 2 = 75%-100% epitelisasi 3 = 50%- 75% epitelisasi 4 = 25%- 50% epitelisasi 5 = <25% epitelisasi | |
| Skala Total | | |
| Nama Paraf Petugas | | |
| | | |

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual dan potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur, yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu, yang semuanya dikumpulkan selama pengkajian. Hal terakhir adalah, respon aktual atau potensial klien yang membutuhkan intervensi dari domain praktik keperawatan.

Diagnosa keperawatan di kembangkan berdasarkan data pengkajian yang harus berisi batasan karakteristik yang tepat untuk mendukung label diagnostik. Diagnosa keperawatan harus meliputi kemungkinan penyebab masalah yang dialami pada klien dengan gangguan kebutuhan dan keamanan dan perlindungan yaitu gangguan integritas kulit, hipertermi, hipotermi, perilaku kekerasan, perlambatan pemulihan pasca bedah, resiko alergi, resiko bunuh diri, resiko cedera, resiko infeksi, resiko jatuh.

Diagnosa keperawatan yang ada dalam kebutuhan keamanan dan perlindungan sesuai dengan kondisi klinis yang terkait adalah (*kerusakan integritas kulit dan resiko infeksi*) (Potter Perry,2010)

4. Rencana Keperawatan

Perawat merencanakan intervensi terapeutik pada klien yang beresiko aktual atau potensial gangguan integritas kulit. Berbagai terapi ini dibuat menurut tingkat keparahan resiko klien. dan rencana tersebut dibuat secara individu, dan tugas management kesehatan secara keseluruhan (Potter & Perry, 2010)

Tabel 2.2 : Rencana Keperawatan Menurut SIKI 2018

| No | DIAGNOSIS | INTERVENSI UTAMA | INTERVENSI PENDUKUNG |
|----|--|--|---|
| 1 | <p>Integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan.</p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil:</p> | <p>Perawatan integritas kulit</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab integritas kulit(mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan perawatan diri 2. Edukasi perawatan diri 3. Edukasi perawatan kulit 4. Edukasi perilaku upaya kesehatan 5. Edukasi pola perilaku kebersihan |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfusi jaringan normal 2. Tidak ada tanda-tanda infeksi 3. Ketebalan dan tekstur jaringan normal 4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang 5. Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka | <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis.lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya <p>Perawatan luka</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan | <ol style="list-style-type: none"> 6. Edukasi program pengobatan 7. Konsultasi 8. Latihan rentang gerak 9. Manajemen nyeri 10. Pelaporan status kesehatan 11. Pemberian obat 12. Pemberian obat intradermal 13. Pemberian obat intramuskula |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | <p>plester secara perlahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Bersihkan salep yang sesuai ke kulit/ lesi, jika perlu 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 8. Jadwalkan perubahan situasi setiap 2 jam atau sesuai kondisi klien <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu | <p>r</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Pemberian obat intravena 15. Pemberian obat kulit 16. Pemberian obat subkutan 17. Pemberian obat topikal 18. Penjahitan luka 19. Perawatan area insisi 20. Perawatan immobilisasi 21. Perawatan kuku 22. Perawatan luka bakar 23. Perawatan luka tekan 24. Perawatan pasca seksio sesarea 25. Perawatan <i>skin graft</i> 26. Teknik latihan penguatan otot dan sendi 27. Terapi lintah 28. Skrining kanker |
| 2 | Resiko infeksi b.d trauma pada jaringan, proses penyakit (diabetes melitus) | <p>Pencegahan infeksi :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan pemeliharaan rumah 2. Dukungan |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya . 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat. | <p>dan sistemik</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu. | <p>perawatan diri : mandi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Edukasi pencegahan luka tekan 4. Edukasi seksualitas 5. Induksi persalinan 6. Latihan batuk efektif 7. Manajemen jalan nafas 8. Manajemen imunisasi/ vaksin 9. Manajemen lingkungan 10. Manajemen nutrisi 11. Manajemen medikasi 12. Pemantauan elektrolit 13. Pemantauan nutrisi 14. Pemantauan tanda vital 15. Pemberian obat 16. Pemberian obat intravena 17. Pemberian obat oral 18. Pencegahan luka tekan 19. Pengaturan posisi 20. Perawatan |
|--|--|---|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>amputasi</p> <p>21. Perawatan area insisi</p> <p>22. Perawatan kehamilan resiko tinggi</p> <p>23. Perawatan luka bakar</p> <p>24. Perawatan luka tekan</p> <p>25. Perawatan pasca persalinan</p> <p>26. Perawatan perineum</p> <p>27. Perawatan persalinan</p> <p>28. Perawatan persalinan resiko tinggi</p> <p>29. Perawatan selang</p> <p>30. Perawatan selang dada</p> <p>31. Perawatan selang gastrointestinal</p> <p>32. Perawatan selang umbilikal</p> <p>33. Perawatan sirkumsisi</p> <p>34. Perawatan <i>skin graft</i></p> <p>35. Perawatan terminasi kehamilan.</p> |
|--|--|--|--|

5. Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan, implementasi terdiri atas mengumpulkan data berkelanjutan, observasi respon pasien, dan mencatat tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan tersebut. (Kozier,2011)

6. Evaluasi

Pemantauan indikator mengevaluasi apakah proses yang secara spesifik ditetapkan mencapai hasilnya.jika hasil melebihi tidak ada masalah yang teridentifikasi dan proses telah dilakukan dengan baik.(Potter & Perry,2010)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

Adapun gangguan kebutuhan keamanan dan perlindungan (SDKI,2016)

Kondisi klinis terkait yaitu :

1. Imobilisasi
2. Gagal jantung kongestif
3. Gagal ginjal
4. Diabetes mellitus
5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)
6. Proses infeksi
7. Hipertiroid
8. Stroke
9. Dehidrasi
10. Trauma
11. Cedera batang otak
12. Tindakan operasi besar
13. Asma
14. Riwayat alergi
15. Vertigo
16. Kejang

17. Kelelahan

18. Infeksi

Konsep Penyakit Diabetes Melitus

1. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemia yang berhubungan dengan abnormal metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin, atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya dan menyebabkan komplikasi kronis mikrovaskular, makrovaskular, dan neuropati (Nanda NIC NOC, 2015)

Diabetes mellitus adalah penyakit gangguan metabolik yang terjadi akibat pankreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksinya secara efektif sehingga mengakibatkan terjadinya peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah yang dikenal dengan istilah hiperglikemia (<https://e-journal.unair.ac.id/CMSN>)

Diabetes mellitus merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, atau keduanya. (<http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/jkm>)

2. Etiologi

a. DM Tipe 1 (IDDM/Insulin Dependent Mellitus)

1) Faktor genetik atau herediter

Peningkatan kerentanan sel-sel beta dan perkembangan antibodi autoimun terhadap penghancuran sel-sel beta.

2) Faktor infeksi virus

Infeksi virus coxsackie pada individu yang peka secara genetik

3) Faktor imunologi respon

Autoimun abnormal: antibodi menyerang jaringan normal yang dianggap jaringan asing

- b. Dm Tipe 2 (NIDDM/ Insulin Dependent Melitus)
 - a. Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh, insulin yang tersedia jadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik
 - b. Usia, cenderung meningkat diatas 65 tahun
 - c. Riwayat keluarga
 - d. Kelompok etnik
- c. Dm gestasional bias timbul akibat kehamilan (Maghfur, 2015)
- 3. Tanda dan gejala diabetes mellitus
 - a. Meningkatnya frekuensi buang air kecil
 - b. Rasa haus berlebihan
 - c. Penurunan berat badan
 - d. Sering lapar
 - e. Keletihan
 - f. Iritasi genital
 - g. Penyembuhan lambat
 - h. Pandangan yang kabur
 - i. Kesemutan atau mati rasa (Kemenkes,2019)

D. Ulkus Diabetik

1. Pengertian Ulkus Diabetik

Ulkus diabetik sering disebut luka neuropati atau luka diabetik neuropati. Ulkus atau luka diabetik adalah luka yang terjadi pada kaki penderita diabetes, dimana terdapat kelainan tungkai bawah. Kelainan kaki diabetes melitus dapat disebabkan adanya gangguan pembuluh darah, gangguan persyarafan dan adanya infeksi. (Maryunani, 2013)

Ulkus diabetikum adalah keadaan ditemukannya infeksi, tukak dan destruksi ke jaringan kulit yang paling dalam di kaki pada pasien diabetes melitus (DM) akibat abnormalitas saraf dan gangguan pembuluh darah arteri perifer. (jurnal.fk.unand.ac.id)

Diabetes melitus tanpa pengelolaan diri yang baik akan berkembang menjadi penyakit yang bersifat tahunan dan akan menyebabkan komplikasi seperti timbulnya gangren. Penderita diabetes lebih tinggi untuk mengalami gangren, hal ini disebabkan karena penderita diabetes rentan terkena infeksi yang erat hubungannya dengan perkembangbiakan kuman pada lingkungan dengan kadar glukosa yang tinggi. Gangren diabetik merupakan komplikasi dari penyakit diabetes melitus yang disebabkan karena kerusakan jaringan nekrosis oleh emboli pembuluh darah besar arteri pada bagian tubuh sehingga suplai darah terhenti. Gangren terjadi karena adanya neuropati dan gangguan vaskuler di daerah kaki. Gangren muncul di daerah kaki dalam bentuk luka terbuka yang diikuti kematian jaringan.

(<http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm>)

2. Penyebab Ulkus Diabetik

Diabetes dapat menyebabkan beberapa komplikasi yang meningkatkan risiko berkembangnya ulkus kaki. Komplikasi yang dimaksud seperti kerusakan saraf (Neuropati Perifer) dan gangguan sirkulasi. Saat saraf pada anggota gerak bawah rusak, maka bagian tersebut akan mati rasa. Pasien tidak merasakan nyeri atau sensasi apapun bahkan saat menginjak benda tajam atau saat kakinya terluka. Kecuali pasien memeriksa telapak kaki setiap hari, mereka tidak akan mengetahui keberadaan ulkus hingga infeksi menyebar. Sementara, masalah sirkulasi adalah keadaan dimana beberapa bagian tubuh tidak bisa menerima pasokan darah yang cukup, sehingga sel kekurangan oksigen. Keadaan ini dapat menyebabkan ulkus kaki diabetik karena sirkulasi yang buruk pada arteri kaki membuatnya lebih rentan terhadap cedera.

(<https://www.docdoc.com>)

3. Tanda Dan Gejala.

Menurut Maryunani (2013) secara praktis, gambaran klinis kaki diabetes dapat digolongkan sebagai berikut :

a. Golongan Kaki Neuropati

- 1) Pada Keadaan ini, terjadi kerusakan somatis, baik sensori maupun motorik, serta saraf otonom, tetapi sirkulasi masih utuh.
- 2) pada pemeriksaan: kaki terasa hangat, terasa denyut nadi, kurang rasa/ baal (Neuropati Somatik) kulit terasa kering (Neuropati Autonom), bila terjadi luka, luka akan lama sembuh.

b. Golongan Kaki Iskemia

- 1) dikenal dengan istilah yaitu, *neuroischaemic foot*
- 2) keadaan ini disertai neuropati dengan berbagai macam stadium
- 3) pada pemeriksaan, ditemukan: kaki terasa dingin, nadi sulit diraba, sering menunjukkan rasa nyeri saat istirahat, dapat terlihat ulkus/luka akibat tekanan lokal, yang akhirnya menjadi gangren.

4. Senam Kaki Diabetes

Senam kaki diabetes adalah suatu kegiatan atau latihan yang dilakukan oleh pasien diabetes melitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu melancarkan peredaran darah bagian kaki Tujuan dan manfaat melakukan senam kaki antara lain memperbaiki sirkulasi darah dan memperkuat otot-otot kecil, Mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki, Meningkatkan kekuatan otot betis dan paha, Mengatasi keterbatasan gerak sendi.

GERAKAN SENAM KAKI DIABETIK

1. Duduklah tegak di atas sebuah kursi (jangan bersandar)
2. Dengan meletakkan tumit di lantai, jari-jari kedua belah kaki diluruskan ke atas lalu dibengkokkan kembali ke bawah seperti cakar ayam sebanyak 10 kali
3. Dengan meletakkan tumit salah satu kaki di lantai, angkat telapak kaki ke

4. Tumit kaki diletakkan di lantai. Kedua ujung kaki diangkat ke atas dan buat gerakan memutar dengan pergerakkan pada pergelangan kaki ke arah samping lalu ke tengah masing-masing sebanyak 10 kali.

5. Jari-jari kaki diletakkan di lantai. Kedua tumit diangkat dan buat gerakan memutar ke samping. Turunkan kembali ke lantai dan gerakkan ke tengah, dengan pergerakkan pada pergelangan kaki, masing-masing sebanyak 10 kali.

6. Angkat salah satu lutut kaki, dan luruskan. Gerakan jari-jari ke depan turunkan kembali kaki anda, bergantian kiri dan kanan. Ulangi sebanyak 10 kali.

7. Luruskan salah satu kaki di atas lantai kemudian angkat kaki tersebut dan gerakkan ujung jari kaki ke arah muka anda lalu turunkan kembali ke lantai. Masing-masing kaki ulangi 10 kali

8. Angkat kedua kaki lalu luruskan. Ulangi gerak keenam, namun gunakan kedua kaki secara bersamaan. Ulangi sebanyak 10 kali

9. Angkat kedua kaki dan luruskan, pertahankan posisi tersebut. Gerakan pergelangan kaki ke depan dan ke belakang.

10. Luruskan salah satu kaki dan angkat, putar kaki pada pergelangan kaki, tuliskan pada udara dengan kaki dari angka 0 hingga 9 lakukan secara bergantian

11. Letakkan sehelai koran di lantai. Bentuk kertas itu menjadi seperti bola dengan kedua belah kaki. Kemudian, buka bola itu menjadi lembaran seperti semula menggunakan kedua belah kaki. Cara ini dilakukan hanya sekali saja

- a. Lalu robek koran menjadi 2 bagian, pisahkan kedua bagian koran.
- b. Sebagian koran di sobek-sobek menjadi kecil-kecil dengan kedua kaki
- c. Pindahkan kumpulan sobekan-sobekan tersebut dengan kedua kaki lalu letakkan sobekkan kertas pada bagian kertas yang utuh.
- d. Bungkus semuanya dengan kedua kaki menjadi bentuk bola

5. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Diabetes dimulai dengan menerapkan pola hidup sehat (terapi nutrisi medis dan aktivitas fisik) bersamaan dengan intervensi farmakologis dengan obat anti hiperglikemi secara oral dan/ suntikan. Obat anti hiperglikemi oral dapat diberikan sebagai terapi tunggal atau kombinasi.

Penyakit diabetes mellitus jika tidak dikelola dengan baik akan dapat mengakibatkan terjadinya berbagai penyakit menahun, seperti penyakit serebrovaskuler, penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah tungkai, gangguan pada mata, ginjal, dan saraf.

Tujuan penatalaksanaan secara umum adalah meningkatkan kualitas hidup penyandang diabetes, yang meliputi

- a. Tujuan jangka pendek : menghilangkan keluhan Diabetes mellitus, memperbaiki kualitas hidup, dan mengurangi resiko komplikasi akut.
- b. Tujuan jangka panjang : mencegah dan menghambat progresivitas penyulit mikroangiopati dan makroangiopati.
- c. Tujuan akhir pengelolaan adalah turunya morbiditas dan mortalitas Diabetes Melitus. (Konsensus, 2015)

6. Pathway Ulkus Diabetik

