

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Struktur teori Maslow yang menyeluruh dibangun atas landasan hierarki kebutuhan yang lain. Maslow membagi hierarki kebutuhan dalam lima tingkat dasar kebutuhan yaitu:

a. Kebutuhan fisik (*physiological needs*)

Kebutuhan fisik adalah yang paling mendasar dan paling mendominasi kebutuhan manusia. Kebutuhan ini bersifat biologis seperti oksigen, makanan, air dan sebagainya. Pemikiran Maslow akan kebutuhan fisik ini sangat dipengaruhi oleh kondisi pasca perang dunia II. Saat itu, manusia dalam kondisi yang memilukan. Salah satunya adalah dilandanya kelaparan.

b. Kebutuhan akan rasa aman (*Safety needs*)

Setelah kebutuhan fisiologis terpenuhi, manusia akan cenderung mencari rasa aman, bisa berupa kebutuhan akan perlindungan, kebebasan, dari rasa takut dan sebagainya. Kebutuhan ini bertujuan untuk mengembangkan kehidupan manusia supaya menjadi lebih baik.

c. Kebutuhan akan kepemilikan dan cinta (*The belongingness and love Needs*).

Setelah kebutuhan fisik dan rasa aman terpenuhi, manusia akan cenderung mencari cinta orang lain supaya bisa dimengerti dan dipahami oleh orang lain. Jadi, kebutuhan akan cinta tidak sama dengan kebutuhan akan seks. Sebaliknya, Maslow menegaskan, kebutuhan akan seks justru dikategorikan sebagai kebutuhan fisik. Kebutuhan akan cinta ini menguatkan bahwa dalam hidup, manusia tidak bisa terlepas dari sesama.

d. Kebutuhan untuk dihargai (*The esteem Needs*)

Setelah ketiga kebutuhan di atas terpenuhi, maka sudah menjadi naluri manusia untuk bisa dihargai oleh sesama bahkan masyarakat. Maslow mengklasifikasikan kebutuhan ini menjadi dua bagian yaitu, pertama lebih mengarah pada harga diri. Kebutuhan ini dianggap kuat, mampu mencapai sesuatu yang memadai, memiliki keahlian tertentu menghadapi dunia, bebas dan mandiri. Sedangkan kebutuhan yang lainnya lebih pada sebuah penghargaan. Yaitu keinginan untuk memiliki reputasi dan prestise tertentu (penghormatan atau penghargaan dari orang lain), kebutuhan ini akan memiliki dampak secara psikologis berupa rasa percaya diri, bernilai, kuat dan sebagainya.

e. Kebutuhan aktualisasi diri (*Self Actualization*)

Kebutuhan inilah yang menjadi puncak tertinggi pencapaian manusia setelah kebutuhan-kebutuhan di atas terpenuhi. Pencapaian aktualisasi diri ini berdampak pada kondisi psikologi yang meninggi pula seperti perubahan persepsi, dan motivasi untuk selalu tumbuh dan berkembang. Dengan kelima hierarki kebutuhan itulah yang menjadi struktur kunci Maslow dalam menjelaskan manusia. Konsep fundamental dari pendirian teori Maslow adalah: Manusia dimotivasi oleh sejumlah kebutuhan dasar yang bersifat sama untuk seluruh spesies, tidak berubah, dan berasal dari sumber genetik atau naluriah. Menurutnya, kebutuhan juga bersifat psikologis, bukan semata-mata fisiologis. Sebab, kebutuhan inilah yang menjadi inti dari kodrat manusia. Sedangkan sesuatu itu disebut sebagai kebutuhan dasar apabila memenuhi beberapa syarat berikut yaitu :

- 1) Bila tidak terpenuhi dapat menimbulkan penyakit.
- 2) Memenuhinya dapat mencegah timbulnya penyakit.
- 3) Pemulihannya dapat menyembuhkan penyakit.
- 4) Dalam situasi-situasi tertentu yang sangat kompleks, orang bebas memilih (seseorang yang sedang kekurangan, akan cenderung memilih kebutuhan dibanding kepuasan lainnya).

- 5) Kebutuhan itu tidak aktif, lemah atau secara fungsional tidak terdapat pada orang yang sehat.

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Menurut Potter & Perry (2006) yang dikutip dalam buku (Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) rasa nyaman merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistic yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga dan sosial
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seseorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya

Kebutuhan rasa aman dan perlindungan (*Safety and security needs*) Ketika kebutuhan fisiologis seseorang telah terpenuhi secara layak, kebutuhan akan rasa aman mulai muncul. Keadaan aman, stabilitas, proteksi dan keteraturan akan menjadi kebutuhan yang meningkat. Jika tidak terpenuhi, maka akan timbul rasa cemas dan takut sehingga dapat menghambat pemenuhan kebutuhan lainnya. Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu dalam suatu konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami oleh klien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan. (Sutanto & Fitriana, 2017).

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari rusak nya jaringan yang actual atau

potensial. Nyeri merupakan alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri bisa terjadi dengan banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostic atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding penyakit manapun.

Nyeri merupakan sesuatu yang bersifat subjektif, setiap individu mempelajari nyeri melalui pengalaman yang berhubungan langsung dengan luka (*injury*) yang terjadi selama kehidupannya. Secara klinis, nyeri yakni apa yang diungkapkan oleh pasien mengenai apa dirasakan sebagai suatu yang tidak menyenangkan atau sangat mengganggu. Terdapat berbagai faktor yang bisa mempengaruhi persepsi individu terhadap nyeri. Sebagai tenaga kesehatan, seorang perawat perlu memahami faktor-faktor tersebut supaya dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap pasien yang mengalami masalah nyeri. Faktor-faktor tersebut antara lain yaitu, usia, jenis kelamin, kebudayaan, makna nyeri, perhatian, ansietas, kelelahan, pengalaman sebelumnya, gaya coping, dukungan keluarga dan sosial. (Andarmoyo,2013).

b. Etiologi Nyeri

Penyebab nyeri dapat dilakukan kedalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Secara fisik, penyebab nyeri dapat terjadi karena adanya trauma psikologis. Nyeri disebabkan oleh faktor psikis berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan jaringan-jaringan tertentu yang terletak lebih dalam. Sedangkan nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik.

c. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua kategori yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Klasifikasi ini berdasarkan waktu atau durasi terjadinya nyeri.

1) Nyeri akut

Nyeri akut yakni nyeri yang terjadi setelah cedera akut penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat (Andarmoyo, 2013).

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik yaitu nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan.(Potter &Perry, 2005).

3) Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif ialah nyeri yang diakibatkan karena aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang dapat mengantarkan stimulus noxious. Nyeri nosiseptor ini dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain (Andarmoyo, 2013).

4) Nyeri neuropatik

Nyeri Neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral , nyeri ini lebih sulit untuk diobati (Andarmoyo, 2013).

d. Fisiologis nyeri

Sensasi nyeri ialah fenomena yang kompleks melibatkan suatu kejadian fisiologis pada sistem saraf. Kejadian ini meliputi transduksi, transmisi, persepsi dan modulasi (Kyle, 2015).

1) Transduksi

Serabut perifer yang memanjang dari berbagai lokasi di medula spinalis dan seluruh jaringan tubuh, seperti kulit, sendi, tulang dan membran yang menutupi membran internal. Diujung serabut ini ada reseptor khusus, disebut nosiseptor yang menjadi aktif ketika mereka terpajang dengan stimuli berbahaya, seperti bahan kimia mekanis atau termal. Stimuli mekanis dapat berupa tekanan yang

intens pada area dengan kontraksi otot yang kuat, atau tekanan ekstensif akibat peregangan otot yang berlebihan.

2) Transmisi

Transmisi merupakan proses penyaluran impuls nyeri dari reseptor nyeri di perifer menuju ke terminal sentral di medula spinalis dan dilanjutkan ke otak. Tahap transmisi sendiri terdiri atas 3 bagian adalah sebagai berikut:

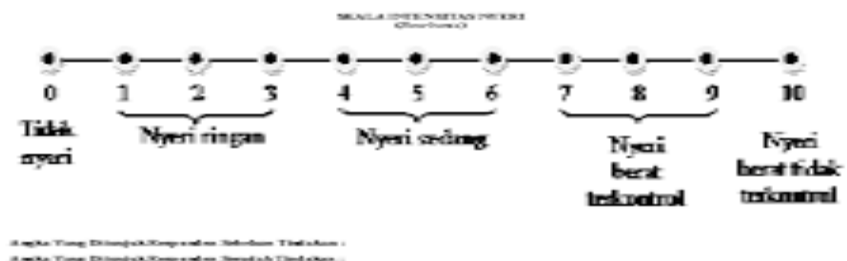
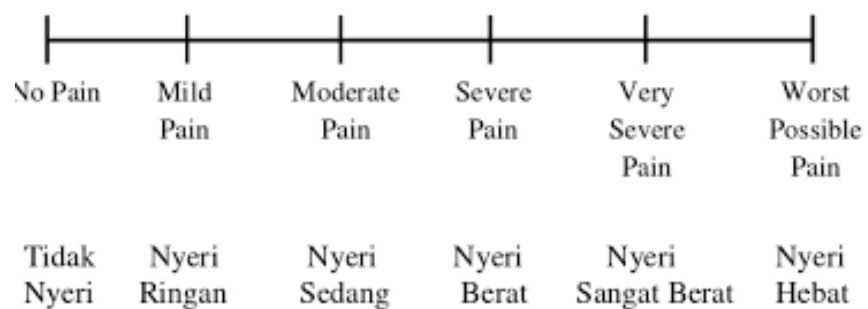
- a) Stimulasi yang diterima oleh reseptor ditransmisikan berupa impuls nyeri dari saraf perifer ke medula spinalis. Jenis nosiseptor yang terlibat dalam transmisi ini ada dua jenis yaitu serabut C dan serabut A-delta. Serabut C mentransmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, sedangkan serabut A delta mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi.
- b) Nyeri ditransmisikan dari medula spinalis ke batang otak dan talamus melalui jalur spinotalamikus (spinotalamic tract atau STT) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi stimulus ke talamus.
- c) Sinyal diteruskan ke korteks sensorik somatik (tempat nyeri dipersepsikan). Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respons otonomik dan limbik.

3) Presepsi

Ketika kornuldorsal medula spinalis, serabut saraf dibagi dan kemudian melintasi sisi yang berlawanan dan naik ke hipotalamus. Thalamus merespon secara tepat dan mengirimkan pesan korteks somatesensori otak, tempat impuls menginterpretasikan sebagai sensasi fisik nyeri. Impuls dibawa oleh serabut delta-A yang cepat mengarah ke persepsi tajam, nyeri lokal menikam yang biasanya juga melibatkan respons reflek yang meninggalkan stimulus.

4) Pengukuran intensitas nyeri

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak menggangu	6 Menggangu aktivitas	8 Sangat menggangu	10 Tak tertahan



Sumber: (Hidayat & Uliyah, 2014)

Gambar 1.1 Intensitas nyeri

e. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut Bahrudin (2017) antara lain;

1) Usia

Usia merupakan variabel yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan

dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri.

Perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci ketika lansia melaporkan adanya rasa nyeri. Lansia memiliki rasa nyeri lebih dari satu. Penyakit lansia yang bermacam-macam dapat menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung, nyeri dada dapat timbul karena gejala artrhitis pada spinal dan gangguan abdomen.

2) Jenis kelamin

Pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam hal merespon nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki laki harus lebih berani dalam menahan rasa nyeri dibandingkan dengan anak perempuan. Penelitian memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh terhadap tingkat toleransi terhadap nyeri. Hormon seks testosteron menaikkan ambang nyeri percobaan binatang. Sedangkan estrogen meningkatkan pengenalan/sensitivitas terhadap nyeri. Manusia lebih kompleks dipengaruhi oleh personal, budaya, dll.

3) Budaya

Petugas kesehatan berasumsi bahwa cara yang dilakukan dan hal yang diyakini ialah sama dengan cara dan keyakinan orang lain. Pengenalan nilai-nilai budaya yang dimiliki seseorang dan memahami nilai-nilai berbeda dari nilai-nilai kebudayaan lainnya membantu untuk menghindari mengevaluasi perilaku klien berdasarkan harapan dan nilai budaya seseorang. Perawat yang mengetahui perbedaan pada budaya akan mempunyai pemahaman yang lebih besar tentang rasa nyeri klien dan akan lebih akurat dalam mengkaji nyeri dan respon-respon perilaku terhadap nyeri juga efektif dalam menghilangkan nyeri klien.

4) Ansietas

Ansietas diyakini dapat meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Riset tidak

memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten antara ansietas dan nyeri, juga tidak memperlihatkan bahwa pelatihan pengurangan stress praoperatif menurunkan nyeri saat pasca operatif. yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi klien terhadap nyeri. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi klien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri.

5) Pengalaman nyeri masa lalu

Setiap individu belajar dari pengalaman nyerinya. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu akan mudah menerima rasa nyeri pada masa yang akan datang. Individu mengalami rasa nyeri yang berulang-ulang akan mudah meneprestasikan sensi rasa nyerinya. Klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang perlu dilakukan untuk menghindari nyeri.

f. Penanganan Nyeri

Menurut (Wahyudi,2016) terdapat beberapa cara penanganan nyeri yaitu

1) Farmakologi

Manajemen farmakologi yang dilakukan adalah pemberian analgesik atau obat penghilang rasa sakit. Penatalaksanaan farmakologi adalah pemberian obat untuk mengurangi nyeri. Obat-obatan yang diberikan dapat digolongkan ke dalam:

a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekanan nyeri endogen pada susunan saraf pusat.

Penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian

secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

b) Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

Mengenai obat-obatan yang digunakan untuk mengurangi nyeri pada sendi, yaitu:

- a) Analgesik opioid (narkotik) nama obat yang digunakan adalah MST Continus. Morfin sulfat 10 mg, 15 mg, 30 mg. Awal 10-15 mg efek obat selama 12 jam. Nyeri tidak dapat dikontrol dengan opioid: awal 20-30 mg tiap 12 jam. Mengonsumsi obat ini dengan cara ditelan utuh tidak dibagi, dikunyah, dan dihancurkan.
- b) Pengobatan nyeri pada sendi jenis NSAID adalah aspirin dan ibuprofen (Afren). Indikasinya untuk nyeri ringan hingga sedang, nyeri pasca operasi, penyakit rheumatoid dan nyeri otot. Dosis afren dewasa 400 mg 3-4 x/hr. Sebagai analgesik 200-400 mg 3-4 x/hr. Efek sampingnya ialah pasien akan merasa mual, muntah, diare, konstipasi, nyeri abdomen atau rasa panas terbakar sementara pada lambung, ruam kulit, bronkospasme atau trombositopenia.

2) Non farmakologi

Penanganan nyeri secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara yaitu:

1) Relaksasi progresif

Relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri (Potter & Perry, 2007).

2) Stimulasi kutaneus plasebo

Plasebo adalah zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa (Tamsuri, 2007).

3) Teknik distraksi

Distraksi adalah metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien lupa terhadap nyeri yang dialaminya.

B. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi Ulkus Diabetikum

Ulkus Diabetikum kaki neuropati, iskemia dan neuroiskemia dengan tipe neuropati tersering. Ulkus kaki diabetes dapat berkembang secara cepat, dengan kerusakan jaringan yang cepat dan sering disertai adanya infeksi, dan bila terjadi ulkus akan lambat untuk penyembuhannya.

Kaki diabetik merupakan tukak yang timbul pada penderita diabetes melitus yang disebabkan karena angiopati diabetik, neuropati diabetik atau akibat trauma. (admin, 2009).

Ulkus Diabetik merupakan luka terbuka pada permukaan kulit karena neuropati, keadaan lebih lanjut terdapat luka pada penderita yang sering tidak dirasakan, dan dapat berkembang menjadi infeksi disebabkan oleh bakteri aerob maupun anaerob (Hastuti dalam Dafianto, 2016).

Ulkus ini juga disebut ulkus neuropati diabetik yang dapat terjadi pada individu yang menderita diabetes melitus, sebagian akibat dari gangguan

sirkulasi. Individu penderita diabetes sering kali sulit untuk sembuh dan luka ini mungkin sulit untuk diobati (Rosdahi, 2015).

2. Etiologi

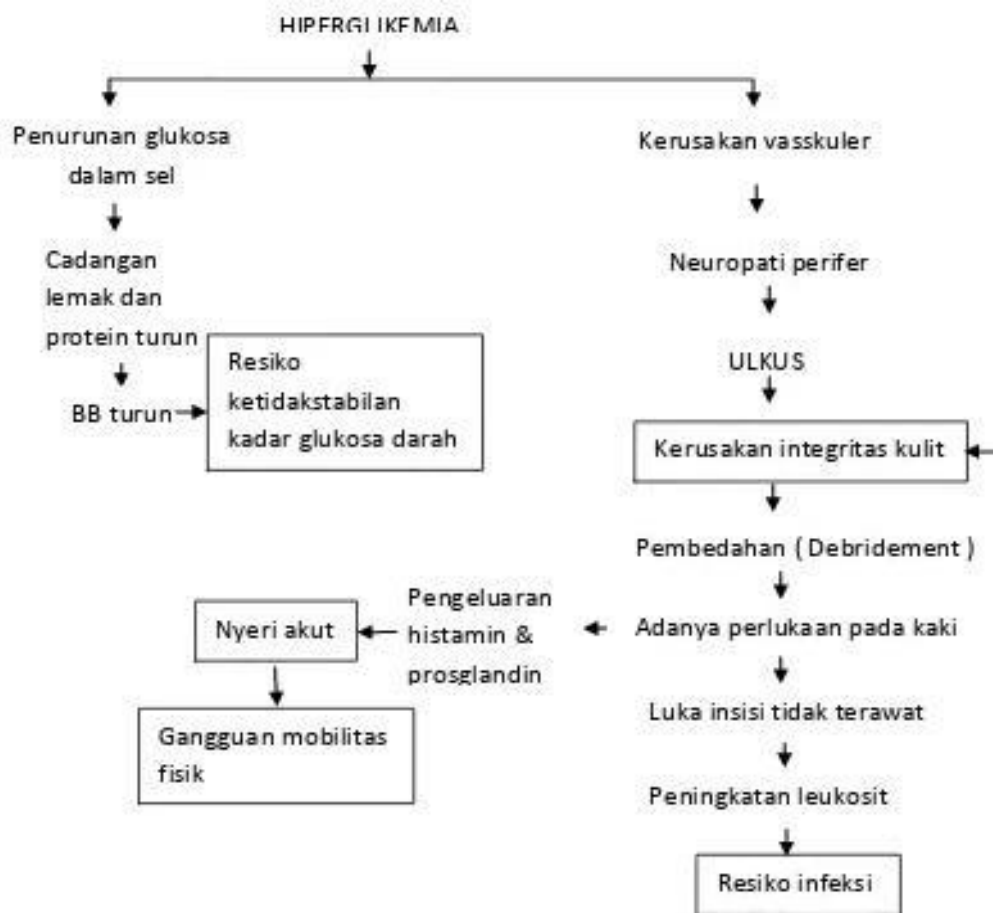
Faktor yang terlibat dalam perkembangan ulkus kaki diabetes adalah neuropati, insufisiensi arterial, abnormalitas muskuloskeletal, dan lemahnya wound healing. Mikroorganisme patogen juga terlibat pada mekanisme ulkus kaki diabetes. Rendahnya nutrisi juga mempengaruhi proses penyembuhan luka.

Faktor kaki Ulkus Diabetikum dapat dikategorikan dalam 3 kelompok yang berbeda, yaitu perubahan patofisiologi, deformitas anatomi, dan pengaruh lingkungan. Perubahan patofisiologi pada level biomolekuler mengakibatkan timbulnya neuropati sensoris saraf perifer, penyakit vaskuler perifer, dan kompromisasi sistem imun yang mengakibatkan gangguan pada proses wound healing. Neuropati motorik dan neuroarthropati charcot adalah penyebab utama pada deformitas kaki penderita diabetes. Akhirnya faktor eksternal akibatnya adanya trauma akut ataupun kronik sering menjadi penyebab awal terbentuknya ulkus kaki diabetes. (Thanh, et al, dalam putu, I, 2005)

3. Patofisiologi

Proses terjadinya ulkus diabetikum diawali adanya hiperglikemia pada penyandang Diabetes yang menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah. Neuropati, baik neuropati sensorik maupun motorik dan autonomik akan mengakibatkan berbagai perubahan pada kulit dan otot yang kemudian dapat menyebabkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya ulkus. Adanya kerentanan terhadap infeksi menyebabkan infeksi mudah merebak menjadi infeksi yang sangat luas. Faktor aliran darah yang kurang juga akan lebih lanjut menambah rumitnya pengelolaan ulkus diabetikum. Awal proses pembentukan ulkus berhubungan dengan hiperglikemia yang berefek pada saraf perifer, kolagen, keratin suplai vaskuler. Dengan adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras pada daerah kaki yang mengalami beban terbesar. Neuropati sensoris perifer

memungkinkan terjadinya trauma berulang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan area kalus. Selanjutnya akan terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya ruptur sampai permukaan kulit dan menimbulkan ulkus. Adanya iskemia dan penyembuhan luka abnormal menghalangi resolusi. Mikroorganisme yang masuk mengadakan kolonisasi di daerah ini. Drainase yang adekuat menimbulkan closed space infection. Akhirnya sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya (Budiono,2015).



Gambar 2.2 Pathway ulkus diabetikum

4. Manifestasi Klinis

Beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian ialah (Agustina,2009):

a. Keluhan Klasik**1) Penurunan berat badan**

Penurunan berat badan yang langsung dalam waktu relatif singkat harus menimbulkan kecurigaan. Hal ini disebabkan glukosa darah tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga. Untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa diambil dari cadangan lain yaitu sel lemak dan otot. Akibatnya penderita kehilangan jaringan lemak dan otot sehingga menjadi kurus.

2) Banyak kencing

Karena sifatnya, kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan banyak kencing. Kencing yang sering dan dalam jumlah banyak akan sangat mengganggu penderita, terutama pada malam hari.

3) Banyak minum

Rasa haus sering dialami oleh penderita karena banyaknya cairan yang keluar melalui kencing. Keadaan ini justru sering disalah tafsirkan. Dikira sebab rasa haus ialah udara yang panas atau beban kerja yang berat. Untuk menghilangkan rasa haus itu penderita minum banyak.

4) Banyak makan

Kalori dari makanan yang dimakan, setelah dimetabolisme menjadi glukosa dalam darah tidak seluruhnya dapat dimanfaatkan, penderita selalu merasa lapar.

b. Keluhan Lain**1) Gangguan saraf tepi/kesemutan**

Penderita mengeluh rasa sakit atau kesemutan terutama pada kaki di waktu malam, sehingga mengganggu tidur. Gangguan penglihatan pada fase awal penyakit Diabetes sering dijumpai gangguan penglihatan yang mendorong penderita untuk mengganti kaca matanya berulang kali agar ia tetap dapat melihat dengan baik.

2) Keputihan

Pada wanita, Keputihan dan gatal merupakan keluhan yang sering ditemukan dan kadang-kadang merupakan satu-satunya gejala yang dirasakan.

5. Penatalaksanaan Medis

Tujuan umum terapi Diabetes militus untuk menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam mengurangi komplikasi vaskuler serta neuropati.

a. Diet

Diet penderita Diabetes. Kebutuhan insulin penderita diabetes ditentukan oleh diet standar penderita yang mengandung karbohidrat dalam jumlah normal dan terkontrol baik serta perubahan jumlah masukan karbohidrat mengubah kebutuhan akan insulin (Guyton,A.C.,1990).

b. Terapi obat

Pengobatan Diabetes Militus bergantung pada pengobatan diet dan pengobatan bila diperlukan. Kalau masih bisa tanpa obat cukup untuk menurunkan berat badan sampai mencapai berat badan ideal.

Terdapat golongan obat pada penyakit diabetes militus yaitu:

1) Golongan Sulfonyluera

Obat golongan ini digunakan untuk menurunkan glukosa darah, obat ini merangsang sel beta dari pankreas untuk memproduksi lebih banyak insulin. Jadi syarat pemakaian obat ini adalah apabila pankreas masih baik untuk membentuk insulin, sehingga obat ini hanya bisa dipakai pada penderita diabetes tipe 2.

2) Golongan Biguanides

Obat biguanides memperbaiki kerja insulin dalam tubuh, dengan caramengurangi resistensi insulin. Pada diabetes tipe 2, terjadi pembentukan glukosa oleh hati yang melebihi normal. Biguanides menghambat proses ini sehingga kebutuhan insulin

untuk mengangkut glukosa dari darah masuk ke sel berkurang, dan glukosa darah menjadi turun.

3) Golongan Alpha-Glucosidase Inhibitors

Obat golongan ini bekerja di usus, menghambat enzim di saluran cerna, sehingga pemecahan karbohidrat menjadi glukosa atau pencernaan karbohidrat di usus menjadi berkurang.

4) Golongan Meglitinides

Obat golongan ini menyebabkan pelepasan insulin dari pankreas menjadi cepat dan berlangsung dalam waktu singkat.

5) Golongan Thiazolidinediones

Obat ini baik untuk penderita diabetes tipe-2 karena bekerja dengan merangsang tubuh lebih sensitif terhadap insulin.

C. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah Pengumpulan, pengaturan, validasi, dokumentasi data yang sistematis dan berkesinambungan. (Koizer, 2011).

a. Pengkajian Awal

1) Identitas pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi Nama, alamat, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, pembiayaan layanan kesehatan, dan Sumber perawatan medis yang biasa.

2) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan gejala penyakit yang dirasakan pada saat masuk rumah sakit atau saat dilakukan pengkajian.

3) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang kronologis keluhan utama meliputi kapan gejala muncul, apakah awitan gejala mendadak atau bertahap. Berapa kali masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakteristik keluhan, aktivitas yang klien lakukan ketika masalah terjadi, fenomena atau gejala yang

berhubungan dengan keluhan utama, faktor yang meningkat atau mengurangi masalah.

4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah pernah menderita gangguan kebutuhan aman dan nyaman sebelumnya.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji diantaranya adalah bagaimana respons psikologis klien terhadap masalah gangguan aktivitas yang dialaminya, mekanisme koping yang digunakan klien dalam menghadapi gangguan aktivitas.

6) Data psikologis

Aspek psikologis yang perlu dikaji diantaranya adalah bagaimana respons psikologi klien terhadap masalah gangguan aktivitas yang dialaminya, mekanisme koping yang digunakan klien dalam menghadapi gangguan aktivitas.

7) Gaya hidup

Pengkajian pada aspek gaya hidup ini meliputi kebiasaan Personal, diet, pola tidur/istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, rekreasi/hobi

8) Data sosial

Pengkajian pada data sosial ini meliputi hubungan keluarga/persahabatan, persatuan etnik, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, status ekonomi, kondisi rumah dan lingkungan.

9) Data psikologis

Pengkajian pada data psikologik ini meliputi stressor utama, pola koping yang biasa terhadap masalah serius atau stress tingkat tinggi, gaya komunikasi.

10) Pola perawatan kesehatan

Hal yang perlu dikaji pada ini adalah semua sumber perawatan kesehatan yang digunakan saat ini dan dimasa lalu.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang bersangkutan dengan kesehatan. (SDKI, 2016).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan kebutuhan nyaman nyeri adalah :

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan

- a. Gangguan Rasa Nyaman
- b. Ketidaknyamanan pasca partum
- c. Nausea
- d. Nyeri Akut
- e. Nyeri Kronis
- f. Nyeri melahirkan

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

- a. Gangguan Integritas Kulit/ jaringan
- b. Hipertermia
- c. Hipotermia
- d. Prilaku Kekerasan
- e. Riskio Infeksi
- f. Risiko Jatuh

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi dan Cairan

- a. Berat Badan Lebih
- b. Diare
- c. Defisit Nutrisi

- d. Obesitas
- e. Risiko Ketidakseimbangan cairan
- f. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah

3. Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan menurut SIKI adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan nyeri dan kenyamanan pada Ulkus Diabetikum sebagai berikut :

Tabel 2.1

Intervensi keperawatan, Sumber SIKI (2018)

NO	Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	<p>Nyeri Akut Definisi Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual dan fungsional, dengan onset mendadak, atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis 2. Agen pencedera kimiawi 3. Agen pencedera fisik 	<p>Intervensi Utama Manajemen Nyeri Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, terapi pijat, kompres hangat.) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan

		<p>pemicu nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
2	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah</p> <p>Definisi Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal</p> <p>Penyebab</p> <p>Hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disfungsi pancreas 2. Resistensi insulin 3. Gangguan toleransi glukosa darah 4. Gangguan glukosa darah puasa <p>Hipoglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan insulin atau obat glikemik oral 2. Hyperinsulinemia 3. Endokrinopati 4. Disfungsi hati 5. Disfungsi ginjal kronis 6. Efek agen farmakologis 7. Tindakan pembedahan neoplasma 8. Gangguan metabolik bawaan 	<p>Intervensi Utama</p> <p>Manajemen Hiperglikemia</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin yang meningkat (mis. penyakit kambuhan) - Monitor kadar glukosa darah, jika perlu - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polifagia, kelemahan, malaise, sakit kepala). - Monitor intake dan output cairan <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan asupan cairan oral - Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk - Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga - Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu - Ajarkan pengelolaan diabetes militus (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan.) <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian insulin, <i>jika perlu</i> - Kolaborasi pemberian cairan iv, <i>jika</i>

		<p><i>perlu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian kalium, <i>jika perlu</i>
3	<p>Gangguan Integritas Kulit Definisi Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament). Penyebab 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis atau faktor listrik 8. Efek samping terapi radiasi 9. Kelembapan 10. Proses penuaan 11. Neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan</p>	<p>Intervensi Utama Perawatan Integritas Kulit Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang - Bersihkan parineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Hindari produk berbau dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur - Anjurkan mandi menggunakan sabun secukupnya

4. Implementasi

Implementasi meliputi klien, perawat, dan staf lainnya yang akan melaksanakan rencana. Komponen lain dari proses keperawatan seperti pengkajian dan perencanaan berlanjut selama komponen ini. Kemampuan perawat untuk melaksanakan keterampilan interpersonal, intelektual, dan teknis memengaruhi efektivitas tindakan yang diberikan. Dalam implementasi tanggung jawab dan peran perawat, advokasi klien, koordinasi, delegasi dan pendokumentasian. Dokumentasi implementasi meliputi penggunaan catatan tertulis-catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan. Dokumentasi menguraikan tindakan yang diimplementasikan oleh perawat, klien, atau lainnya untuk memfasilitasi pencapaian kriteria hasil respons klien terhadap implemementasi juga dicatat. Respon terdiri atas perilaku biofisik, psikososial, dan spiritual.

Kemajuan yang dibuat klien guna memenuhi kriteria hasil dicatat direncanakan keperawatan untuk memberi kontinuitas perawatan dengan anggota tim kesehatan lainnya (Christensen, Kenney, 2009).

5. Evaluasi

Mengevaluasi ialah menilai atau menghargai. Evaluasi adalah fase kelima dalam fase terakhir dalam proses keperawatan. Dalam konteks ini evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah ketika klien dan profesional kesehatan menentukan (a) kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/hasil dan (b) keefektifan rencana asuhan keperawatan. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang di tarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau di ubah.

D. Tinjauan Konsep Asuhan Terkait Ulkus Diabetikum

Menurut konsep asuhan keperawatan (Putri, 2020) dengan gangguan nyeri dan kenyamanan pada pasien Ulkus Diabetikum

1. Pengkajian

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian pasien mengeluh nyeri dibagian kaki kiri (luka pasien), nyeri dirasakan dibagian kaki didaerah luka saja, skala nyeri 6, nyeri dirasakan terus menerus, pasien bersikap protektif, luka tertutup balutan tidak nampak rembes dan bercak darah, luka luas kurang lebih 6 cm, dengan diameter luka 4 cm, kadar leukosit pasien 14,56, nyeri yang dirasakan membuat pasien kurang tidur, gula darah sewaktu 171 mg/dl, pasien terlihat pucat.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian yang merujuk pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia maka ditegakkan diagnosis keperawatan nyeri akut, gangguan integritas kulit dan jaringan, serta risiko infeksi.

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2
Intervensi Keperawatan

Tujuan dan Kriteria Hasil	Perencanaan
Diagnosis Nyeri Akut	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 1x 24 jam diharapkan tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri cukup menurun - Meringis menurun	Manajemen Nyeri - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri untuk mengatasi nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Diagnosis Gangguan Integritas Kulit dan Jaringan	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 1x 24 jam diharapkan integritas kulit pasien meningkat dengan kriteria hasil : - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun	Perawatan Luka - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda tanda infeksi - Lepaskan balutan dan plester secara perlahan - Bersihkan luka dengan cairan NaCl, sesuai kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka - Kolaborasi pemberian antibiotic
Diagnosis Risiko Infeksi	
Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien selama 1x 24 jam diharapkan tingkat infeksi pasien menurun dengan kriteria hasil : - Nyeri menurun - Cairan berbau busuk menurun	Pencegahan Infeksi - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan sekitar pasien - Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar

4. Implementasi Keperawatan

Menurut (Putri, 2020) implementasi merupakan Langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu pasien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan. Adapun implementasi yang diberikan pada asuhan keperawatan ini yakni melakukan identifikasi karakteristik, durasi, frkuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, melakukan pemeriksaan

sirkulasi perifer, memonitor tanda-tanda infeksi, melakukan perawatan luka, mengajarkan ambulasi sederhana.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Putri, 2020) hasil implementasi yang dilakukan selama 5 hari pada pasien menunjukkan sedikit perubahan, didapatkan data bahwa pasien mengatakan masih nyeri namun skala nyeri berkurang menjadi skala 4, nyeri masih dirasakan hilang timbul, luka tampak kemerahan, pus sudah mulai berkurang dan mulai kering, jaringan nekrotik tidak ada, tidak ada tanda-tanda infeksi.