

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Dalam teori Abraham Maslow kebutuhan dasar manusia terbagi menjadi 5 kelompok yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Menurut Mubarak, (2015) ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang untuk melindungi diri meliputi perubahan persepsi sensorik, mobilitas, gaya hidup dan lingkungan. Perubahan persepsi sensori ini meliputi hilangnya persepsi nyeri, sentuhan ringan dan tekanan sehingga pasien sering tidak dapat mendeteksi kerusakan pada ekstremitas bawah (Nurhanifah, 2017).

Keamanan adalah keadaan aman dan tentram, sedangkan keselamatan merupakan keadaan dimana individu atau kelompok terhindar dari ancaman bahaya atau kecelakaan (Tarwoto et al., 2015). Hilangnya mobilitas pada ulkus dm dapat menyebabkan menurunnya kemampuan pasien dalam melakukan gerakan sederhana dan menurunnya partisipasi dalam seluruh kegiatan (Syarif, 2013).

B. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Menurut Sofyanti et al., (2022), diabetes melitus merupakan penyakit metabolik yang ditunjukkan dengan meningkatnya kadar glukosa darah yang secara terus menerus. komplikasi kroniknya adalah berupa luka terbuka pada permukaan kulit yang dapat disertai adanya kematian jaringan setempat (Anam et al., 2019). Nusdin (2022) menambahkan bahwa ulkus diabetikum disebabkan karena adanya abnormalitas syaraf dan adanya gangguan pada arteri perifer dapat mengakibatkan terjadinya infeksi.

2. Etiologi

Menurut Wijaya & Putri (2013) mengemukakan bahwa terjadinya ulkus diabetikum diawali dengan adanya hiperglikemia pada penderita ulkus diabetikum dan menyebabkan kelainan neuropati dan kelainan pada pembuluh darah, penyebab lain dari ulkus diabetikum adalah iskemik, infeksi, edema dan katus. faktor faktor yang mempengaruhi ulkus diabetikum dapat dibagi beberapa faktor endogen dan eksogen :

a. Faktor endogen meliputi: genetik metabolik, angiopati diabetik, neuropati diabetik.

b. Faktor eksogen

Faktor eksogen meliputi: trauma, infeksi, dan obat.

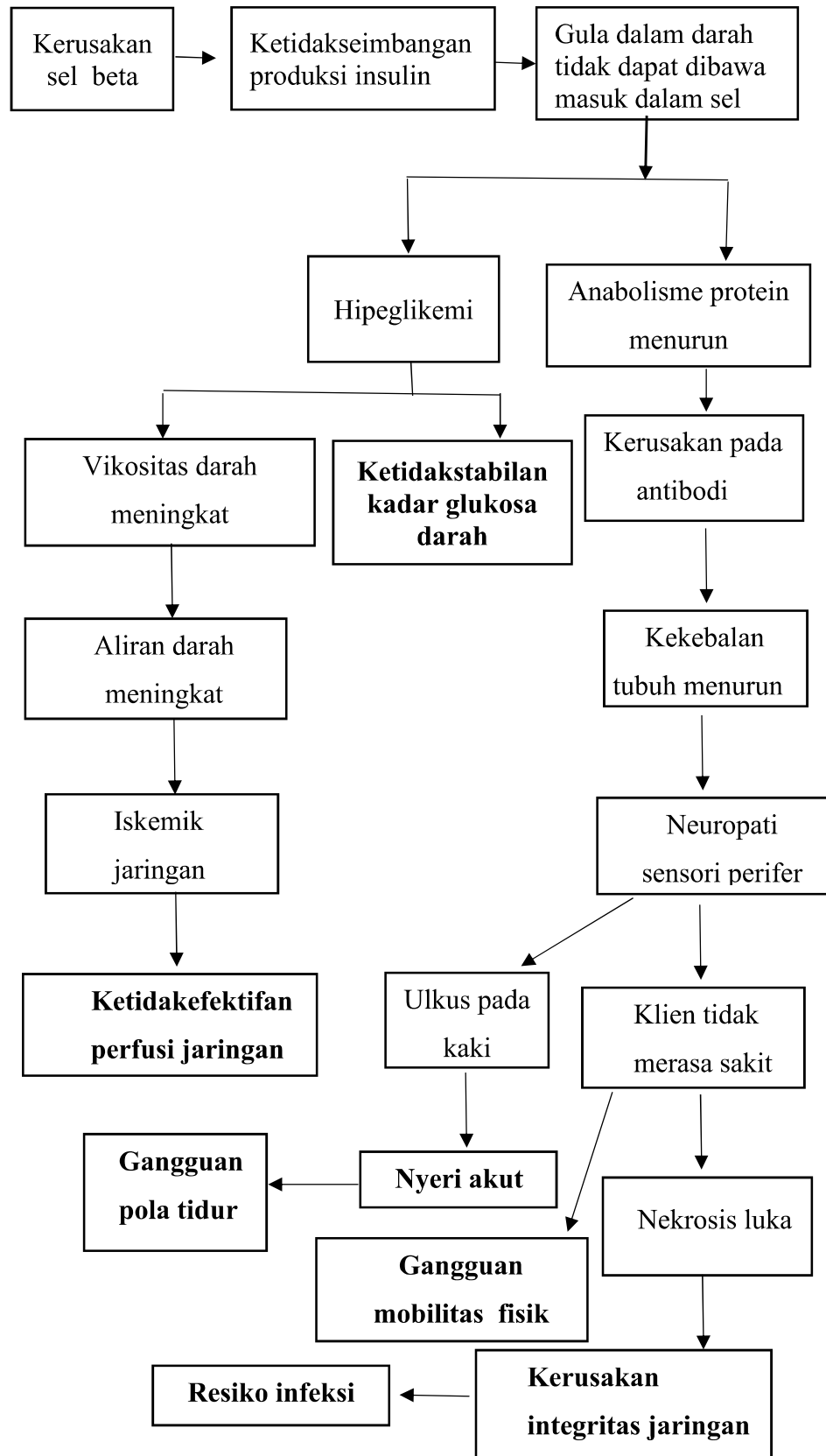
Faktor utama yang mempengaruhi timbulnya ulkus diabetikum seperti angiopati, neuropati, dan infeksi. Terjadinya neuropati perifer menyebabkan menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga dapat terjadi trauma dapat menyebabkan terjadinya ulkus pada kaki. Sehingga mengalami trauma tanpa terasa yang dapat mengakibatkan ulkus pada kaki. Gangguan motorik juga dapat menyebabkan terjadinya atrofi pada otot kaki maka dapat merubah titik tumpu yang menyebabkan ulserasi pada kaki pasien. Sumbatan darah yang terjadi pada pembuluh darah yang begitu besar maka penderita akan merasakan sakit di tungkai. Sedangkan angiopati tersebut dapat menyebabkan penurunan asupan nutrisi, oksigen, serta antibiotika sehingga akan menyebabkan luka sulit sembuh.

3. Patofisiologi

Terjadinya masalah ulkus diabetikum diawali dengan adanya hiperglikemia pada penderita diabetes melitus dapat menyebabkan kelainan neuropati pada pembuluh darah, neuropati tersebut baik neuropati motorik, neuropati sensorik, dan autonomik yang dapat mengakibatkan perubahan pada kulit dan otot, lalu kemudian terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mengakibatkan ulkus. Faktor sirkulasi yang buruk akan menambah sulitnya penanganan ulkus diabetikum. Awal proses pembentukan

ulkus berhubungan dengan hiperglikemia yang berefek pada saraf perifer.

Dengan adanya tekanan terbentuknya keratin keras pada daerah kaki yang mengalami beban terbesar. Pada neuropati sensori perifer memungkinkan terjadi trauma berulang yang mengakibatkan terjadi kerusakan pada jaringan, lalu akan terjadi lavitasi yang membesar dan akhirnya muncul ke permukaan kulit dan terjadi ulkus. Iskemia dan penyembuhan luka yang abnormal dapat menghalangi resolusi. Mikroorganisme yang masuk akan berkumpul didaerah ini. Karena sistem kekebalan tubuh yang abnormal bakteri akan sulit untuk dibersihkan dan infeksi dapat menyebar ke jaringan sekitarnya (Nurarif & Kusuma, 2016).



Sumber : Nurarif & Kusuma, (2016)

Gambar 2. 1 *Pathway* Ulkus Diabetikum

4. Manifestasi Klinis

Ulkus diabetikum berawal dari diabetes melitus, beberapa tanda dan gejala yang perlu diperhatikan adalah

- a. Sering merasa kesemutan
- b. Sensasi rasa pada kaki berkurang
- c. Kerusakan pada jaringan atau nekrosis
- d. Kaki menjadi atrofi, dingin dan kuku menebal
- e. Kulit menjadi kering
- f. Nyeri pada kaki saat istirahat (Wahjoepramono, 2022).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Wijaya & Putri (2013) Pemeriksaan diagnostik pada ulkus diabetikum adalah

a. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi

Denesvasi kulit menyebabkan produktivitas menurun, sehingga kulit kaki kering, pecah, rambut kaki/ kaki (-), *claw toe* ulkus tergantung saat ditemukan (0-5).

2) Palpasi

Kulit kering, pecah-pecah, klusi arteri dingin, pulsasi, pada ulkus: kalus tebal dan keras.

b. Pemeriksaan vaskuler

1) Pemeriksaan radiologis : gas sub kutan benda asing, osteomelitus

2) Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan sebagai berikut :

a) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah : GDS \geq 200 mg/dl, gula darah puasa \geq 120 mg/dl dan 2 jam post prandial \geq 200 mg/dl

b) Urin

Pemeriksaan adanya glukosa dan urine. Pemeriksaan dengan cara benedict (reduksi). Hasil dapat dilihat melalui perubahan warna urine: merah bata (++++), merah (+++), kuning (++) , hijau (+).

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ulkus diabetikum menurut Tarihoran et al., (2019) sebagai berikut:

1) Pembedahan

Pembedahan bertujuan untuk mengalirkan pus, dan meminimalkan kerusakan jaringan dengan pengurangan tekanan di kaki dan mengangkat jaringan yang terinfeksi.

2) Antibiotik

Antibiotik hanya digunakan untuk mencegah terjadinya infeksi bukan untuk penyembuhan luka, jadi ketika luka belum sembuh terapi antibiotik dapat dihentikan jika tanda dan gejala infeksi sudah menghilang.

3) Perawatan pada luka

Pada kasus ulkus diabetikum membutuhkan perawatan debridement untuk mempercepat penyembuhan luka dengan cara mengangkat jaringan nekrotik dan jaringan yang terinfeksi.

7. Komplikasi

Komplikasi utama dari ulkus diabetikum adalah infeksi yang semakin serius, selulitis osteomyelitis, sepsis, iskemik jaringan dan gangren, abses dan amputasi. Amputasi dapat menyebabkan kecacatan permanen, sehingga terapi dilakukan untuk mencegah nekrosis jaringan untuk mencegah nekrosis jaringan yang membutuhkan amputasi. Komplikasi osteomyelitis dan sepsis terjadi akibat infeksi ulkus diabetikum yang meluas ke jaringan tulang dan menjadi infeksi sistemik dan sepsis, sementara itu penyakit arteri perifer pada ulkus diabetik mengganggu aliran darah ke area luka, menyebabkan iskemia jaringan , nekrosis dan gangren (Wahjoepramono, 2022).

8. Klasifikasi

Klasifikasi ulkus diabetikum menurut Wijaya & Putri, (2013) sebagai berikut :

Derajat 0 : Tidak ada lesi terbuka, kulit masih utuh dengan kemungkinan disertai kelainan bentuk kaki seperti “*claw, callus*”

Derajat 1 : Ulkus superfisial terbatas pada kulit

Derajat 2 : Ulkus dalam menembus tendon dan tulang

Derajat 3 : Abses dalam, dengan atau tanpa osteomyelitis

Derajat 4 : Gangren jari kaki atau bagian distal kaki dengan atau tanpa selulitis

Derajat 5 : Gangren seluruh kaki atau sebagian tungkai

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Rukmi et al., (2022) pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dan dilakukan pengumpulan data secara sistematis untuk menentukan status kesehatan serta respons klien pada saat ini dan sebelumnya.

Menurut Wijaya & Putri (2013) pengkajian pada pasien dengan ulkus diabetikum sebagai berikut :

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data pada pasien dengan ulkus diabetikum sebagai berikut :

1) Identitas pasien

Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status perkawinan, suku bangsa, nomor register.

2) Keluhan utama

Rasa raba yang menurun, kesemutan pada kaki yaitu tungkai bawah, adanya luka yang tidak sembuh sembuh dan berbau.

3) Riwayat kesehatan sekarang.

Apa penyebab terjadinya luka, kapan terjadinya luka, sudah berapa lama proses terjadinya luka, upaya apa saja yang telah dilakukan pasien sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat penyakit diabetes melitus atau penyakit penyakit lain yang erat kaitanya dengan defisiensi insulin.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga biasanya ada yang menderita penyakit yang sama, karena penyakit diabetes melitus merupakan penyakit yang menurun.

6) Riwayat psikososial

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

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan pada pasien dengan ulkus diabetikum adalah sebagai berikut :

1) Status kesehatan umum

Keadaan penderita dengan memeriksa kesadaran, tanda tanda vital, tinggi badan dan berat badan.

2) Kepala dan leher

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

3) Sistem integument

Adanya luka atau warna kehitaman pada luka, turgor kulit menurun, kelembaban disekitar ulkus, kemerahan di kulit sekitar luka.

4) Sistem pernapasan

Adakah sesak napas, batuk, sputum, nyeri dada.

5) Sistem kardiovaskuler

Nadi perifer lemah dan berkurang, perfusi jaringan menurun, takikardi atau bradikardi, hipertensi/ hipotensi, kardiomegali atau pembesaran / pembengkakan pada jantung penderita.

6) Sistem gastrointestinal

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

7) Sistem urinarius

Poliuria, rasa panas atau sakit saat berkemih, retensi urin/ gangguan kandung kemih sehingga kesulitan untuk mengosongkan urin.

8) Sistem muskuloskeletal

Penyebaran masa otot, penyebaran lemak, cepat lelah, lemah dan nyeri, adanya gangren pada eksteremitas penderita.

9) Sistem neurologis

Penurunan sensori, disorientasi atau kondisi mental yang berubah dimana seseorang mengalami ketidak pengetahuan waktu, tempat mereka saat ini, bahkan tidak mengetahui identitas dirinya sendiri, kesemutan rasa tertusuk, tidak mampu mera sakit, latergi atau penurunan kesadaran.

2. Diagnosa

Menurut (PPNI, 2017) diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons klien mengenai masalah kesehatan maupun proses kehidupan yang dialaminya yang berlangsung aktual maupun potensial.

Menurut Nurarif & Kusuma, (2016) masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien ulkus diabetikum dengan gangguan keamanan dan proteksi;

- a) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer
- b) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

- c) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah
- d) Ketidakefektifan perfusi jaringan berhubungan dengan hiperglikemia
- e) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- f) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
- g) Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes melitus)

3. Rencana

Menurut (PPNI, 2018) intervensi keperawatan 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 keamanan dan proteksi pada ulkus diabetikum sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Tabel Intervensi Teori

No	Diagnosa keperawatan	Standar luaran keperawatan Indonesia	Standar intervensi keperawatan Indonesia
1	<p style="text-align: center;">2</p> <p>Gangguan integritas kulit (D.0129) Definisi Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) Gejala dan tanda mayor : Subjektif : - Objektif :</p> <p>1. Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit Gejala dan tanda minor : Subjektif : - Objektif :</p> <p>1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma</p>	<p style="text-align: center;">3</p> <p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125) 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Perdarahan menurun 5. Kemerahan menurun 6. Nekrosis menurun</p>	<p style="text-align: center;">4</p> <p>Perawatan luka (I.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda tanda infeksi</p> <p>Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 3. Pasang balutan 4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Ganti balutan sesuai dengan jenis eksudat 6. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous)</p>

1	2	3	4
2	<p>Nyeri akut (D.0077)</p> <p>Definisi Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berlangsung kurang dari 3 bulan</p> <p>Gejala dan tanda mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah <p>Gejala dan tanda minor :</p> <p>Subjektif : -</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 	<p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tidak meringis 3. Tidak bersikap protektif 4. Tidak gelisah 5. Kesulitan tidur menurun 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik <p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan teknik non farmakologis <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik

1	2	3	4
3.	<p>2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Menarik diri 5. Berfokus pada diri sendiri</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) Definisi Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal Gejala dan tanda mayor: Subjektif : Hiperglikemia 1. Lelah atau lesu Objektif : 1. Kadar glukosa dalam darah/urin tinggi Gejala dan tanda minor : Subjektif : Hiperglikemia 1. Mulut kering 2. Haus meningkat Objektif : 1. Jumlah urin meningkat</p>	<p>Kestabilan kadar glukosa darah,(L.03022) 1. Mengantuk menurun 2. Lelah/lesu menurun 3. Kadar glukosa dalam darah membaik</p>	<p>Manajemen hiperglikemia (I.03115) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Monitor kadar glukosa darah 3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia</p> <p>Terapeutik 1. Berikan asupan cairan oral</p> <p>Edukasi 1. Ajarkan pengolahan diabetes</p> <p>Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat</p>

4. Implementasi

Menurut Suarni & Apriyani, (2017) implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

5. Evaluasi

Menurut Suarni & Apriyani, (2017) evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses keperawatan yang merupakan perbandingan sistematis dan terencana mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan dilakukan dengan berkesinambungan yang melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Dalam evaluasi keperawatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah ditetapkan dan mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal serta mengukur hasil proses dalam keperawatan. Pada tahap ini untuk mengetahui masalah teratasi, teratasi sebagian, dan belum teratasi dengan membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dengan meliputi :

- a. Subjektif (S) adalah informasi yang didapatkan dari klien setelah tindakan diberikan.
- b. Objektif (O) adalah informasi yang didapat dari hasil peroleh dari hasil pengamatan, pengukuran, dan penilaian yang dilakukan perawat setelah tindakan dilakukan.
- c. Analisis (A) adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan serta kriteria hasil, kemudian menyimpulkan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi.
- d. *Planning* (P) adalah proses perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan sesuai dengan kondisi klien.