

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Teoritis Medis

2.1.1 Defenisi Ulkus Dekubitus

Ulkus dekubitus adalah kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat dari tekanan eksternal yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu biasa (Revis, 2016). Dekubitus adalah kerusakan atau kematian kulit sampai jaringan bawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang akibat adanya penekanan pada sirkulasi darah setempat. Walaupun semua bagian tubuh dapat mengalami dekubitus bagian bawah dari tubuhlah yang terutama beresiko tinggi dan membutuhkan perhatian khusus (Kris, 2015).

Dekubitus adalah tekanan, daya regang, friksi atau gesekan, dan kelembaban. Efek tekanan pada jaringan diatas tulang yang menonjol menyebabkan ikemia dan toksin seluler yang berhubungan dengan oklusi pembuluh darah dan limfatik, sementara efeknya terhadap timbulnya trauma lebih kecil (Jatmiko, 2017).

2.1.2 Klasifikasi Ulkus Dekubitus

1. Stadium I

Adanya tanda yang muncul adalah perubahan temperature kulit telah dingin atau hangat, perubahan konsisten jaringan lebih keras atau lunak, luka mungkin kelihatan sebagai kemerahan yang menetap.

2. Stadium II

Hilangnya sebagai lapisan kulit meliputi epidermis dan dermis atau keduanya, cirinya adalah lukanya melepuh atau membentuk luka yang dangkal.

3. Stadium III

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap meliputi kerusakan dari jaringan subkutan atau lebih dalam.

4. Stadium IV

Hilangnya lapisan kulit secara lengkap dengan kerusakan yang luas, kerusakan pada otot, tulang dan tendon, adanya lubang yang dalam serta saluran sinus juga termasuk dalam stadium iv dari dekubitus.

2.1.3 Etiologi Ulkus Dekubitus

1) Tekanan

Tekanan imobilisasi yang lama mengakibatkan terjadinya dekubitus, kalau salah satu bagian tubuh berada pada suatu gradient (titik perbedaan antara 2 tekanan). jaringan yang lebih dalam dekat tulang, terutama jaringan dengan suplai darah yang baik akan bergeser ke arah gradient yang lebih rendah.

2) Kelembaban

Sementara kulit berada pada permukaan kontak infeksi yang semakin meningkat dengan terdapatnya kelembaban. Keadaan ini menyebabkan peregangan dan unggulusi pembuluh darah., darah yang dalam serta mengalami gaya geser jaringan yang yang dalam ini akan menjadi iskemia dan dapat mengalami nekrosis sebelum berlanjut ke kulit.

3) Gesekan

Faktor terlipatnya kulit akibat gesekan badan dengan alas tempat tidur sehingga seakan – akan kulit tertinggal dari area tubuh lainnya. Pergerakan dari tubuh di atas alat tempatnya berbaring dengan fiksasi kulit terutama terjadi iritasi menyebabkan terjadi lipatan – lipatan kulit terutama terjadi iritasi dapat menarik dan menutup pembuluh – pembuluh darah sehingga menyebabkan dekrosisi. Jaringan akibat lebih terganggunya pembuluh darah kapiler.

2.1.4 Patofisiologi

Tekanan imobilisasi yang lama akan mengakibatkan terjadinya dekubitus, kalau salah satu bagian tubuh berada pada suatu gradient (titik perbedaan antara 2 tekanan) jaringan yang lebih dalam dekat tulang terutama jaringan otot dengan suplai darah yang baik akan bergeser ke daerah yang baik akan bergeser ke arah gradient yang lebih rendah sementara kulit dipertahankan pada permukaan kontak oleh frikti yang semakin meningkat dengan terdapatnya kelembaban ini menyebabkan peregangan dan angkulasi pembuluh darah daerah yang dalam serta mengalami gaya geser jaringan yang dalam ini akan menjadi iskemia dan dapat mengalami nekrosis sebelum berlanjut ke kulit.

2.1.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ulkus dekubitus secara umum dibagi menjadi pencegahan dan pengobatan. Ulkus dekubitus dapat dicegah bila pasien yang berisiko diidentifikasi lebih cepat dan suatu program preventif dilaksanakan. Pencegahan

adalah strategi perawatan yang paling penting dalam penatalaksanaan ulkus dekubitus.

Elemen utama dalam pencegahan ulkus dekubitus adalah meningkatkan pergerakan, mencegah tekanan (tipe posisi), memindahkan tekanan (interval posisi). Dan distribusi tekanan (bantuan posisi). Usaha untuk meningkatkan gerakan memperbaiki gangguan mobilitas dan mencegah komplikasi lebih lanjut, seperti kontaktur. Pergantian posisi berarti mengurangi tekanan dan harus diaplikasikan secara individual, seperti posisi supinasi kombinasi dengan posisi oblik 30° dan 135° pada sisi yang berbeda; anggota gerak dan titik-titik tekana harus bebas dari tekanan. Pasien dan keluarga harus diberikan instruksi dan dilibatkan untuk mencegah risiko timbulnya ulkus dekubitus. Kelembaban yang berasal dari inkontinensial fekal dan urin, perspirasi, atau drainase luka harus diminimalisasi, dan kulit harus dijaga tetap bersih. Pasien, yang duduk dapat memilih bantal yang dapat menghilangkan tekanan berdasarkan kebutuhan spesifik.

Pengobatan meliputi pemberian nutrisi yang adekuat, penanganan nyeri, penggunaan alat-alat pendukung permukaan, perawatan luka, mengobati infeksi, dan pembedahan.

2.2 Tinjauan Teoritis Asuhan Keperawatan Ulkus Dekubitus

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi

penyakit. Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data (Siti Nur Kholifah, 2016).

1. Identitas klien

- a) Nama
- b) Usia
- c) Alamat
- d) Jenis kelamin
- e) Agama
- f) Status

2. Riwayat keperawatan sekarang

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

3. Riwayat Personal dan Keluarga

Riwayat penyakit keluarga perlu ditanyakan karena penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh penyakit – penyakit yang diturunkan seperti : DM, alergi, Hipertensi, Cerebro vascular attack (CVA) \ adalah kondisi yang terjadi ketika terputusnya pasokan aliran darah ke otak akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah, sehingga terjadi kematian sel-sel pada sebagian area di otak. Riwayat penyakit kulit dan prosedur medis yang pernah dialami klien. Hal ini untuk memberikan informasi apakah perubahan pada

kulit merupakan manifestasi dari penyakit sistemik seperti : infeksi kronis, kanker, DM (Amadi, 2018).

4. Riwayat Pengobatan

Apakah klien pernah menggunakan obat- obatan. Yang perlu dikaji perawat yaitu: Kapan pengobatan dimulai, Dosis dan frekuensi, Waktu berakhirnya minum obat (Amadi, 2018).

5. Riwayat Diet

Yang dikaji yaitu berat badan, tinggi badan, pertumbuhan badan dan makanan yang dikonsumsi sehari- hari. Nutrisi yang kurang adekuat menyebabkan kulit mudah terkena lesi dan proses penyembuhan luka yang lama(Amadi, 2018).

6. Status Sosial Ekonomi

Untuk mengidentifikasi faktor lingkungan dan tingkat perekonomian yang dapat mempengaruhi pola hidup sehari- hari, karena hal ini memungkinkan dapat menyebabkan penyakit kulit (Asmadi, 2018).

7. Status nutrisi

Kondisi malnutrisi atau kakesia dan berat badan kurang dari 90 % berat badan ideal lebih esiko terjadinya dekubitus(Asmadi, 2018).

8. Aktivitas Sehari- Hari

Pasien yang imobilisasi dalam waktu yang lama maka bukan terjadi ulkus pada daerah yang menonjol karena berat badan bertumpu pada daerah kecil yang tidak banyak jaringan dibawah kulit untuk menahan kerusakan kulit. Sehingga diperlukan peningkatan latihan rentang gerak dan mengangkat berat badan. Tetapi jika terjadi paraplegi maka akan terjadi kekuatan otot

tidak ada (pada ekstremitas bawah), penurunan peristaltik usus (terjadi konstipasi), nafsu makan menurun dan defisit sensori pada daerah yang paraplegi(Asmadi, 2018).

9. Pengkajian Psikososial

Kemungkinan hasil pemeriksaan psikososial yang tampak pada klien yaitu: Perasaan depresi , Frustrasi , Ansietas/kecemasan ,Keputusasaan (Asmadi, 2018).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin,makan dan aktivitas jasmani.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan destruksi jaringan (pada luka dekubitus).
3. Kerusakan integritas kulit.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel Intervensi

No	Diagnose keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makan dan aktivitas jasmani.	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan criteria hasil : 1. Intek nutrisi adekuat 2. Tidak terjadi keram perut 3. Nafsu makan meningkat 4. Tidak ada luka, inflamasi pada rongga mulut 5. Bising usus dalam batas normal 5-35 x/mnt 6. Berat badan meningkat 7. Tidak ada tanda-tanda Malnutrisi.	1. Mobilisasi kepada keluarga faktor yang dapat menimbulkan mual dan muntah 2. Ajarkan pada klien/keluarga tentang pentingnya kebutuhan nutrisi. 3. Kolaborasi, dengan medis dan ahli gizi untuk : Program terapi, diet, pemeriksaan laborat (albumin, Hb dan Ht), pemberian nutrisi parenteral 4. monitor kulit kering dan perubahan pigmen kulit.	mual dan muntah dapat menurunkan nafsu makan. Pemenuhan nutrisi TKTP Pemeriksaan menilai hasil laborat dalam nilai normal yang mengindikasikan nutrisi klien Kulit tidak kering dan warna sesuai pigmen.
2	Resiko infeksi berhubungan dengan destruksi jaringan (pada luka dekubitus)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama ... x/24 jam tidak terjadi gejala infeksi dengan kriteria hasil : 1. Klien bebas dari tanda-tanda dan gejala infeksi 2. Klien mampu mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penata laksanaannya 3. Klien mempunyai kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit	1. Kaji faktor yang meningkatkan resiko infeksi : lanjut usia, respon imune rendah dan malnutrisi 2. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 3. Ajarkan pada klien/keluarga cara menjaga personal hygiene untuk melindungi tubuh dari infeksi : cara mencuci tangan yang benar 4. Jelaskan kepada klien dan keluarga tanda & gejala	1. Menilai kerentangan individu terhadap infeksi 2. Meminimalkan penyebaran bakteri dari tangan 3. Mengurangi proses penyebaran bakteri dari orang lain termasuk keluarga 4. Tanda dan gejala panas atau demam, kulit kemerahan, muncul pas 5. Dul TKTP dapat menguatkan

		dalam batas normal (5.000-10.000) 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat	infeksi 5. Kolaborasi dengan ahli gizi asupan nutrisi TKTP 6. Pantau tanda & gejala infeksi peningkatan suhu tubuh, nadi, perubahan, kondisi luka, sekresi, penampilan urine, penurunan BB, keletihan malaise 7. pertahankan teknik aseptik pada klien yang beresiko 8. batasi jumlah pengunjung bila diperlukan, dan anjurkan penggunaan APD pada klien 9. kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi sesuai indikasi dan pemeriksaan laboratorium	sistem imune 6. Tidak terjadi tanda-tanda infeksi 7. Menjaga tubuh klien dari paparan bakteri Mengurangi pembawa bakteri dan mikroorganisme lain 8. Pemberian antibiotik untuk mempertahankan daya tahan tubuh
3	Kerusakan integritas kulit	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 24 jam integritas kulit baik dengan kriteria hasil : 1. Integritas kulit dan membran mukosa baik : kulit utuh dan berfungsi dengan baik 2. Regenerasi sel dan jaringan membaik 3. Hipersensitif respon imune terkendali 4. Perfusi jaringan baik 5. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit	1. Identifikasi derajat luka 2. Jelaskan pada klien dan keluarga bahaya pemakaian alat yang dapat meningkatkan kerusakan integritas kulit : bantal pemanas 3. Berikan cairan dan nutrisi yang adekuat sesuai kondisi 4. Lakukan perawatan luka sesuai kondisi	Dapat membedakan jenis perawatan Alat-alat yang dapat menimbulkan kerusakan jaringan kulit harus dihindari Pemenuhan cairan kurang lebih minimal 1500 cc/hari Perawatan luka untuk mencegah infeksi dan

		dan mencegah terjadinya cedera berulang	5. Moilisasi/ubah posisi tidur klien tiap 2 jam sesuai jadwal 6. Jaga kebersihan kulit dan alat tenun klien agar tetap bersih, kering dan terhindar dari lipatan/kerutan	menyediakan Mencegah terjadi ulkus pada bagian yang tertekan Lipatan yang ada pada tubuh dapat menyebabkan lekukan hingga beresiko menyebabkan luka
--	--	---	---	---

2.2.4 Implementasi Keperawatan

No	Diagnosa	Implementasi
1.	Ketidak seimbangan nutri kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin makan dan aktivitas jasmani	1. Anjurkan pada klien / keluarga tentang pentingnya nutrisi 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk program therapy 3. Pantau keadaan kulit kering perubahan pigmen kulit
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan destruksi jaringan (pada luka dekubitus)	1. Kaji yang meningkatkan infeksi kuli 2. Anjurkan klien untuk mencuci tangan susadah atau sebelum 3. Anjurkan pada klie/keluarga tentang personal hyggine 4. Pantau tanda dan gejala infeksi 5. Kolaborasi dalam pemberian terapi sesuai anjuran dokter
3.	Kerusakan integritas kulit	1. Kaji derajat luka klien 2. Hindari pemakaian alat yang meningkatkan kerusakan integritas kulit 3. Anjurkan perawatan luka 4. Anjurkan klien untuk mengubah posisi setiap 2 jam
4.	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan menurunnya sirkulasi darah ke jaringan . Faktor mekanik (tekanan eksterna dan gaya tarikan)	1. Annjurkan pasien menggunakan pakaian longgar 2. Anjurkan pasien tentang memelihara kulit tetap bersih dan kering 3. Pantau kulit klien adanya kemerahan 4. Anjurkan pasien mengoleskan lotion atau baby oil pada daerah yang tertekan 5. Anjurkan pasien\keluarga dengan perawatan luka
5.	Nyeri akut berhubungan dengan destruksi jaringan	1. Pantau loka,durasi,frekuensi pada luka 2. Pantau skala nyeri dan reaksi non verbal

		3. Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik 4. Anjurkan pasien mengubah posisi setiap 2 jam
6.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit (tidak nyaman terhadap luka dekubitus)	1. Anjurkan pasien dengan teknik relaksasi masase 2. Barikan pasien dengan posisi semi powler 3. Kolaborasi pemberian obat analgetik 4. Anjurkan pasien tentang perawatan luka

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara yang berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan kriteria hasil yang ditetapkan (Ida, 2016).

2.3 Konsep Teoritis Keperawatan

2.3.1 Defenisi Integritas Kulit

Luka baring adalah istilah yang digunakan untuk menjelaskan gangguan integritas kulit yang berhubungan dengan tekanan yang lama dan tidak diatasi. Ulkus tekan adalah cedera pada kulit dan jaringan lain yang berada di bawah nya, biasa nya diatas penonjolan tulang, akibat tekanan gaya gesek atau pencukuran.

Kerusakan integritas kulit dapat berasal dari luka karena trauma dan pembedahan, namun juga dapat disebabkan karena tertekannya kulit dalam waktu yang lama menyebabkan iritasi dan akan berkembang menjadi luka tekan atau dekubitus (Mukti, 2019).

2.3.2 Perawatan luka

Perawatan luka dilakukan dengan cara menutup luka dengan balutan basah dan kering. Bagian yang basah dari balutan secara efektif membersihkan luka terinfeksi dari jaringan nekrotik. Kassa lembab dapat mengabsorpsi semua eksudat dan debris luka sehingga terhindar dari resiko infeksi (chofar, 2019).

Pencucian luka merupakan tahapan pertama dalam perawatan luka, yang bertujuan membuang jaringan nekrosis, cairan luka yang berlebih, sisa balutan yang digunakan dan sisa metabolik tubuh pada cairan luka. Mencuci luka dapat meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka, serta menghindari kemungkinan terjadinya infeksi. Tidak ada konsensus mengenai cairan yang dipergunakan untuk membersihkan luka. Cairan normal salin (NaCl 0,9 %) atau air steril sangat direkomendasikan sebagai cairan pembersih luka pada semua jenis luka, karena cairan isotonik, tidak toksik terhadap jaringan, tidak menghambat proses penyembuhan luka, dan tidak menyebabkan reaksi alergi, atau merubah flora bakteri pada kulit. Penggunaan antiseptik dibenarkan apabila zat yang digunakan tidak merusak fibroblast (Gitarja, 2018).

Apabila terdapat jaringan nekrosis seperti eschar dan slough, maka debridement adalah tindakan yang tepat untuk nekrotomy. Jaringan nekrotik akan menghalangi proses penyembuhan luka dan merupakan tempat yang baik untuk pertumbuhan bakteri. Beberapa metode debridement yang dapat dilakukan seperti: mekanikal, surgikal, enzimatik, autolisis, dan biochemical. Autolisis debridement adalah salah satu jenis debridement yang banyak dilakukan saat ini, karena biayanya yang murah, mudah dilakukan, hanya jaringan mati yang terbangun, dan tidak sakit. Peluruhan jaringan nekrotik pada autolisis debridement dilakukan oleh

tubuh sendiri dengan bantuan Proteolytic Enzim. Hal ini dapat terjadi bila luka berada pada keadaan lembab (Gitarja, 2018).

Pemilihan topikal terapi adalah langkah terakhir dalam melakukan perawatan luka. Hal ini penting untuk memperbaiki kerusakan jaringan dan menjaga kelembaban luka. Keberhasilan perawatan luka menjadi baik sangat tergantung kepada kemampuan dalam memilih balutan yang tepat, efektif, dan efisien (Gitarja, 2018).