

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes mellitus (DM) merupakan golongan penyakit metabolik yang dicirikan dengan kadar glukosa dalam darah meningkat, yang disebabkan oleh gangguan sekresi insulin, penggunaan insulin atau keduanya (ADA, 2008). Diabetes mellitus (DM) umumnya dikenal sebagai kencing manis. Diabetes mellitus adalah penyakit yang ditandai dengan hiperglikemia (peningkatan kadar gula darah) yang terus menerus dan bervariasi, terutama setelah makan. Diabetes mellitus merupakan keadaan hiperglikemia kronik disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal, yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, dan pembuluh darah (Herlena, 2014).

Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) tahun 2006 menyatakan, seseorang didiagnosa menderita DM jika memiliki kadar glukosa darah sewaktu >200 mg/dl dan kadar glukosa darah puasa >126 mg/dl. Manifestasi klinis DM yang sangat khas adalah frekuensi berkemih (poliuria) yang meningkat, rasa haus berlebihan (polidipsia), rasa lapar yang semakin besar (polifagia), keluhan lelah dan mengantuk, serta menurunnya berat badan (Price & Wilson, 2005).

Diabetes mellitus termasuk penyakit yang paling banyak diderita oleh penduduk di seluruh dunia dan merupakan urutan ke empat dari prioritas

penelitian nasional untuk penyakit degeneratif. Prevalensi Diabetes Mellitus pada populasi dewasa di seluruh dunia diperkirakan akan meningkat sebesar 35% dalam dua dasawarsa dan menjangkit 300 juta orang dewasa pada tahun 2025. Bagian terbesar peningkatan angka pravalensi ini akan terjadi di negara-negara berkembang (WHO, 2011)

Penyakit diabetes jika tidak dikelola dengan baik akan dapat mengakibatkan terjadinya berbagai penyakit menahun, pada penderita DM kronis menimbulkan komplikasi yaitu gangguan fungsi ginjal mulai dari kebocoran protein hingga gagal ginjal, pandangan buram atau penurunan penglihatan serta perubahan pembuluh darah dan saraf yang dapat menimbulkan kesemutan pada jari tangan dan kaki, pada penderita DM juga menyebabkan penyakit jantung koroner dan stroke, karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah jantung atau otak (Soegondo, Soewondo & Subekti, 2005).

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Dalam jaringan otak, kurangnya aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak. Kematian jaringan otak dapat menyebabkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan itu. Aliran darah yang berhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak berhenti, sehingga sebagian otak tidak bisa berfungsi sebagaimana mestinya (Nabyl, 2012).

WHO (2010) mendefinisikan stroke adalah manifestasi klinis dari gangguan

fungsi otak, baik fokal maupun global (menyeluruh), yang berlangsung cepat, berlangsung lebih dari 24 jam atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler.

Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan/atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik atau menit). Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian, selain menyebabkan kematian stroke juga akan mengakibatkan dampak untuk kehidupan. Dampak stroke diantaranya, ingatan jadi terganggu dan terjadi penurunan daya ingat, menurunkan kualitas hidup penderita juga kehidupan keluarga dan orang-orang di sekelilingnya, mengalami penurunan kualitas hidup yang lebih drastis, kecacatan fisik maupun mental pada usia produktif dan usia lanjut dan kematian dalam waktu singkat (Junaidi, 2011).

Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan kecacatan terutama kelumpuhan anggota gerak sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008). Kecacatan akibat stroke berpengaruh terhadap lamanya pasien di rawat di rumah sakit dan memungkinkan timbulnya luka tekan sebesar 67% pada pasien rawat inap jangka pendek, sedangkan kemungkinan munculnya luka tekan pada perawatan jangka panjang yaitu 92% dalam waktu 3 bulan sebesar. Luka tekan dapat terjadi dalam waktu 3 hari sejak terpaparnya kulit akan tekanan (Vanderwee et al, 2006).

Luka tekan (*Decubitus*) adalah kerusakan jaringan akibat adanya penekanan antara jaringan lunak tipis dengan daerah tulang menonjol pada

permukaan yang keras, dalam jangka waktu yang panjang dan terus menerus (tempat tidur/ kursi roda). Luka tekan merupakan kerusakan terlokalisir pada bagian kulit dan/atau jaringan di bawahnya sebagai akibat dari tekanan atau tekanan bersamaan dengan robekan yang biasanya pada daerah tulang yang menonjol (*National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2012*).

Luka tekan menghambat oksigen menuju jaringan yang mengakibatkan berkurangnya sirkulasi ke jaringan kulit membuat metabolisme seluler terganggu sehingga menyebabkan iskemi jaringan yang dapat mengakibatkan nekrosis (Crisp & Taylor, 2006). Hal ini dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti penurunan mobilitas, aktivitas yang berkurang, dan penurunan sensori persepsi sebagai faktor dimensi tekanan. Sedangkan dari dimensi toleransi jaringan terdiri dari faktor intrinsik (rendahnya nutrisi, usia tua, tekanan arteriolar yang rendah dan faktor ekstrinsik (kelembaban yang tinggi, gesekan) (Ayelo & Lyder, 2008). Prevalensi luka tekan di Amerika Serikat tersebar luas di semua perawatan dengan perkiraan 10% sampai 18% dalam perawatan akut, 2.3 % sampai 28% dalam perawatan jangka panjang, dan 0% sampai 29% dalam perawatan di rumah (*Decubitus Ulcer Help and Info, 2013*).

Luka tekan beresiko tinggi pada orang-orang yang mengalami kerusakan saraf seperti pada pasien stroke dan pasien old stroke. Pasien old stroke yang mengalami hemiplegi akan menyebabkan pasien bedrest total dan semua aktivitas dibantu oleh keluarga. Hemiplegi juga mengakibatkan berkurangnya mobilisasi pasien yang mana hal ini dapat menyebabkan luka tekan. Luka tekan juga dapat dipengaruhi oleh adanya riwayat diabetes karena kulit kering

yang dapat menimbulkan luka dan proses penyembuhan luka pada pasien dan membutuhkan waktu yang lama (Rahmadiliyani, 2008)

Secara psikologis luka tekan berdampak pada kualitas hidup dari pasien tersebut dan mempengaruhi fungsi peran sosialnya dengan masyarakat sekelilingnya (Spilsbury et al, 2007). Sedangkan secara ekonomi, menurut penelitian Defloor (2007), luka tekan merupakan penyakit termahal ke empat di negara Belanda. Dengan adanya luka tekan khususnya pada pasien dirawat, akan berdampak pada hari rawat yang lebih lama dan biaya rawat yang berbanding lurus meningkat (Lewis, 2007).

Evidence Based Practice mengenai pencegahan luka tekan (Joanna Briggs, 1997) ditemukan 4 rekomendasi untuk pencegahan luka tekan yakni pengkajian kulit, pembebasan tekanan, penggunaan alat bantu, dan perbaikan kualitas. Hampir senada dengan rekomendasi Joanna Briggs, *National Pressure Ulcers Advisory Panel (NPUAP-EPUAP) 2009* menetapkan 6 (enam) dimensi pencegahan dan penatalaksanaan luka tekan yang terdiri dari : pengkajian resiko, pengkajian kulit, nutrisi, pengaturan posisi, penggunaan alat penyanggah, dan populasi khusus. Pengaturan posisi merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan yang sangat tidak asing dan ditetapkan dalam rangka pencegahan luka tekan khususnya pada pasien-pasien dengan imobilisasi. Imobilisasi merupakan manifestasi yang paling sering ditemukan pada pasien dengan gangguan neurologis seperti stroke, salah satunya adanya gangguan fungsi motorik.

Tindakan pencegahan luka tekan pada pasien stroke harus dilakukan sedini mungkin dan terus menerus. Pemberian posisi yang benar sangatlah penting dengan sasaran utama pemeliharaan integritas kulit yang dapat mengurangi tekanan, membantu kesejajaran tubuh yang baik, dan mencegah neuropati kompresif (Smeltzer & Bare, 2008). Saat pasien diposisikan miring sampai dengan 90 derajat, akan menimbulkan kerusakan suplai oksigen yang dramatis pada area trokanter dibandingkan dengan pasien yang diposisikan yang hanya diposisikan miring 30 derajat. Posisi kepala tempat tidur ditinggikan sampai dengan 30 derajat dan posisi badan pasien dimiringkan sebesar 30 derajat dapat disanggah dengan bantal busa. Posisi ini terbukti menjaga pasien terbebas dari penekanan pada area trokanter dan sacral (Moore,2011). Perubahan posisi yang tepat dan berkesinambungan dapat mencegah terjadinya luka tekan, perubahan posisi bertujuan untuk mendistribusikan tekanan dan meningkatkan kenyamanan. Dari penelitian Benhart, et al (2008) menemukan bahwa kegiatan pemberian posisi miring 30 derajat berpengaruh secara signifikan dalam menurunkan kejadian luka tekan (Tarihoran 2010).

Pengaturan posisi miring 30 derajat memiliki tekanan yang paling minimal dibandingkan posisi dengan derajat kemiringan lainnya. Tekanan yang minimal ini akan memperlambat terjadinya perkembangan luka tekan. Intervensi keperawatan berupa perubahan posisi tersebut merupakan intervensi atau bentuk terapi keperawatan yang sangat penting pada pasien-pasien stroke terkait dengan kondisi imobilisasi mereka. Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat kepada pasien stroke dengan hambatan mobilitas fisik diantaranya adalah dengan latihan mobilisasi, tirah baring setiap 2 jam sekali

tindakan ini sangat efektif untuk mencegah terjadinya luka tekan dan kekakuan pada otot.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dan old stroke dengan penerapan pemberian posisi lateral 30 derajat untuk mencegah luka tekan di ruang *Interne Pria* RSUP DR. M. Djamil Padang.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari tulisan ilmiah ini adalah :

a. Manajemen asuhan keperawatan

- 1) Melaksanakan pengkajian yang komprehensif pada diabetes mellitus dan old stroke dengan pemberian posisi lateral 30 derajat
- 2) Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien diabetes mellitus dan old stroke dengan posisi lateral 30 derajat
- 3) Membuat perencanaan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dan old stroke dengan posisi lateral 30 derajat
- 4) Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien diabetes mellitus dan old stroke dengan posisi lateral 30 derajat
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien diabetes mellitus dan old stroke dengan posisi lateral 30 derajat

b. *Evidence Based Nursing* (EBN)

Menerapkan EBN pemberian posisi lateral 30 derajat untuk mengurangi luka tekan pada pasien diabetes mellitus dan old stroke

C. Manfaat Penulisan

1. Bagi profesi keperawatan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam upaya memberikan asuhan pada pasien dengan diabetes mellitus dan old stroke dengan pemberian posisi lateral 30 derajat untuk mencegah terjadinya luka tekan

2. Bagi institusi rumah sakit

Dapat memberikan masukan bagi bidang keperawatan umumnya dan para tenaga perawat di *Interne Pria* RSUP Dr. M. Djamil Padang, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dan old stroke dengan melihat keefektifan pemberian posisi lateral 30 derajat untuk mencegah terjadinya luka tekan

3. Bagi institusi pendidikan

Dapat memberikan referensi tentang asuhan keperawatan pada pasien old stroke dengan implementasi pemberian posisi lateral 30 derajat untuk mencegah terjadinya luka tekan