

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Konsep Stroke

1) Pengertian Stroke

Stroke terjadi akibat penyumbatan mendadak pada arteri yang disebabkan oleh gumpalan darah atau penyempitan, yang menghalangi aliran darah ke otak. Kondisi ini dapat menyerang siapa saja kapan saja. Menurut definisinya, stroke adalah suatu sindrom yang ditandai dengan tanda dan gejala neurologis klinis yang bersifat fokal atau global, berkembang dengan cepat, menyebabkan gangguan fungsi otak, dengan gejala yang berlangsung lebih dari 24 jam atau berakibat fatal, tanpa penyebab lain selain vaskular. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan di seluruh dunia dan penyebab kematian kedua secara global. Sekitar dua pertiga kasus stroke terjadi di negara-negara berkembang. Di masyarakat Barat, 80% kasus merupakan stroke iskemik dan 20% merupakan stroke hemoragik. Insiden stroke meningkat seiring bertambahnya usia (Dwi, 2023).

Stroke adalah kondisi yang ditandai dengan hilangnya fungsi saraf secara tiba-tiba akibat terganggunya aliran darah (perfusi) di pembuluh darah otak. Secara umum, stroke diklasifikasikan menjadi dua jenis: stroke iskemik dan stroke hemoragik (perdarahan). Stroke iskemik disebabkan oleh penyumbatan pada pembuluh darah otak, yang memiliki prevalensi tertinggi sebesar 88% dari seluruh kasus stroke, sedangkan sisanya adalah stroke hemoragik yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Gangguan aliran darah otak menyebabkan berbagai gejala klinis, seperti kesulitan berjalan, berbicara, dan menggerakkan anggota tubuh; kelemahan otot wajah; sakit kepala; gangguan kognitif; gangguan penglihatan; gangguan sensorik; dan hilangnya kontrol motorik. Hal ini sering kali bermanifestasi sebagai disfungsi motorik, khususnya hemiplegia (kelumpuhan pada satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan pada satu sisi tubuh) (Eva Lim Theresa, Deni Susyanti, 2022).

Stroke adalah gangguan atau kelainan berupa gejala neurologis (saraf) fokal mendadak akibat kerusakan jaringan otak yang berasal dari pembuluh darah. Stroke akibat gangguan pada pembuluh darah otak dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik (disebabkan oleh penyumbatan atau oklusi pembuluh darah) dan stroke hemoragik (disebabkan oleh pecahnya atau pecahnya pembuluh darah) (Lee, 2018).

Stroke atau *Cerebrovascular Accident* (CVA) merupakan sindrom yang berkembang secara tiba-tiba dan cepat dengan munculnya gejala defisit neurologis non-epilepsi yang melibatkan pembuluh darah di otak, retina atau sumsum tulang belakang (Williams, Perry. & Watkins, 2020).

Dari berbagai pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa stroke adalah sindrom yang muncul secara tiba-tiba dan cepat, ditandai dengan gejala defisit neurologi fokal atau global (bukan akibat epilepsi), yang disebabkan oleh gangguan vaskular pada pembuluh darah otak, retina, atau sumsum tulang belakang. Kondisi ini mengakibatkan hilangnya fungsi saraf secara mendadak karena penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah, yang menghambat aliran darah (perfusi) ke otak, dengan gejala berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian tanpa penyebab non-vaskular.

2) **Klasifikasi Stroke**

Stroke hemoragik terbagi atas dua jenis yaitu stroke subarachnoid hemorrhage (SAH), intracerebral hemorrhage (ICH), dan intraventrikular hemorrhage (IVH) (Morrison, 2018):

a. Subarachnoid Hemorrhage

85% penyebab SAH yaitu pecahnya aneurisma serebral. Aneurisma adalah lemahnya segmen dinding pembuluh darah arteri yang menggelembung (seperti balon). Seiring berjalan waktu dan ditambah adanya hipertensi, dinding aneurisma menjadi meregang hingga pecah. Pecahnya pembuluh darah ini menyebabkan terkumpulnya darah ruang subarachnoid. aSAH adalah istilah yang merujuk pada SAH yang disebabkan oleh aneurisma. Tekanan akibat adanya pengeluaran darah akibat pecahnya aneurisma menyebabkan gejala nyeri kepala hebat. Penyebab lain dari SAH yaitu sepsis, antikoagulan, dan trauma. Banyaknya jumlah darah

subarachnoid dapat memblokir atau menghalangi sirkulasi darah cairan serebrospinal (CSS) yang menyebabkan hidrosefalus. Hal ini terjadi kemudian selama pemulihan dan dapat muncul sebagai demensia yang progresif. Jika gejala ini muncul lebih awal menandakan darah subarachnoid berhubungan dengan vasospasme serebral. Vasospasme serebral terjadi akibat arteri-arteri serebral di ruang subarachnoid dikelilingi oleh darah yang mengiritasi dinding arteri otot sehingga mengakibatkan spasme.

b. Intracerebral Hemorrhage

Intracerebral hemorrhage (ICH) disebut juga dengan *intraparenchymal hemorrhage* (IPH). ICH penyebabnya adalah pecahnya pembuluh darah arteri yang melepaskan darah secara langsung ke jaringan otak yang disebut dengan hematoma otak. Hipertensi merupakan faktor risiko utama ICH. Sebanyak 50% kasus ICH akibat hipertensi terjadi pada bangsal ganglia, dan 33% ICH hipertensive terjadi di hemisfer otak. Faktor risiko lain penggunaan antikoagulasi (golongan obat penghambat pembekuan darah), merokok, konsumsi alkohol, penggunaan kokain atau amfetamin, tumor ganas, malformasi arterivena. Insiden mortalitas (kematian) dalam 30 hari sebesar 34%-50% dan lebih banyak terjadi pada klien yang datang dalam keadaan penurunan kesadaran (koma).

c. Intraventrikular Hemorrhage (IVH)

Perdarahan di ventrikel biasanya terjadi sekunder akibat dari SAH atau ICH, sedangkan IVH primer terjadi umumnya akibat trauma pada kepala/otak. Perdarahan pada ventrikel ini dapat menghambat aliran cairan serebrospinal (CSS) ke sistem pembuluh darah vena sehingga CSS tertahan di sistem ventrikel dan kemudian dapat berkembang menjadi hidrosefalus.

3) Faktor Resiko Stroke

Faktor risiko stroke hemoragik:

a. Usia

Orang yang berusia lebih dari 55 tahun rentan mengalami stroke hemoragik akibat penyakit yang terjadi pada pembuluh-pembuluh darah kecil. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor degenerasi pada otot media dan otot polos

arteriolar, nekrosis fibrinoid dari subendotelium dengan micro-aneurisma dan dilatasi fokal. Lokasi perdarahan berhubungan dengan penyakit yang dialami pada pembuluh darah seperti pecahnya pembuluh darah akibat hipertensi atau penyakit degenerative lain seperti cerebral amyloid angiopathy (CAA).

b. Faktor Genetik atau Riwayat Penyakit dalam Keluarga

Keluarga dengan riwayat stroke hemoragik mewariskan fenotipe dan pola autosomal dominan yang meningkatkan risiko gangguan atau penyakit pembuluh darah otak.

c. Etnis/Ras

Penelitian menemukan perbedaan kejadian stroke hemoragik pada orang dengan ras yang berbeda. Studi epidemiologi menunjukkan angka kejadian stroke hemoragik pada orang berkulit hitam yaitu 48, per 100.000 orang, sedangkan pada orang berkulit putih yaitu 26,6 per 100.000 orang. Perbedaan ras/etnik menyebabkan orang berkulit hitam lebih berisiko mengalami perdarahan di otak. Sementara pada orang Asia risiko perdarahan serebral berhubungan dengan perbedaan biologis, sosial-ekonomi, dan geografis pada risiko dan manajemen hipertensi.

d. Jenis kelamin

Beberapa studi menemukan insiden stroke hemoragik lebih banyak terjadi pada pria dibandingkan wanita. Hal ini dapat dihubungkan dengan efek biologis yang dipengaruhi oleh genetik, hormon, dan proses metabolik.

e. Hipertensi

Tekanan darah yang tinggi berkontribusi terjadinya stroke hemoragik yang spontan. Penelitian menunjukkan bahwa orang dengan hipertensi berisiko dua kali lipat mengalami perdarahan serebral dan kekambuhan.

f. Konsumsi alkohol

Orang yang memiliki kebiasaan minum alkohol berisiko lebih tinggi mengalami perdarahan serebral, dan sebaliknya.

Selain faktor-faktor yang disebutkan di atas, terdapat faktor risiko lain yang dapat menyebabkan stroke hemoragik yaitu (Ganaw, Shaikh, Shalik, & Marcus, 2022):

a. Kebiasaan merokok

Merokok dapat menyebabkan disfungsi vascular dan terbentuknya aneurisma serebral. Kebiasaan merokok juga berhubungan dengan kejadian hipertensi yang menjadi faktor risiko terjadinya stroke hemoragik.

b. Konsumsi obat-obatan terlarang dan Marijuana

Penggunaan obat-obatan seperti Cocain dan Amphetamin berisiko menyebabkan aneurisma serebral yang mengakibatkan stroke hemoragik. Cocain meningkatkan tekanan darah sehingga meningkatkan risiko stroke hemoragik. Kokain juga menyebabkan vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah) di serebral dan meningkatkan tekanan intraluminal, sehingga terbentuknya aneurisma yang kemudian menjadi rupture. Marijuana atau ganja menyebabkan sindrom vasokonstriksi serebral yang menyebabkan iskemia serebral dan perdarahan sub arachnoid.

c. Penggunaan kontrasepsi oral dan terapi pengganti hormonal

Penggunaan kontrasepsi yang mengandung estrogen tinggi dengan dosis tinggi dapat menyebabkan hipertensi dan meningkatkan risiko mengalami perdarahan serebral.

d. Diabetes mellitus (DM)

DM tipe I atau DM dengan resisten insulin menyebabkan disfungsi endothelial dan meningkatkan stress oksidatif sehingga meningkatkan risiko terbentuknya aneurisma serebral.

4) Manifestasi Klinis Stroke

Penyakit stroke dapat menimbulkan beberapa tanda gejala bagi penderitanya. Tanda gejala yang timbul pada pasien stroke tergantung pada bagian otak yang mengalami masalah atau gangguan. Jika ada gangguan pada pembuluh darah otak yang memberikan darah ke lobus frontal dan parietal, itu akan menyebabkan gejala seperti kelemahan anggota badan dan gangguan pengecapan. Gejala pusing, juga dikenal sebagai vertigo, serta dapat muncul sebagai akibat dari stroke yang menyerang otak kecil. beberapa tanda gejala yang muncul pada penderita stroke adalah sebagai berikut (Joyo Minardo et al., 2025):

1. Kelumpuhan anggota Gerak

Kelumpuhan anggota Gerak merupakan ketidakmampuan anggota ekstremitas pada tubuh untuk bisa melakukan pergerakan serta hilangnya kekuatan tonus otot. Kelumpuhan anggota Gerak ini biasanya terjadi pada ekstremitas atas dan juga ekstremitas bawah pada satu sisi tubuh yaitu sebelah kanan maupun sebelah kiri. Kelemahan ekstremitas atau anggota Gerak ini bertolak belakang dengan sisi kerusakan yang terjadi pada otak. Jika gangguan pada sirkulasi darah ke otak bagian kanan yang terganggu maka masalah kelemahan atau kelumpuhan ekstremitas terjadi di sisi sebelah kiri begitu juga sebaliknya, jika yang mengalami gangguan sirkulasi darah adalah otak sebelah kiri maka ekstremitas kanan yang akan mengalami kelumpuhan serta gangguan mobilitas. Kelumpuhan ekstremitas pada pasien stroke dapat menyebabkan ketidakmampuan mobilitas pasien sehingga tidak mampu untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Hal sederhana yang biasa dikeluhkan adalah ketidakmampuan saat menggunakan sandal, mengancingkan baju serta melakukan aktivitas mandiri lainnya. Kelemahan anggota Gerak tentunya akan menimbulkan masalah dalam kemampuan aktivitas pasien stroke. Beberapa penelitian juga mendukung bahwa salah satu tanda gejala anggota stroke ialah kelumpuhan anggota Gerak, ketidakmampuan merasakan sensasi pada wajah, ekstremitas atas pada salah satu bagian atau pada kedua bagian ekstremitas atas (Jessyca & Sasmita, 2021). Perubahan kemampuan anggota Gerak serta tanda gejala yang menghambat proses mobilitas yang jika tidak diatasi serta dilakukan terapi secara tepat dapat menjadi suatu kecacatan yang bersifat permanen (Joyo Minardo et al., 2025)

2. Wajah perot

Kesimetrisan wajah pada pasien yang mengalami stroke bisa mengalami perubahan, bagian wajah pada satu sisi akan mengalami perubahan posisi yang cenderung lebih rendah dari pada posisi wajah pada sisi lainnya atau biasa dikenal dengan istilah face dropping. Sisi wajah yang mengalami perubahan posisi disebabkan oleh adanya masalah pada saraf otak ke-7 atau saraf fasialis yang berfungsi sebagai pengendali pergerakan

wajah, pengecapan serta produksi air mata. Tanda gejala face dropping ini dapat terjadi bersamaan dengan tanda dan gejala lainnya atau tanpa gejala lainnya. Penilaian face dropping ini dapat dilakukan dengan cara meminta pasien untuk tersenyum sehingga nanti akan terlihat dengan jelas ketidaksimetrisan pada senyum pasien (Joyo Minardo et al., 2025)

3. Gangguan Bicara

Pasien stroke sering mengalami gangguan bicara atau ketidakmampuan berbicara (afasia). Kondisi-kondisi ini umumnya disebabkan oleh kelumpuhan saraf kranial ke-12 atau kerusakan pada lobus frontotemporal otak. Berikan pertanyaan sederhana terkait identitas pasien serta perhatikan pasien saat menjawab pertanyaan apakah suara terdengar jelas atau kalimat yang diucapkan terdengar pelo atau tidak jelas artikulasinya. Jika pasien tiba-tiba mengalami kesulitan berbicara maka dapat dipastikan bahwa kemungkinan pasien mengalami serangan stroke. Meminta pasien untuk menjulurkan lidah juga termasuk kedalam pemeriksaan tanda gejala stroke, karena saat mengalami serangan lidah akan cenderung miring kesisi yang mengalami kelumpuhan (Joyo Minardo et al., 2025)

4. Pusing berputar

Perasaan seperti berputar hingga menyebabkan rasa mual dan pada akhirnya bisa menyebabkan muntah merupakan manifestasi klinis stroke yang bisa terjadi. Hal ini bisa terjadi karena adanya masalah pada pusat keseimbangan otak atau pada area cerebellum yang mengakibatkan rasa pusing berputar atau biasa disebut sebagai vertigo. Namun gejala vertigo ini juga perlu dipastikan pada tenaga kesehatan untuk ditegakan diagnosa, karena bisa jadi bukan tanda gejala stroke (Joyo Minardo et al., 2025)

5. Nyeri kepala

Keluhan umum yang sering dijumpai adalah adalah nyeri kepala. Berdasarkan persentase kejadian nyeri kepala, didapatkan lebih dari 95% kasus nyeri kepala disebabkan karena adanya ketegangan otot serta bersifat primer dan 5% kejadian nyeri kepala diakibatkan oleh penyakit lain atau disebut penyakit sekunder dan salah satu penyakit tersebut ialah stroke.

Karakteristik nyeri kepala akibat adanya serangan stroke ialah nyeri kepala yang timbulnya mendadak dengan rasa nyeri yang berat serta disertai dengan tanda gejala lain yang mengarah kepada manifestasi stroke (Joyo Minardo et al., 2025)

6. Penurunan kesadaran

Penurunan kesadaran merupakan salah satu gejala stroke yang perlu diperhatikan terutama jika seseorang mengalami penurunan kesadaran yang terjadi secara tiba-tiba, sehingga perlu untuk segera dibawa ke rumah sakit sehingga bisa dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya untuk menegakan diagnosa stroke secara tepat. Namun, perlu diperhatikan bahwa tidak semua penurunan kesadaran merupakan Kasus stroke. Kasus lain seperti gangguan ketidakseimbangan kadar glukosa darah, dan gangguan elektrolit juga bisa menyebabkan penurunan kesadaran. Sehingga diperlukan data penunjang lainnya yang berkaitan dengan stroke untuk memperkuat diagnosa stroke (Joyo Minardo et al., 2025)

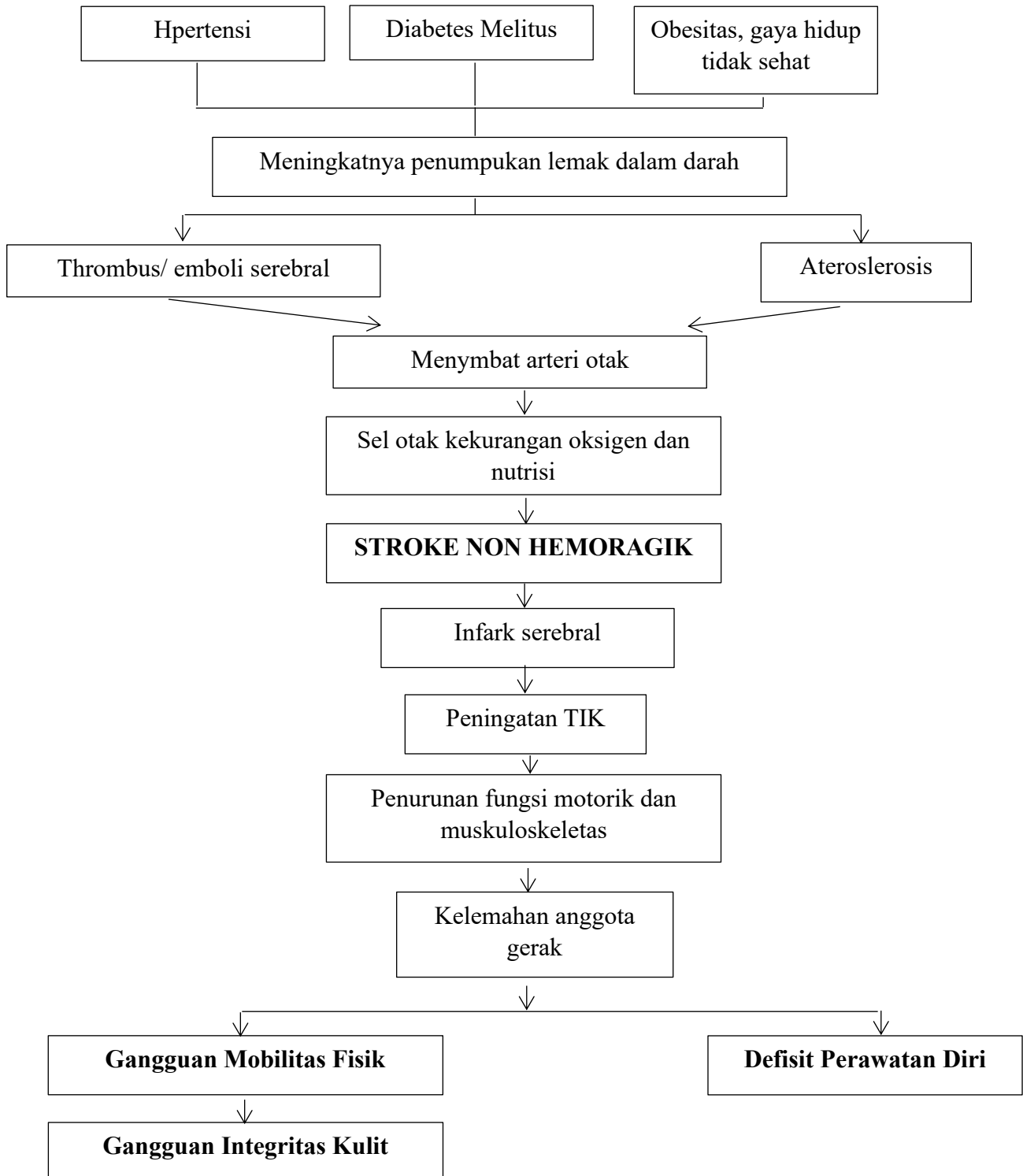
7. Gejala lain

Sebagian besar gejala stroke bergantung pada bagian otak yang terkena. Stroke adalah penyakit yang tiba-tiba. Seseorang yang sebelumnya sehat dan tiba-tiba mengalami gejala neurologis mungkin menduga bahwa ia sedang mengalami stroke, kecuali terbukti sebaliknya. hal ini termasuk perubahan tingkah laku, penurunan penglihatan, gangguan bidang pandang, dan kesulitan menelan (Joyo Minardo et al., 2025)

5) Pathway Stroke

Bagan 2.1

Pathway Stroke Non Hemoragik



Sumber : (Tim Pokja SDKI 2016; Maria 2021)

6) Patofisiologi Stroke

Stroke iskemik dan hemoragik memiliki mekanisme patofisiologi yang berbeda, seperti stres oksidatif dan inflamasi; di antara mekanisme paling penting lainnya pada stroke iskemik adalah overload kalsium dan eksitotoksitas. Pada stroke iskemik, penurunan atau penghentian aliran darah menyebabkan hipoksia dan deplesi energi seluler, memicu kaskade eksitotoksik melalui pelepasan glutamat berlebihan, influx kalsium intraseluler, dan aktivasi enzim proteolitik yang mengakibatkan kematian sel neuronal. Sementara itu, stroke hemoragik terjadi akibat ruptur pembuluh darah yang menyebabkan perdarahan intraserebral atau subaraknoid, menghasilkan efek massa, peningkatan tekanan intrakranial, dan kerusakan jaringan sekunder karena degradasi darah dan respons inflamasi lokal (Irawan et al., 2025).

Patofisiologi stroke pada dewasa muda memiliki beberapa perbedaan dibandingkan dengan lansia. Pada lansia, aterosklerosis dan penyakit kecil pembuluh darah merupakan penyebab utama stroke iskemik. Sebaliknya, pada dewasa muda, mekanisme lain seperti diseksi arteri, emboli kardiogenik akibat kelainan jantung bawaan (misalnya foramen ovale paten), dan kondisi hiperkoagulabilitas lebih sering ditemukan. Diseksi arteri, yang melibatkan robekan pada dinding arteri, adalah penyebab umum stroke iskemik pada dewasa muda dan sering kali terkait dengan trauma minor atau spontan. Selain itu, faktor genetik dan lingkungan memainkan peran penting dalam patofisiologi stroke pada dewasa muda. Misalnya, mutasi genetik tertentu dapat meningkatkan risiko trombotik, sementara gaya hidup seperti merokok, penggunaan obat-obat terlarang, dan pola makan yang tidak sehat dapat berkontribusi pada perkembangan kondisi yang memicu stroke. Perbedaan ini menekankan perlunya pendekatan diagnostik dan terapeutik yang disesuaikan dengan usia pasien (Simanullang et al., 2025).

7) Penatalaksanaan Stroke

Terapi yang digunakan tergantung pada tipe stroke. Pada terapi stroke iskemik umumnya menggunakan obat. Terdapat dua terapi obat yang biasa digunakan pada stroke iskemik yakni (Rinnelya Agustien et al., 2025):

1. Antitrombotik, yang berfungsi untuk mencegah pembentukan gumpalan darah yang dapat tersangkut di arteri otak dan menyebabkan stroke. Kelompok obat ini mencakup obat antiplatelet dan antikoagulan, yang juga disebut pengencer darah. Obat ini membantu menghentikan sel dan faktor lain dalam darah agar tidak saling menempel dan membentuk bekuan darah.
2. Trombolitik, yang berfungsi mengobati stroke dengan melarutkan pembekuan darah yang menghambat aliran darah ke otak.. Obat yang paling umum digunakan untuk terapi trombolitik disebut aktivator trombolastin (tPA), tetapi obat lain juga dapat melakukan hal yang sama. Memulai pengobatan dengan t-PA dalam waktu tiga jam memiliki prognosa yang baik pada stroke iskemik.

Sedangkan pada stroke hemoragik memerlukan pembedahan atau prosedur lain untuk menghentikan pendarahan dan meringankan tekanan pada otak yang disebabkan oleh kelebihan cairan (Rinnelya Agustien et al., 2025).

8) Pemeriksaan Penunjang Stroke

Pemeriksaan untuk pasien stroke adalah:

1. Pemeriksaan laboratorium; tes darah dilakukan untuk mengetahui sel darah putih, kadar gula darah, infeksi dalam darah, elektrolit darah dan kecepatan pembekuan darah.
2. CT Scan, untuk mendeteksi tanda tanda perdarahan di otak.
3. MRI, untuk mengetahui gambaran lebih detail jaringan otak yang mengalami kerusakan.
4. Elektrokardiografi, untuk mengetahui gangguan irama pada jantung.
5. USG Doppler karotis, untuk mengetahui penumpukan lemak (plak) dan kondisi aliran darah pada arteri karotis.
6. Echokardiografi, digunakan untuk mendeteksi penurunan fungsi pompa jantung serta sumber gumpalan darah di dalam jantung (Rinnelya Agustien et al., 2025).

2.2 Konsep Dasar Dermatitis

2.2.1 Konsep Dermatitis

1) Pengertian Dermatitis

Kulit adalah organ terbesar dan paling terlihat pada tubuh manusia. Oleh karena itu, gangguan kulit dapat memicu emosi negatif seperti kemarahan, frustrasi, depresi, dan kecemasan, terutama pada pasien dengan dermatitis. Dermatitis adalah peradangan kulit yang ditandai dengan kemerahan (eritema), nyeri, atau gatal (pruritus). Kondisi ini dapat bersifat akut atau kronis. Berbagai faktor endogen (internal) dan eksogen (eksternal) dapat memicu respons peradangan pada kulit. Respons awal kulit terhadap faktor pemicu meliputi kemerahan, pembentukan vesikel, pengelupasan, dan gatal. Pada dermatitis kronis, iritasi jangka panjang dapat menyebabkan kulit menebal, menjadi kasar, dan menggelap. Berbagai faktor endogen dan eksogen dapat memicu respons peradangan pada kulit (Cahyati yanti, 2022).

Dermatitis kronis adalah kondisi peradangan kulit yang berlangsung lama dan sering kali kambuh. Kondisi ini tidak hanya menyebabkan ketidaknyamanan fisik seperti gatal, ruam, dan kulit pecah-pecah, tetapi juga dapat mempengaruhi aspek psikologis penderitanya. Rasa tidak nyaman yang terus-menerus bisa mengganggu tidur, aktivitas sehari-hari, dan bahkan menurunkan rasa percaya diri.

Selain itu, dermatitis kronis seringkali memerlukan perawatan yang berkelanjutan dan penyesuaian gaya hidup untuk menghindari pemicu yang dapat memperburuk gejala. Semua faktor ini secara signifikan dapat menyebabkan gangguan kualitas hidup bagi penderitanya yang memerlukan perhatian medis yang tepat dan dukungan dari lingkungan sekitar.

2) Etiologi Dermatitis

Etiologi dermatitis menurut Hussain (2017) dalam Sinta, (2022) antara lain:

1. Dermatitis kontak iritan

Penyebab dermatitis kontak iritan biasanya pada bahan yang bersifat iritan, misalnya bahan pelarut, deterjen, minyak pelumas, asam alkali, larutan garam konsentrat, plastic berat molekul atau bahan kimia.

2. Dermatitis Kontak Alergen

Kontak-kontak dermatitis alergen biasanya disebabkan oleh zat-zat alergen, seperti obat-obatan, makanan laut (seafood), debu, bulu hewan, serta mainan bola.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa dermatitis kontak erat hubungannya dengan: personal hygiene salah satunya mencuci tangan, memiliki riwayat alergi, dan memiliki riwayat penyakit kulit (Eka Ogestin, 2018; Pratiwi et al., 2022; Yurandi et al., 2021).

3. Dermatitis Atopik

Dermatitis atopik disebabkan oleh interaksi kompleks antara faktor genetik dan lingkungan. Salah satu penyebabnya adalah kerusakan pada lapisan pelindung kulit, yang membuat kulit lebih rentan terhadap iritasi akibat sabun, udara, suhu, dan pemicu nonspesifik lainnya.

3) Penatalaksanaan Dermatitis

Pada dasarnya, penanganan yang tepat mencakup identifikasi penyebab, memberikan saran kepada pasien tentang cara menghindarinya, memberikan pengobatan yang disesuaikan dengan stadium penyakit, serta melindungi kulit.

1. Pencegahan merupakan langkah penting dalam menangani dermatitis kontak iritan dan dermatitis kontak alergi; misalnya, beralih dari sarung tangan karet ke sarung tangan plastik serta memilih deterjen yang aman.

2. Pengobatan

- a. Pengobatan topikal, obat-obatan topikal diberikan sesuai dengan prinsip-prinsip umum pengobatan dermatitis, yaitu terapi basah (kompres terbuka) untuk lesi yang mengeluarkan cairan dan terapi

kering untuk lesi kering. Semakin akut kondisinya, semakin rendah konsentrasi bahan aktifnya. Pada tahap akut: kompres; tahap subakut: losion; lesi yang mengeluarkan cairan: kompres; lesi kering superfisial: bedak, krim, atau pasta; lesi kering dalam: salep.

- b. Pengobatan sistemik, ditujukan untuk mengontrol rasa gatal dan edema, juga pada kasus-kasus sedang dan berat pada keadaan akut atau kronik. Jenis-jenisnya adalah:
 - a) Antihistamin, dimaksudkan untuk menimbulkan efek menenangkan.
 - b) Kortikosteroid, diberikan untuk kasus sedang hingga berat melalui mulut (oral), intramuscular atau intravena. Pilihan terbaik adalah prednison dan prednisolon.
 - c) Siklosporin, digunakan untuk menghambat fungsi sel T penolong serta produksi sitokin.

Murlistyarini dkk (2018) mengatakan, penatalaksanaan penyakit dermatitis Kontak alergi ada 3 macam, yaitu:

1. Prinsip terapi

Terapi etiologikdermatitik kontak alergi adalah mengeliminasi alergen kontak, Pasien harus diberikan Informasi yang adekuat tentang identitas agen penyebab dan sumber sensitizer. Substansi yang memungkinkan cross reaction harus segera diidentifikasi.

2. Terapi medikamentosa

Kortikosteroid topical digunakan untuk lesi stadium akut dengan pemilihan vehikulum dan potensi yang disesuaikan dengan kondisi lesi pada kulit.

3. Memberikan edukasi terapi non medikamentosa kepada pasien tentang bahan iritan penyebab dan cara untuk meminimalisir atau menghindari bahan penyebab.

4) Komplikasi Dermatitis

Dermatitis adalah peradangan kulit yang dapat berkembang menjadi berbagai jenis, seperti dermatitis atopik (eksem), kontak, atau seboroik. Komplikasi utamanya meliputi infeksi risiko sekunder, kerusakan kondisi kronis, dan dampak psikologis. Berikut adalah komplikasi umum berdasarkan jenis dermatitis, didukung oleh literatur medis terkini:

1. Infeksi Sekunder : Kulit yang rusak akibat dermatitis rentan terhadap bakteri (misalnya *Staphylococcus aureus*, menyebabkan impetigo atau selulitis), virus (seperti herpes simplex, yang dapat menyebabkan eksim herpetikum), atau jamur. Ini sering terjadi pada dermatitis atopik, di mana risiko infeksi meningkat hingga 30-50% pada kasus berat.
2. Kronifikasi dan Lichenifikasi : Dermatitis kronis dapat menyebabkan penebalan kulit (lichenifikasi), pruritus berat, dan siklus garukan yang menyebabkan peradangan. Pada dermatitis atopik, ini dapat berkembang menjadi eksim kronis yang sulit diobati.
3. Komplikasi Sistemik : Pada dermatitis atopik, ada risiko "march atopik" (progresi ke asma, rinitis alergi, atau alergi makanan). Juga, risiko infeksi sistemik seperti sepsis jika infeksi kulit tidak teratasi.
4. Dampak Psikologis dan Kualitas Hidup : Pruritus kronis dapat menyebabkan insomnia, kecemasan, depresi, atau gangguan sosial, terutama pada anak-anak dan remaja.
5. Komplikasi Spesifik untuk Jenis Tertentu : Dermatitis kontak dapat menyebabkan alergi silang atau reaksi sistemik jika alergen tertelan. Dermatitis seboroik pada bayi dapat berkembang menjadi cradle cap yang kronis.

2.3. Konsep Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman

1) Pengertian Rasa Aman dan Nyaman

Kebutuhan akan rasa aman mendorong seseorang untuk mencari ketenangan pikiran, kepastian, dan keteraturan di lingkungannya. Sementara itu, kebutuhan akan kenyamanan muncul dari tidak adanya atau minimnya ketidaknyamanan fisik, yang menandakan bahwa kebutuhan dasar manusia telah

terpenuhi. Kebutuhan akan rasa aman dan kenyamanan bersifat holistik, yang mencakup empat aspek: fisik, sosial, psikospiritual, dan lingkungan. (Lismayanti & Saputra, 2025).

2) Klasifikasi Rasa Aman dan Nyaman

a. Keselamatan fisik

Mempertahankan keselamatan fisik berarti mengurangi atau menghilangkan ancaman terhadap tubuh atau kehidupan. Ancaman tersebut bisa berupa penyakit, kecelakaan, bahaya, atau paparan lingkungan berisiko. Saat sakit, klien rentan terhadap komplikasi seperti infeksi, sehingga bergantung pada kesehatan profesional untuk perlindungan. Pemenuhan kebutuhan keselamatan fisik sering kali menjadi prioritas utama sebelum kebutuhan fisiologis. Misalnya, perawat mungkin perlu melindungi klien yang disorientasi dari risiko jatuh dari tempat tidur sebelum memenuhi kebutuhan nutrisi.

b. Keselamatan psikologis

Agar merasa aman secara psikologis, seseorang perlu memahami harapan orang lain, seperti anggota keluarga dan tenaga kesehatan. Mereka juga harus mengetahui apa yang akan dihadapi dalam prosedur baru, pengalaman yang belum pernah dialami sebelumnya, serta berbagai hal di lingkungan sekitarnya. Setiap orang sering merasa terancam terhadap keamanan psikologisnya saat menghadapi sesuatu yang baru atau asing. Orang dewasa yang sehat umumnya dapat memenuhi kebutuhan keamanan fisik dan psikologisnya secara mandiri tanpa bantuan tenaga kesehatan. Namun, orang yang sakit lebih rentan terhadap ancaman terhadap kesejahteraan fisik dan emosional mereka, sehingga perawat memberikan intervensi untuk melindungi mereka dari bahaya.

c. Lingkup kebutuhan keselamatan atau keamanan

Lingkungan klien meliputi semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi atau berdampak pada kehidupan serta kelangsungan hidup klien.

1. Kebutuhan Fisiologi

Mencakup kebutuhan oksigen, cairan, nutrisi, suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat, dan aktivitas seksual.

2. Kebutuhan Psikososial

Meliputi faktor-faktor yang mengancam konsep diri seseorang, seperti citra diri, ideal diri, harga diri, peran diri, dan identitas diri. Faktor ini dipengaruhi oleh tingkat perkembangan dan kematangan, budaya, sumber eksternal serta internal (mis. coping individu yang efektif dan dukungan masyarakat atau status sosial ekonomi yang baik), konsep diri terhadap kesuksesan dan kegagalan, stressor, usia, keadaan sakit, dan trauma.

3. Lingkungan

Ancaman terhadap keselamatan atau keamanan dapat terjadi di mana saja seperti di rumah atau di rumah sakit dan dapat mencakup mikroorganisme, paparan cahaya berlebihan, gangguan, cedera, kesalahan prosedur, serta peralatan medis.

d. Faktor yang mempengaruhi rasa aman nyaman

1. Emosi

Kecemasan, depresi, dan kemarahan

2. Status mobilisasi

Keterbatasan aktivitas, kelumpuhan, kelemahan otot, serta penurunan kesadaran meningkatkan risiko cedera

3. Gangguan Persepsi Sensori

Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan berbahaya, seperti gangguan persepsi dan penglihatan

4. Keadaan Imunitas

Gangguan imunitas menurunkan daya tahan, sehingga mudah terserang penyakit

5. Tingkat Kesadaran

Pada pasien koma, respon terhadap rangsangan menurun, kelumpuhan, disorientasi, dan kurang tidur.

6. Informasi atau Komunikasi

Gangguan komunikasi seperti afasia atau tidak dapat membaca dapat menyebabkan kecelakaan.

7. Gangguan Tingkat Pengetahuan

Kurangnya pengetahuan memungkinkan gangguan keselamatan dan keamanan diprediksi sebelumnya.

8. Penggunaan Antibiotik yang tidak Rasional

Dapat menyebabkan resistensi dan syok anafilaktik.

9. Status Gizi

Kekurangan nutrisi menyebabkan kelemahan dan rentan penyakit, kelebihan gizi juga berisiko terhadap penyakit tertentu.

10. Usia

perkembangan pada anak-anak dan lansia memengaruhi respons terhadap nyeri.

11. Jenis Kelamin

Pria dan wanita secara umum tidak berbeda signifikan dalam merespons nyeri dan tingkat kenyamanan.

12. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri serta tingkat kenyamanan mereka.

2.4 Konsep Perawatan Luka

1. Konsep luka

a. Defenisi Luka

Luka adalah kerusakan pada jaringan kulit yang disebabkan oleh sumber panas (seperti bahan kimia, udara panas, api, radiasi, atau listrik), prosedur medis, atau perubahan kondisi fisiologis. Luka mengganggu fungsi tubuh dan struktur anatomi. Ketika terjadi luka, muncul beberapa dampak, antara lain: hilangnya fungsi organ secara total atau sebagian, respons stres simpatis, perdarahan dan pembekuan darah, kontaminasi bakteri, serta kematian sel (Harun et al., 2024).

b. Proses penyembuhan luka

Penyembuhan luka adalah proses yang kompleks yang memerlukan strategi pengobatan yang berbeda-beda untuk berbagai jenis luka. Proses ini

melibatkan perbaikan jaringan kulit atau organ lain setelah terjadi cedera. Terdapat tiga fase penyembuhan luka, yaitu fase inflamasi, fase proliferasi atau fibroplasia, dan fase remodelling atau maturasi (Naziyah et al., 2022).

- a) Fase inflamasi terjadi segera setelah cedera hingga hari kelima. Fase ini melibatkan kontraksi dan penyempitan pembuluh darah yang rusak, disertai dengan hemostasis berupa agregasi trombosit dan jaringan fibrin untuk menggumpalkan darah dan mencegah perdarahan. Agregat trombosit melepaskan sitokin dan faktor pertumbuhan seperti TGF β 1 sebagai mediator inflamasi. Angiogenesis terjadi saat sel endotel membentuk pembuluh darah baru di sekitar luka. Ciri khas fase ini meliputi tumor (pembengkakan), rubor (kemerahan), dolor (nyeri), calor (panas), dan functio laesa (gangguan fungsi) (Naziyah et al., 2022).
- b) Fase proliferasi atau fibroplasia berlangsung selama tiga minggu dan juga dikenal sebagai fase granulasi karena terbentuknya jaringan granulasi yang baru, berwarna merah, dan berkilau. Jaringan granulasi terdiri dari fibroblas, sel-sel inflamasi, pembuluh darah baru, fibronektin, dan asam hialuronat. Fibroblas berkembang biak dan memproduksi kolagen untuk menyatukan tepi-tepi luka. Matriks fibrin digantikan oleh jaringan granulasi yang mengandung fibroblas, makrofag, dan sel endotel. Fibroblas menghasilkan matriks ekstraseluler sebagai komponen utama bekas luka, yang memungkinkan keratinosit bermigrasi dan mengisi luka. Makrofag menghasilkan faktor pertumbuhan yang merangsang proliferasi, migrasi, dan pembentukan matriks oleh fibroblas. Selanjutnya, epitelisasi terjadi melalui migrasi keratinosit dari jaringan di sekitarnya untuk menutupi permukaan luka (Naziyah et al., 2022).
- c) Fase remodelling atau maturasi berlangsung selama beberapa minggu hingga dua tahun dan bertujuan untuk memulihkan struktur jaringan normal. Gejala peradangan mereda, sel-sel inflamasi diserap kembali, sel-sel muda menjadi matang, dan jaringan baru menutup serta diserap kembali. Kolagen baru terbentuk, membentuk kembali luka dan meningkatkan kekuatan jaringan (kekuatan tarik). Terjadi remodeling

kolagen, jaringan parut yang matang terbentuk, dan tercapai keseimbangan antara sintesis dan degradasi kolagen. Proses penyembuhan luka berakhir dengan pembentukan jaringan parut, yang memiliki 50–80% kekuatan jaringan asli (Naziyah et al., 2022).

Penyembuhan luka adalah proses yang kompleks yang memerlukan strategi pengobatan yang berbeda-beda untuk berbagai jenis luka. Proses ini melibatkan perbaikan jaringan kulit atau organ lain setelah terjadi cedera. Terdapat tiga fase utama: fase inflamasi, fase proliferasi (fibroplastik), dan fase remodeling (pematangan) (Wintoko & Yadika, 2020).

- a) **Vascular response:** Dalam hitungan detik setelah luka terjadi (terlepas dari jenisnya), tubuh merespons dengan menyempitkan pembuluh darah (vasokonstriksi) untuk menghentikan pendarahan dan mengurangi paparan bakteri. Pada saat yang sama, protein membentuk jaringan fibrosa yang menutupi luka. Saat trombosit dan protein menutup luka, permukaannya menjadi lengket dan lembap, membentuk fibrin. Setelah 10–30 menit, pembuluh darah melebar akibat serotonin yang dilepaskan oleh trombosit. Plasma darah mengalir ke luka untuk melawan toksin mikroba, mengantarkan oksigen dan nutrisi untuk penyembuhan, serta mengirimkan fagosit untuk melawan bakteri dan kerusakan jaringan (Marina et al., 2025).
- b) **Inflamasi:** Daerah yang terluka menjadi hangat dan memerah akibat proses fagositosis. Fase ini berlangsung selama 4–6 hari setelah cedera, dengan tujuan membatasi dampak bakteri melalui penetrasi toksin serta mencegah penyebarannya.
- c) **Proliferasi/resolusi:** Pembentukan kolagen, angiogenesis (pembentukan pembuluh darah baru), proliferasi sel, dan kontraksi luka. Fase ini biasanya berakhir setelah 2 minggu, tetapi proses yang lambat ini berlanjut hingga 1–2 tahun. Fibroblas mensintesis kolagen dan menghasilkan sel-sel baru. Fibroblas juga memicu kontraksi luka; jika hal ini tidak terjadi, hal itu dapat menyebabkan kematian sel (Marina et al., 2025).

- d) Maturasi/rekonstruksi: Fase terakhir proses penyembuhan melibatkan remodeling jaringan parut. Fase ini biasanya berlangsung selama satu tahun atau lebih setelah luka menutup. Selama fase ini, fibrin mengalami reorganisasi, pembuluh darah menghilang, dan struktur jaringan menjadi lebih kuat melalui sintesis dan degradasi kolagen (Marina et al., 2025).
- c. Jenis luka
- a) Luka akut: Luka yang sembuh dalam jangka waktu normal sesuai dengan prinsip-prinsip penyembuhan yang diakui.
 - b) Luka kronis: Luka yang gagal sembuh akibat gangguan proses penyembuhan, disebabkan oleh faktor eksogen (dari luar) dan endogen (dari dalam tubuh).
- d. Faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka
- a) Usia : Luka pada anak-anak dan orang dewasa sembuh lebih cepat daripada pada lansia. Lansia sering kali menderita penyakit kronis, dan penurunan fungsi hati dapat mengganggu sintesis faktor pembekuan darah (Marina et al., 2025).
 - b) Nutrisi : Proses penyembuhan luka meningkatkan kebutuhan nutrisi tubuh. Pasien memerlukan pola makan yang kaya akan protein, karbohidrat, lemak, vitamin C dan A, serta mineral seperti zat besi (Fe) dan seng (Zn). Pasien yang mengalami malnutrisi membutuhkan waktu untuk memperbaiki status gizi mereka setelah operasi. Pasien yang mengalami obesitas berisiko mengalami infeksi luka dan penyembuhan yang lambat akibat aliran darah yang tidak memadai ke jaringan lemak (Marina et al., 2025).
 - c) Infeksi : Pada individu yang mengalami obesitas, proses penyembuhan berlangsung lambat karena jaringan lemak sulit untuk terintegrasi, rentan terhadap infeksi, dan membutuhkan waktu lama untuk sembuh. Aliran darah terganggu pada pasien dengan penyakit pembuluh darah perifer, hipertensi, atau diabetes mellitus. Oksigenasi jaringan berkurang pada pasien dengan anemia, gangguan pernapasan kronis, atau perokok. (Marina et al., 2025). Volume darah yang rendah

menyebabkan vasokonstriksi, sehingga mengurangi ketersediaan oksigen dan nutrisi untuk proses penyembuhan.

- d) Hematom : Hematoma adalah gumpalan darah. Pada luka, darah biasanya secara bertahap diserap oleh tubuh ke dalam aliran darah. Namun, gumpalan darah yang besar membutuhkan waktu lama untuk diserap, sehingga menghambat proses penyembuhan luka (Marina et al., 2025).
- e) Benda asing : Benda asing seperti pasir atau mikroorganisme menyebabkan terbentuknya abses hingga akhirnya dikeluarkan. Abses terdiri dari serum, fibrin, jaringan mati, dan leukosit (sel darah putih), yang menghasilkan cairan kental yang disebut nanah. (Marina et al., 2025).

2. Konsep perawatan luka

a. Definisi perawatan luka

Perawatan luka adalah prosedur penting yang dilakukan ketika seseorang mengalami luka atau cedera kulit. Tujuannya adalah untuk mencegah infeksi serta masuknya kuman dan bakteri. Perawatan luka melibatkan dua teknik dasar: teknik steril dan teknik bersih.

Teknik steril melibatkan penggunaan peralatan dan bahan yang telah disterilkan secara menyeluruh, sehingga terjamin bebas dari bakteri atau partikel virus. Teknik bersih menggunakan peralatan atau bahan yang tidak memerlukan penanganan seketat instrumen steril; peralatan dan bahan tersebut cukup dibersihkan dengan alkohol tanpa harus dimasukkan terlebih dahulu ke dalam autoklaf (alat sterilisasi medis). (Marina et al., 2025).

b. Tujuan perawatan luka

Tujuan utama perawatan luka adalah mencegah infeksi, menghindari kerusakan lebih lanjut pada kulit/jaringan, mengurangi atau menghilangkan rasa sakit, membersihkan luka dari nanah serta sel kulit mati, serta mempercepat penutupan luka (Marina et al., 2025).

- a) Rubor (kemerahan): Rubor atau kemerahan dapat terjadi pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan warna kemerahan.
 - b) Kalor (panas): Rasa panas pada area infeksi terjadi karena tubuh meningkatkan aliran darah ke sana guna mengirim lebih banyak antibodi untuk melawan antigen atau penyebab infeksi.
 - c) Tumor (bengkak): Pembengkakan pada area infeksi disebabkan oleh peningkatan permeabilitas sel dan aliran darah yang lebih banyak (bukan sel kanker seperti pengertian umum).
 - d) Dolor (nyeri): Nyeri pada area infeksi yang timbul karena sel yang terinfeksi melepaskan zat-zat tertentu yang memicu rasa sakit.
 - e) Keluar cairan kehijauan berbau tidak sedap dari luka: Cairan hijau berbau tidak sedap (nanah) merupakan tanda infeksi luka.
- c. Prosedur Perawatan Luka

Prosedur perawatan luka bisa berbeda-beda, tetapi secara umum tahapan yang dilakukan (Marina et al., 2025), meliputi:

- a) Mencuci tangan 6 langkah menggunakan sabun atau hand sanitizer
- b) Membuka kasa dan plester secara perlahan, atau dengan membasahi plester terlebih dahulu menggunakan larutan normal saline agar mudah dilepas
- c) Membuang kasa yang lama ke kantong plastik
- d) Mengobservasi luka dengan melihat dan merabanya untuk melihat apakah keluar nanah, ada nyeri, tanda-tanda infeksi, atau jaringan yang mati

2.5 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1) Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada pasien dengan luka dermatitis merupakan langkah awal yang sistematis dan komprehensif untuk mengumpulkan data klinis mengenai kondisi luka dan faktor-faktor yang memengaruhi penyembuhannya. Pengkajian meliputi data subjektif dari pasien dan keluarga terkait keluhan, riwayat luka, perawatan sebelumnya, serta kebiasaan merawat kaki. Data objektif mencakup lokasi luka, ukuran, kedalaman, warna jaringan (granulasi atau nekrotik), kondisi tepi luka, eksudat, bau, dan tanda-tanda infeksi, serta penilaian kondisi saraf dan sirkulasi di area sekitar luka, misalnya adanya mati rasa, kesemutan, atau perubahan suhu dan warna kulit. Aspek sistemik pasien, seperti kontrol gula darah, status nutrisi, dan penyakit penyerta, juga dievaluasi karena memengaruhi kemampuan penyembuhan jaringan. Data yang diperoleh dianalisis untuk menentukan prioritas perawatan, menyusun intervensi yang tepat, dan memantau respons pasien terhadap tindakan keperawatan. Dengan pengkajian yang menyeluruh, perawat dapat memberikan asuhan yang aman, efektif, dan berbasis bukti, sehingga mempercepat penyembuhan dan mencegah komplikasi luka dermatitis (Ana Nistiandani, Mulia Hakam, Jon Haffan Sutawardana, Nur Widayati, Siswoyo, 2023).

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data secara sistematis dapat membantu menentukan kondisi kesehatan dan kebutuhan perawatan pasien, serta mengidentifikasi kelebihan dan kebutuhan pasien melalui riwayat medis, pemeriksaan fisik, tes laboratorium, dan penilaian lainnya.

b. Identifikasi klien

Hal ini biasanya mencakup nama, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan diagnosis medis.

c. Identifikasi penanggung jawab

Biasanya meliputi nama, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

d. Keluhan Utama

Keluhan sangat bervariasi, terlebih jika terdapat penyakit sekunder yang menyertai. Keluhan bisa berupa mengeluh tidak nyaman pada luka di kakinya, rasa terbakar, atau nyeri saat berjalan atau menyentuh luka. Nyeri dapat bersifat kontinu atau timbul saat bergerak, tergantung tingkat kerusakan jaringan dan adanya infeksi. Luka pada kaki atau ekstremitas bawah tidak kunjung menutup, meskipun sudah dilakukan perawatan rutin.

e. Riwayat kesehatan dahulu

a) Riwayat Diabetes Mellitus (DM)

Lama menderita DM (misal: 5–10 tahun), jenis pengobatan DM: oral, insulin, atau kombinasi, riwayat kontrol gula darah, HbA1c terakhir, kepatuhan terhadap terapi, komplikasi DM sebelumnya, seperti neuropati, retinopati, atau nefropati

b) Riwayat Luka atau Ulkus Sebelumnya

Pernah mengalami luka kaki, cedera, atau ulkus diabetikum sebelumnya, lama penyembuhan luka terdahulu, intervensi yang pernah dilakukan (balutan, antibiotik, perawatan di klinik/rumah sakit).

c) Riwayat Infeksi atau Gangguan Sirkulasi

Infeksi kulit berulang atau infeksi kaki sebelumnya, riwayat penyakit pembuluh darah perifer atau gangguan sirkulasi.

d) Riwayat Penyakit Penyerta (Komorbid)

Hipertensi, atau penyakit lain yang memengaruhi penyembuhan luka

3) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga adalah informasi mengenai kondisi kesehatan anggota keluarga pasien, yang digunakan untuk menilai faktor risiko genetik atau keturunan terhadap penyakit tertentu, termasuk diabetes mellitus dan komplikasinya.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kondisi Umum dan Tanda-Tanda Vital

Keadaan umum terlihat lemas, terutama jika luka sudah lama atau infeksi kronis, kesadaran umumnya pasien sadar, kondisi luka ulkus diabetikum biasanya berada di jari kaki, telapak, atau tumit, Pasien dengan ulkus diabetikum membutuhkan pemantauan kondisi umum dan

TTV secara sistematis, karena perubahan kecil pada suhu, denyut nadi, tekanan darah, atau status nutrisi dapat menjadi tanda awal komplikasi

b) Pemeriksaan Wajah dan Mata

Pemeriksaan wajah pada pasien ulkus diabetikum memberikan informasi tambahan tentang nyeri, stres, komplikasi sistemik, dan status hidrasi, yang penting untuk perencanaan asuhan keperawatan secara holistik. Pemeriksaan Mulut dan Faring Ulserasi dan pendarahan pada mulut, bau nafas seperti amonia, dan cegukan

c) Pemeriksaan Leher Terdapat pembengkakan pada pembuluh darah vena

d) Pemeriksaan Abdomen

Inspeksi: Melihat bentuk dan kontur abdomen: normal, buncit, atau asimetris, memeriksa tanda distensi, adanya bekas operasi, atau perubahan kulit, misalnya striae atau tanda infeksi, menilai warna kulit: pucat (anemia), ikterik (gangguan hati). Auskultasi: mendengar bunyi usus untuk menilai motilitas, bunyi usus normal menunjukkan fungsi pencernaan baik; peristaltik lemah atau berlebihan dapat menjadi tanda komplikasi metabolik atau infeksi sistemik. Perkusi: menilai adanya peningkatan cairan (ascites) atau massa di perut. Palpasi: Menilai nyeri tekan, ketegangan otot, atau massa.

e) System Perkemihan

Riwayat Eliminasi: Frekuensi buang air kecil, urgensi, nyeri saat berkemih (disuria), warna urine (kuning pucat, keruh, atau berdarah), adanya inkontinensia atau kesulitan mengosongkan kandung kemih, keluhan poliuria atau nocturia yang berhubungan dengan kontrol gula darah.

f) Pemeriksaan Integument

menilai kondisi kulit dan jaringan di sekitar luka, termasuk lokasi, ukuran, kedalaman, warna, tepi, dasar luka, dan adanya eksudat. Selain itu, dilakukan palpasi untuk menilai temperatur, tekstur, nyeri tekan, dan adanya edema. Pemeriksaan ini membantu mendeteksi infeksi ditandai dengan kemerahan, panas, pembengkakan, atau bau tidak

sedap. Pemeriksaan ini membantu mendeteksi infeksi ditandai dengan kemerahan, panas, pembengkakan, atau bau tidak sedap.

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang aktual maupun potensial. Diagnosis ini bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien baik individu, keluarga, maupun komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan.. (PPNI, 2017) .

Pada kasus ini, digunakan diagnosis risiko dengan metode penulisan dua bagian atau (Two Part Format). Diagnosis yang dipilih adalah gangguan integritas jaringan *berhubungan dengan* perubahan sirkulasi dibuktikan dengan pasien mengatakan ada luka di telapak kaki kiri sejak 3 bulan yang lalu, terdapat luka ulkus diabetikum pada telapak kaki kiri pasien dengan ukuran grade 2 warna luka kemerahan, lukanya tidak berbau.

3) Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Hidayatus et all, 2023).

Standar asuhan keperawatan mempunyai 3 komponen utama yaitu diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan luaran. Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (PPNI, 2022). Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Intervensi asuhan keperawatan untuk mengatasi gangguan integritas jaringan pada pasien Tn. T disusun berdasarkan table sebagai berikut:

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)	Rasional
(1)	(2)	(3)	(4)
Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 2 hari maka diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Tekstur membaik	Perawatan Luka (I.14564) Observasi - Memonitor karakteristik luka (drinase, warna, ukuran, bau) - Memonitor tanda-tanda infeksi Terapeutik - melepaskan balutan dan plester secara perlahan - Membersihkan dengan NaCl - Membersihkan jaringan nekrotik - Memasang balutan sesuai dengan jeins luka - Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Edukasi	

		<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotik 	
<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan Mobilitas Fisik Meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ekstremitas Pergerakan meningkat 2. Kekuatan otot meningkat <p>Rentang gerak sendi (ROM) meningkat</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173) :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan -Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi -Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) -Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 	

		<p>-Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>-Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>-Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>- Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sis tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	
<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109) berhubungan dengan Kelemahan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan Perawatan Diri Meningkat (L.11103) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan 	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348) :</p> <p>Observasi</p> <p>-Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>-Memonitor tingkat kemandirian</p> <p>-Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p>	

	<p>pakaian meningkat</p> <p>3. Kemampuan makan meningkat</p> <p>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>6. Minat melakukan perawatan diri meningkat</p>	<p>Terapeutik</p> <p>-Menyediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>-Menyiapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>-Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>-Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>-Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>-Menjadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>- Meganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	
--	--	---	--

4) Implementasi Keperawatan

Implementasi asuhan keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana yang telah disusun dalam pelayanan praktik keperawatan. Perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan, termasuk tindakan mandiri dan kolaboratif (Suryati dkk., 2025). Sehingga penyusunan rencana keperawatan, perlu mempertimbangkan keadegunaan dalam implementasi dengan memperhatikan beberapa aspek penting: Membantu pasien memenuhi kebutuhan dasar, melakukan intervensi keperawatan yang bersifat observasi, terapeutik, memberikan pendidikan kesehatan dan kolaborasi dengan ahli medis dan tim praktisi kesehatan yang lainnya pada pelayanan keperawatan medikal bedah, mengelola asuhan keperawatan, melakukan dokumentasi keperawatan yang akurat dan komprehensif dengan penulisan kalimat implementasi sebagai kalimat kerja aktif.

5) Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses pembunuhan yang berfungsi sebagai penilaian intelektual untuk mengukur sejauh mana diagnosis kematian, rencana, dan implementasi telah tercapai. Tahap ini memungkinkan perawat memantau serta mengidentifikasi kesalahan potensial selama pengkajian, analisis, perencanaan, dan pelaksanaan (Elisa et al., 2021). Evaluasi meliputi perbandingan data yang dikumpulkan dengan hasil yang diharapkan, serta pengambilan keputusan untuk melanjutkan, memodifikasi, atau menghentikan rencana penyelamatan. Komponen evaluasi mencakup Subjektif, Objektif, Assessment, dan Planning (SOAP) (Prastiwi et al., 2023).