

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep teori penyakit

1. Pengertian

Ulkus merupakan luka terbuka yang terdapat dipermukaan kulit dan *ulkus* merupakan kematian jaringan yang luas dengan disertai *invasive* kuman *saprofit*. Kuman *saprofit* merupakan menyebabkan *ulkus* berbau, *ulkus diabetikum* juga merupakan salah satu gejala klinik dan perjalanan penyakit dengan *neuropati* perifer (andyagreeni,2010).

Ulkus diabetikum adalah komplikasi kronik dari *diabetes militus* sebagai penyebab utama dari *morbiditas* dan *mortalitas*, serta keadaan cacat pada penderita *diabetes militus*. Kadar LDL yang tinggi sebagai peran penting dari terjadinya *ulkus diabetikum* melalui pembentukan plak *atherosclerosis* di dinding pembuluh darah (Zaidah,2005)

Ulkus diabetikum merupakan kerusakan sebagian atau keseluruhan pada kulit yang dapat meluas hingga ke jaringan dibawah kulit, tendon,otot, tulang atau persendian yang terjadi pada individu yang menderita penyakit DM, penyebab dari kondisi ini adalah terjadinya peningkatan kadar gula darah yang tinggi. (Tarwoto,2016)

Gambar 2.1
Ulkus diabetikum



Sumber: <http://www.wenxinwang.ie/images/research/r5.png>

2. Etiologi

Faktor-faktor yang berpengaruh atas terjadinya *ulkus diabetikum* dibagi menjadi faktor endogen dan eksogen:

- a. Faktor endogen: *genetik metabolik, angiopati diabetik, neuropati diabetik*
- b. Faktor eksogen: trauma, infeksi, obat

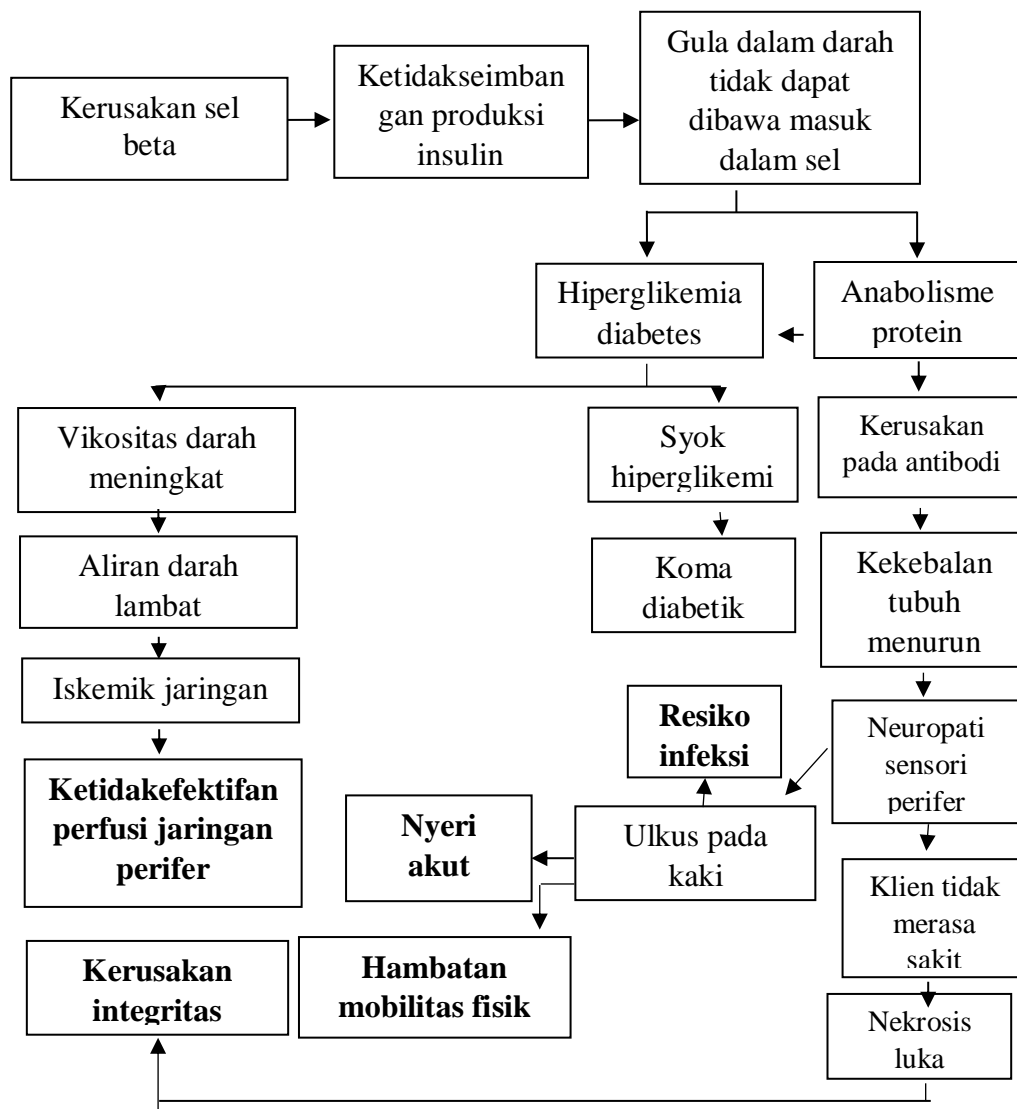
Faktor utama yang berperan pada timbulnya *ulkus diabetikum* adalah *angiopati, neuropati, dan infeksi*. Adanya *neuropati* perifer akan menyebabkan hilang atau menurunnya sensasi nyeri pada kaki, sehingga akan mengalami trauma tanpa terasa yang mengakibatkan terjadinya *ulkus* pada kaki gangguan motorik juga akan mengakibatkan terjadinya *atrofi* pada otot kaki sehingga merubah titik tumpu yang menyebabkan *ulcerasi* pada kaki klien. Apabila sumbatan darah terjadi pada pembuluh darah yang lebih besar maka penderita akan merasa sakit pada tungkainya setelah ia berjalan pada jarak tertentu. Adanya *angiopati* tersebut akan menyebabkan terjadinya penurunan asupan nutrisi, oksigen serta *antibiotika* sehingga menyebabkan terjadinya luka yang sukar sembuh. (Levin 2001, Wijaya & Putri, 2013)

3. Patofisiologi

Proses terjadinya *ulkus diabetikum* diawali adanya *hiperglikemia* pada penyandang *diabetes* menyebabkan kelainan *neuropati* dan kelainan pembuluh darah. baik neuropati sensorik maupun motorik dan autonomik mengakibatkan berbagai perubahan pada kulit dan otot kemudian menyebabkan terjadinya perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki dan selanjutnya akan mempermudah terjadinya *ulkus*. Faktor aliran darah yang kurang juga akan lebih lanjut menambah rumitnya pengelolaan *ulkus diabetikum*. proses awal pembentukan *ulkus* berhubungan dengan *hiperglikemia* yang berakibat pada saraf *perifer, kolagen, keratin* dan suplai *vaskuler*.

adanya tekanan mekanik terbentuk keratin keras di daerah kaki mengalami beban terbesar. *Neuropati sensori perifer* kemungkinan terjadi trauma berulang berakibat terjadi kerusakan jaringan area kalus. kemudian terbentuk kavitas yang membesar dan akhirnya *ruptur* sampai permukaan kulit yang menimbulkan *ulkus*. Adanya *iskemia* dan penyembuhan luka abnormal menghalangi resolusi. *Mikroorganisme* yang masuk mengadakan kolonisasi didaerah ini sebagai konsekuensi sistem imun yang abnormal, bakteri sulit dibersihkan dan infeksi menyebar ke jaringan sekitarnya. (Nurarif & Kusuma, 2015)

Diagram 2.1
Patofisiologi ulkus diabetikum



(Sumber :Nurarif & Kusuma, 2015;188)

4. Klasifikasi ulkus diabetikum

Tabel 2.1
Klasifikasi ulkus DM Berdasarkan sistem Wagner

Tingkat	Lesi
0	Kulit intak/utuh, tidak terdapat lesi terbuka, mungkin hanya <i>deformitas</i> dan <i>selulitis</i>
1	<i>Ulkus diabetik superfisialis</i>
2	<i>Ulkus</i> meluas mengenai ligament, tendon, kapsul sendi atau dalam tanpa abses atau <i>osteomileitis</i>
3	<i>Ulkus</i> dalam dengan abses, <i>osteomielitis</i> atau infeksi sendi
4	Ganggren setempat pada bagian depan kaki, tumit atau 1-2 jari kaki
5	Ganggren luas meliputi seluruh kaki

Sumber: Frykberg (2002), waspadji (2006) dalam Ernawati (2013)

5. Manifestasi klinis

Adanya penyakit *diabetes* ini pada awalnya seringkali tidak di rasakan dan tidak di sadari oleh penderita, beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian adalah:

a. Keluhan klasik

1). Banyak kencing

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

2). Banyak minum

Rasa haus amat sering dialami krena banyak cairan yang keluarmelalui kencing.

3). Banyak makan

Rasa lapar yang semakin besar sering timbul pada penderita *diabetes melitus* karena psien mengalami keseimbangan kalori negatif, sehingga timbul rasa lapar yang sangat besar. Untuk menghilangkan rasa lapar itu penderita banyak makan.

4). Penurunan berat badan dan rasa lemah

Penurunan berat badan yang berlangsung dalam relatif singkat harus menimbulkan kecurigaan. Rasa lemah yang hebat yang menyebabkan penurunan konsentrasi. Hal ini disebabkan glukosa dalam darah tidak dapat masuk kedalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga. Untuk kelangsungan hidup, sumber tenaga terpaksa di ambil dari cadangan lain yaitu sel lemak dan otot. Akibatnya penderita kehilangan jaringan lemak dan otot sehingga menjadi kurus

b. Keluhan lain

1). Gangguan saraf tepi/kesemutan

Penderita mengeluh rasa sakit atau kesemutan terutama pada kaki di waktu malam hari, sehingga menggaggu tidur

2). Gangguan penglihatan

Pada fase awal *diabetes* sering di jumpai gangguan penglihatan. (Wijaya & Putri, 2013)

6. Pemeriksaan diagnostik

Menurut Wijaya & Putri (2013), Pemeriksaaan diagnostik pada *ulkus diabetikum* adalah:

a. Pemeriksaan Fisik

Menurut Suarni & Apriyani (2017), pemeriksaan fisik adalah melakukan pengumpulan data dengan cara *Inpeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi*.

1). Inspeksi

Denesvasi kulit menyebabkan produktivitas keringat menurun, sehingga kulit kaki kering, pecah, rabut kaki/jari (-), kalus, *claw toe* *ulkus* tergantung saat ditemukan (0-5)

2). Palpasi

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

b. Pemeriksaan vaskuler

Tes *vaskuler noninvasive*: pengukuran oksigen *transkutaneus*, *ankle brachial index (ABI)*, *absolute toe systolic pressure*. ABI : tekanan sistolik betis dengan tangan tekanan sistolik lengan.

- 1) Pemeriksaan radiologis : gas subkutan benda asing, *osteomeilitis*
- 2) Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah:

c. Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah : GDS > 200 mg/dl, gula darah puasa > 120 mg/dl dan dua jam post prandial > 200 mg/dl

d. Urin

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

7. Penatalaksanaan

Menurut Wijaya & Putri (2013), penatalaksanaan pada *ulkus diabetikum* sebagai berikut:

a. Pengobatan

Pengobatan dari gangren diabetik sangat dipengaruhi oleh derajat dan dalamnya *ulkus*, apabila di jumpai *ulkus* yang dalam harus dilakukan pemeriksaan yang seksama untuk menentukan kondisi *ulkus* dan besar kecilnya *debridement* yang akan dilakukan. dari penatalaksanaan perawatan luka *diabetik* ada beberapa tujuan yang ingin dicapai, antara lain:

Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab, optimalisasi suasana lingkungan luka dalam kondisi lembab, dukungan kondisi klien atau host (nutrisi, kontrol *diabetes melitus* dan kontrol faktor penyerta), Meningkatkan edukasi klien dan keluarga

b. Perawatan luka *diabetik*

1). Mencuci luka

Merupakan hal pokok untuk meningkatkan, memperbaiki dan mempercepat proses penyembuhan luka serta menghindari kemungkinan terjadinya infeksi. Proses pencucian luka bertujuan untuk membuang jaringan *nekrosis*, cairan luka yang berlebihan, sisa balutan yang digunakan dan sisa metabolik tubuh pada permukaan luka. Cairan yang terbaik untuk mencuci luka adalah yang *non toksik* pada proses penyembuhan luka (misalnya NaCl 0,9%). Penggunaan *hidrogenperoxida hypochlorite solution* dan beberapa cairan *debridement* lainnya. Cairan antiseptik seperti *provine iodine* sebaiknya hanya digunakan saat luka terinfeksi atau tubuh pada keadaan penurunan imunitas.

2) *Debridement*

Debridement adalah membuang jaringan mati atau jaringan yang tidak penting. (Delmas,2006). *Debridement* jaringan *nekrotik* merupakan komponen integral dalam pentalaksanaan *ulkus* kronik agar *ulkus* mencapai penyembuhan. Proses *debridement* dapat dengan cara pembedahan, *enzimatik*, *autolitik*, *mekanik*, dan *biological* (larva). (Tarwoto dkk, 2016)

c. Pemberian hormon insulin

Pada pasien dengan DM tipe II tidak terlalu tergantung pada insulin, tetapi memerlukannya sebagai pendukung untuk menurunkan *glukosa* darah dalam mempertahankan kehidupan. Tujuan pemberian insulin adalah meningkatkan transport *glukosa* ke dalam sel dan menghambat konversi *glikogen* dan *asam amino* menjadi *glukosa*. (Tarwoto dkk, 2016)

8. Komplikasi

Menurut Tarwoto (2016), pasien dengan DM beresiko terjadi komplikasi baik bersifat akut maupun kronis diantaranya:

a. Komplikasi akut

- 1) *Koma hiperglikemia* disebabkan kadar gula sangat tinggi biasanya terjadi pada *NIDDM*
- 2) *Ketoasidosis* atau keracunan zat keton sebagai hasil metabolisme lemak dan protein terutama terjadi pada *IDDM*
- 3) *Koma hipoglikemia* akibat terapi insulin yang berlebihan atau tidak terkontrol

b. Komplikasi kronis

1. *Mikroangiopati*

- a) *Retinopati diabetika* (kerusakan saraf retina dimata) sehingga mengakibatkan kebutaan

- b) *Neuropati diabetika* (kerusakan saraf-saraf perifer) mengakibatkan baal/gangguan sensoris pada organ tubuh
- c) *Nefropatidiabetika* (kelainan atau kerusakan pada ginjal) dapat mengakibatkan gagal ginjal

2. Makroangiopati

- a) Kelainan pada jantung dan pembuluh darah seperti *miokard infark* maupun gangguan fungsi jantung karena *arterisklerosis*
- b) Penyakit *vaskuler perifer*
- c) Gangguan sistem pembuluh darah otak atau stroke

3. Gangren *diabetika* karena adanya *neuropati* dan terjadi luka yang tidak sembuh-sembuh

4. Angka kematian dan kesakitan dari *diabetes mellitus* terjadi akibat komplikasi seperti karena :

- a) *Hiperglikemis* atau *hipoglikemia*
- b) Meningkatnya resiko infeksi
- c) Komplikasi *mikrovaskuler* seperti *retinopati*, *nefropati*
- d) Komplikasi *neurofatik*
- e) Komplikasi *makrovaskuler*: penyakit jantung koroner, stroke

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Gambar 2.2
Piramida Kebutuhan Dasar Manusia
Hieraki A. Maslow



sumber: Patrisia, Ineke, dkk. (2020)

Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow dikenal dengan sebutan Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Teori ini membagi kebutuhan dasar manusia menjadi lima kelompok. Berdasarkan teori Abraham Maslow di atas maka pada individu yang mengalami *ulkus diabetikum* ditemukan adanya tanda-tanda kerusakan jaringan, nyeri, kemerahan dengan kebutuhan dasar manusia menurut teori Abraham Maslow maka akan mengganggu kebutuhan keselamatan dan rasa aman.

a. Kebutuhan keamanan dan proteksi

Keselamatan merupakan suatu keadaan individu atau kelompok yang terhindar dari ancaman bahaya atau kecelakaan. Sedangkan keamanan merupakan keadaan aman dan tentram (Tarwoto dan Wartonah, 2015)

b. Faktor yang mempengaruhi keselamatan dan keamanan

kemampuan seseorang untuk melindungi diri dipengaruhi oleh hal-hal berikut.

1). Usia

Usia memiliki hubungan keterkaitan dengan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki seseorang. Contohnya lansia

umumnya mengalami penurunan fungsi pada organ sehingga kemampuan para lansia untuk melindungi diri terhambat

2). Gangguan pada ekstremitas

Individu yang mengalami gangguan di ekstremitasnya contohnya lemah otot, *paralisis*, gangguan keseimbangan pada tubuh, dan *inkoordinasi* sangat beresiko mengalami cedera.

3). Kondisi kesehatan

Individu yang lemah dikarenakan suatu penyakit atau prosedur pembedahan tidak selalu dilakukan dengan waspada pada kondisi mereka. Oleh sebab itu, mereka sangat beresiko mengalami cedera. (Saputra, 2013)

c. Konsep dasar Infeksi

Infeksi adalah suatu kondisi penyakit yang disebabkan karena masuknya kuman *patogen* atau *mikroorganisme* yang lain ke dalam tubuh yang dapat mengakibatkan reaksi tertentu. Contoh reaksi itu adalah perubahan sekunder berupa peradangan ditandai oleh *vasodilatasi* pembuluh darah lokal, peningkatan *permeabilitas kapiler*, dan pembengkakan pada sel. (Saputra, 2013)

d. Nyeri dan Kenyamanan

Respon nyeri biasanya terjadi pada *infalmasi*. *Inflamasi* adalah respon segera terhadap *injuri selular*. Jika hal ini terjadi maka, vasodilatasi cepat terjadi, membuat lebih banyak darah mendekati daerah *injuri*. Terjadinya peningkatan aliran darah lokal ini menyebabkan adanya warna kemerahan pada bagian

daerah *inflamasi*. Rasa sakit yang terjadi pada bagian daerah *inflamasi* ini juga disebabkan oleh karena volume darah yang mengalami peningkatan *vasodilatasi* lokal kemudian mengirimkan darah serta sel darah putih terhadap jaringan yang terjadi *injuri*. Protein serum yang merupakan perantara peran utama dalam *inflamasi*. (Potter & Perry, 2010)

C. Konsep proses keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan dan merupakan bagian dari suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017)

Pengkajian merupakan tahapan penting karena menjadi dasar untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Data yang dikumpulkan adalah tentang bagaimana pemenuhan kebutuhan dasar klien, baik kebutuhan fisiologis, contohnya : nutrisi , rasa nyaman eliminasi, dll maupun kebutuhan psikologis harga diri, kebutuhan dicintai, dll . (Suarni & Apriyani, 2017)

Pengkajian pada klien dengan gangguan rasa nyaman data yang sering ditemukan adalah klien mengeluh tidak nyaman, gelisah, klien mengeluh sulit tidur, klien tidak mampu rileks, klien mengeluh Lelah, menunjukkan gejala *distres*, klien tampak merintih/menangis, pola eliminasi berubah, *iritabilitas* (PPNI, 2017).

a. Keluhan utama

Luka sukar sembuh, intensitas Bak malam hari tinggi, berat badan meningkat, haus meski cukup cairan, lelah meski cukup istirahat (Dwi, 2019)

b. Pemeriksaan fisik

Menurut Suarni & Apriyani (2017), pemeriksaan fisik adalah melakukan pengumpulan data dengan cara *Inpeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi*.

1. *Inspeksi*

Adalah pengumpulan data dengan cara melihat bagian pada tubuh (fisik) klien. Contoh inspeksi warna kulit, *inspeksi mata, inpeksi simetrisitas dada dan abdomen*.

2. *Palpasi*

Adalah pengumpulan data dengan cara meraba, memegang bagian tubuh (fisik) klien. Contoh *palpasi* untuk mengetahui adanya nyeri tekan atau nyeri lepas pada *abdomen*.

3. *Auskultasi*

Adalah pengumpulan data dengan mendengarkan bagian tubuh (fisik) klien. Contoh *Auskultasi* bunyi jantung, *auskultasi* bisisng usus, dan *auskultasi* suara nafas.

4. *Perkusi*

Adalah pengumpulan data dengan cara mengetuk bagian tubuh (fisik) klien. Contoh perkusi pada *abdomen* kuadran kanan atas untuk mengetahui batas batas hepar.

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada klien *ulkus diabetikum* merupakan :

- 1) Status kesehatan umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, suara bicara, tinggi badan, berat badan dan tanda-tanda vital. (Wijaya & Putri, 2013)

2) Kepala dan leher

Kaji bentuk kepala, keadaan rambut klien apakah ada pembesaran pada leher, telinga kadang-kadang berdering, adakah gangguan pendengaran, lidah sering terasa tebal, ludah menjadi lebih kental, gigi mudah goyah, gusi mudah bengkak dan berdarah, apakah penglihatan kabur/ganda, *diplopia*, lensa mata keruh (Wijaya & Putri, 2013).

3) Sistem *integumen*

Pada pasien dapat ditemukan adanya kulit kurang sehat atau kurang kuat dalam pertahanannya, sehingga mudah terkena infeksi dan penyakit jamur. Pada pasien dapat ditemukan adanya turgor kulit menurun, adanya luka atau warna kehitaman pada luka, kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar *ulkus*, kemerahan pada kulit sekitar luka, adanya *pus* pada *ulkus* (Wijaya & Putri, 2013).

4) Sistem *kardiovaskuler*

Pada pasien dapat ditemukan adanya riwayat *hipertensi* atau *hipotensi*, *takhikardi*, *palpitasi*. (Tarwoto dkk, 2016)

5) Sistem *gastrointestinal*

Pada pasien dapat ditemukan adanya mual dan muntah, peningkatan nafsu makan, banyak minum dan rasa haus meningkat. (Wijaya & Putri, 2013)

6) Sistem *urinarius*

Pada pasien dapat di temukan adanya *poliuri* (kencing terus-menerus), retensi urine, *inkontinensia* urine, rasa panas atau sakit saat berkemih dan *diare*. (Wijaya & Putri, 2013)

7) Sistem *muskuloskeletal*

Pada pasien dapat ditemukan adanya, kelemahan otot, nyeri tulang, adanya kesemutan, kram ekstremitas, *osteomelitis*.(Tarwoto dkk, 2016)

8) Sistem *neurologis*

Terjadi penurunan *sensoris, parathesia, anastesia, letargi*, mengantuk, reflek lambat, kacau mental, disorientasi. (Wijaya & Putri, 2013)

c. pemeriksaan diagnostik

- 1) *Glukosa* darah meningkat 100-200 mg/dl
- 2) Asam lemak bebas, kadar *lipid* dan *kolesterol* meningkat
- 3) *Trombosit* darah: Ht mungkin meningkat (dehidrasi); *leukositosis, hemokonsentrasi*, merupakan respon atau infeksi
- 4) *Ureum/kreatinin*: bisa menjadi meningkat atau mungkin dalam kondisi normal. Ada kondisi dehidrasi atau penurunan fungsi ginjal. (Dwi, 2019)

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap adanya masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik secara actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga maupun komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang lazim pada *ulkus diabetikum* menurut SDKI (2017):

- a. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d perubahan sirkulasi d.d kerusakan jaringan /lapisan kulit, kemerahan (c: D.0129 h: 282)
- b. Resiko infeksi b.d penyakit kronis (diabetes melitus) (c: 0142 h: 304)

- c. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan aliran arteri/vena d.d warna kulit pucat dan penyembuhan luka lambat (c: D.0009 h: 37)
- d. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi dan iskemi) d.d klien mengeluh nyeri, klien tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur (c : D.0077 h : 172)
- e. Hambatan mobilitas fisik b.d adanya ulkus pada kaki (c: D.0054 h: 124)

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun untuk menyelesaikan masalah yang klien alami, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan.(Suarni & Apriyani, 2017)

Tabel 2.2
Rencana kepeawatan Tn.S pada kasus ulkus diabetikum
diruang bedah RSD Mayjend HM.Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Diagnosa	Tujuan	Interventasi
1	2	3	4
1.	Gangguan integritas kulit	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) 1.kerusakan jaringan menurun 2. kerusakan lapisan kulit menurun 3. nyeri berkurang 4. kemerahan berkurang 5. pigmentasi normal	Perawatan luka (l.14564) 1.monitor karakteristik luka (drainase,warna,ukuran,bau) 2. bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik 3. bersihkan jaringan nekrotik 4. pasang balutan sesuai jenis luka 5. ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 6. kolaborasi prosedur debridement

1	2	3	4
2.	Resiko infeksi	Tingkat infeksi (L.14137) <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kebersihan tangan 2. Meningkatkan kebersihan badan 3. Kemerahan menurun 4. Nyeri berkurang 5. Cairan tidak lagi berbau busuk 6. Sputum berwarna hijau berkurang 7. Drainase purulen 8. Kultur area luka membaik 	Pencegahan infeksi (I.14539) <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Berikan perawatan kulit 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Anjurkan cuci tangan dengan benar 6. Ajarkan etika batuk 7. Anjurkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

1	2	3	4
3.	Nyeri akut	Tingkat nyeri (L.08066) <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri berkurang 2. Meringid teratasi 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur berkurang 5. Pola tidur membaik 	Menejemen nyeri (I.09238) <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. indentifikasi respon nyeri non verbal 4. identifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri 5. kontrol yang memperberat rasa nyeri 6. fasilitas istirahat dan tidur

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon,1994, dalam Suarni & Apriyani,2017)

5. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan klien yang telah ditetapkan dengan suatu respon klien yang tampak. (Craven dan Hirnle,2000, dalam Suarni & Apriyani,2017)