

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Pengertian Kebutuhan Dasar Manusia**

Hidup manusia diperlukan kebutuhan untuk membuat hidupnya berarti dan menjadikannya sejahtera. Kebutuhan yang perlu segera dipenuhi pemenuhannya seringkali disebut sebagai kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan yang langsung mempengaruhi hidup matinya seseorang, sehingga perlu segera untuk dapat dipenuhi kebutuhan terhadapnya. Oleh karena itu, menurut seorang ahli ilmu jiwa Amerika Maslow, menyebutkan bahwa kebutuhan dasar manusia dapat dikelompokkan menjadi 5 jenis, yang pemenuhannya perlu disusun secara berjenjang menurut prioritas kekuatannya.

Dasar pemikiran teori kebutuhan Abraham Maslow adalah :

- a. Bahwa kebutuhan manusia itu bertahap, dan membentuk suatu hirarki dan fisiologis rasa aman, kebutuhan sosial, harga diri, dan aktualisasi diri.
- b. Bahwa manusia mempunyai kebutuhan yang berkelanjutan.
- c. Bahwa kebutuhan manusia saling tergantung dan saling melengkapi.
- d. Bahwa kebutuhan yang telah terpuaskan akan berhenti sebagai motivasi dan digantikan oleh kebutuhan berikutnya.

Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu. Dalam konteks keperawatan, perawat harus memerhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami klien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan. Salah satu kebutuhan klien adalah bebas dari rasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual. Klien merespon nyeri dengan berbagai cara, misalnya berteriak, menangis, meringis, dan lain-lain. Oleh karena itu, nyeri bersifat subjektif, itulah sebabnya diperlukan kemampuan perawat dalam mengidentifikasi dan mengatasi rasa nyeri (Sutanto, 2017).

## 2. Pengertian Kebutuhan Rasa Nyaman dan Nyeri

Kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang suatu yang melebihi masalah atau nyeri). Konsep kenyamanan memiliki subjektifitas yang sama dengan nyeri (Haswita & Sulistyowati, 2017)

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal, dan bersifat individual. Setiap individu memberikan persepsi yang berbeda-beda terhadap rasa nyeri. Dikatakan bersifat individual karena respon individu terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan dengan orang lain. Inilah dasar bagi perawat dalam mengatasi rasa nyeri pada klien. Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang pada akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain (Sutanto, 2017).

## 3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

### a. Usia

Usia merupakan variabel yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri.

Tabel 1  
Kriteria Usia

Kategori	Usia
Balita	0-5 tahun
Anak-anak	6-11 tahun
Remaja Awal	12-16 tahun
Remaja Akhir	17-25 tahun
Dewasa Awal	26-35 tahun
Dewasa Akhir	36-45 tahun
Lansia Awal	46-55 tahun
Lansia Akhir	56-65 tahun

Manula	66 tahun ke atas
--------	------------------

Sumber : Kemenkes (2013).

b. Jenis Kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Akan tetapi dari penelitian memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh terhadap tingkat toleransi terhadap nyeri.

c. Budaya

Petugas kesehatan seringkali berasumsi bahwa cara yang dilakukan dan hal yang diyakini adalah sama dengan cara dan keyakinan orang lain. Mengenali nilai-nilai budaya yang dimiliki seseorang dan memahami untuk menghindari, mengevaluasi perilaku pasien berdasarkan harapan dan nilai budaya seseorang. Perawat yang mengetahui perbedaan budaya akan mempunyai pemahaman yang lebih besar tentang nyeri pasien dan akan lebih akurat dalam mengkaji nyeri dan respon-respon perilaku terhadap nyeri juga efektif dalam menghilangkan nyeri pasien.

d. Ansietas

Meskipun pada umumnya diyakini bahwa ansietas akan meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Riset tidak memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten antara ansietas dan nyeri juga tidak memperlihatkan bahwa pelatihan pengurangan stres praoperatif menurunkan nyeri saat pasca operatif. Namun, ansietas yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

e. Pengalaman masa lalu dengan nyeri

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode

nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlakukan untuk menghindarkan nyeri.

f. Lingkungan dan Individu Pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

g. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsinya.

#### 4. Klasifikasi Nyeri

Pengukuran nyeri dengan pendekatan obyektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan tempat, sifat, dan berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

a. Nyeri Berdasarkan Tempat

Nyeri berdasarkan tempat dapat dibedakan menjadi:

- 1) *Peripheral pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh, misalnya pada kulit atau mukosa.
- 2) *Deep pain* yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral (dalam).
- 3) *Referred pain* yaitu nyeri dalam yang disebabkan penyakit organ atau struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang beda, bukan daerah asal nyeri.
- 4) *Central pain* yaitu nyeri yang terjadi akibat rangsangan pada sistem saraf pusat, *spinal cord*, batang otak, hipotalamus, dan lain-lain.

b. Nyeri Berdasarkan Sifat

- 1) *Incidental pain* yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
- 2) *Steady pain* yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu lama.
- 3) *Paroxymal pain* yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan sangat kuat. Nyeri ini biasanya menetap selama 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.

c. Nyeri Berdasarkan Berat Ringannya

- 1) Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
- 2) Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
- 3) Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas tinggi.

d. Nyeri Berdasarkan Lama Waktu Penyerangan

Berdasarkan lama waktu penyerangan nyeri, maka dapat dibedakan antara nyeri akut dan nyeri kronis:

1) Nyeri Akut

Nyeri akut yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri dapat diketahui dengan jelas. Rasa nyeri diduga ditimbulkan dari luka, misalnya luka operasi atau akibat penyakit tertentu, misalnya arteriosclerosis pada arteri koroner.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini memiliki pola yang beragam dan bisa berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola nyeri ini ada yang nyeri dalam periode tertentu yang diselingi dengan interval bebas dari nyeri, lalu nyeri akan timbul kembali. Ada pula nyeri kronis yang konstan yaitu rasa nyeri yang terus-menerus terasa, bahkan semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan (Sutanto, 2017).

## 5. Fisiologi Nyeri

Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu *nosisepsi*, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, sensitisasi sentral, dan penurunan inhibisi. Antara stimulus cedera jaringan dan pengalaman subjektif nyeri terdapat empat proses tersendiri: *tranduksi*, *transmisi*, *modulasi*, dan *persepsi*.

- a. Tranduksi adalah suatu proses dimana akhiran syaraf aferen menerjemahkan stimulus (misalnya tusukan jarum) ke dalam impuls nosiseptif.
- b. Transmisi adalah suatu proses dimana impuls disalurkan menuju kornu dorsalis medula spinalis ,kemudian sepanjang traktus sensorik menuju otak.
- c. Modulasi adalah proses amplifikasi sinyal neural terkait nyeri. Proses ini terutama terjadi di kornu doraslis medula spinalis, dan mungkin juga terjadi di level lainnya.
- d. Persepsi nyeri adalah kesadaran akan pengalaman nyeri. Persepsi merupakan hasil dari interaksi proses *tranduksi*, *transmisi*, *modulasi*, aspek psikologis, dan karakteristik individu lainnya (Bahrudin, 2017).

Fisiologi nyeri merupakan alur terjadinya nyeri dalam tubuh. Rasa nyeri merupakan sebuah mekanisme yang terjadi dalam tubuh, yang melibatkan fungsi organ tubuh, terutama sistem saraf sebagai reseptor rasa nyeri. Reseptor nyeri adalah organ tubuh yang berfungsi untuk menerima rangsang nyeri. Organ tubuh yang berperan sebagai reseptor nyeri adalah ujung syaraf bebas dalam kulit yang berespon hanya terhadap stimulus kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga *nosireceptor*, secara anatomis reseptor nyeri (*nosireceptor*) ada yang bermielien dan ada yang tidak bermielien dari syaraf perifer.

Berdasarkan letaknya, *nosireceptor* dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (*kutaneus*), somatik dalam (*deepsomatic*), dan pada daerah viseral karena letaknya yang berbeda-beda inilah, nyeri yang timbul juga memiliki sensasi yang berbeda.

*Nosireceptor kutaneus* berasal dari kulit dan subkutan, nyeri berasal dari daerah ini biasanya sudah untuk dialokalisasi dan didefinisikan. Reseptor jaringan kulit (*kutaneus*) terbagi dalam dua komponen, yaitu:

- a. Reseptor A Delta, merupakan serabut komponen cepat (kecepatan transmisi 6-30 m/det) yang memungkinkan timbulnya nyeri tajam yang akan cepat hilang apabila penyebab nyeri dihilangkan.
- b. Serabut C, merupakan serabut komponen lambat (transmisi 0,5 m/det) yang terdapat pada daerah yang lebih dalam, nyeri biasanya bersifat tumpul dan sulit dialokalisasi.

Struktur reseptor nyeri somatik dalam meliputi reseptor nyeri yang terdapat pada tulang, pembuluh darah, syaraf, otot, dan jaringan penyangga lainnya. Karena struktur reseptornya kompleks, nyeri yang timbul merupakan nyeri yang tumpul dan sulit dialokalisasi.

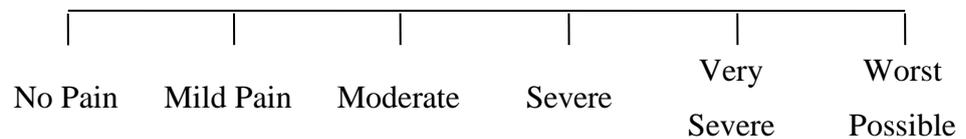
Reseptor nyeri jenis ketiga adalah reseptor viseral, reseptor ini meliputi organ-organ viseral seperti jantung, hati, usus, ginjal, dan sebagainya. Nyeri yang timbul pada reseptor ini biasanya tidak sensitif terhadap pemotongan organ, tetapi sangat sensitif terhadap penekanan, iskemia, dan inflamasi. Mekanisme nyeri secara sederhana dimulai dari transduksi stimuli akibat kerusakan jaringan dalam saraf sensorik menjadi aktivitas listrik kemudian ditransmisikan melalui serabut saraf bermielin A delta dan saraf tidak bermielin C ke *kornu dorsalis medula spinalis*, thalamus, dan korteks selebri. Impuls listrik tersebut dipersepsikan dan didiskriminasikan sebagai kualitas dan kuantitas nyeri setelah mengalami modulasi sepanjang saraf perifer dan disusun saraf pusat. Fenomena nyeri timbul karena adanya kemampuan sistem saraf untuk mengubah berbagai stimuli mekanik, kimia, termal, elektris menjadi potensial aksi yang dijalarkan ke sistem saraf pusat (Bahrudin, 2017).

## **6. Pengukuran Intensitas Nyeri**

Untuk menilai skala nyeri terdapat beberapa macam skala nyeri yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat nyeri seseorang, antara lain:

a. *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

*Verbal Descriptor Scale (VDS)* adalah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang telah disusun dengan jarak yang sama sepanjang garis. Ukuran skala ini diurutkan dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tidak tertahan”. Perawat menunjukkan ke klien tentang skala tersebut dan meminta klien untuk memilih skala nyeri terbaru yang dirasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri tidak menyakitkan. Alat VDS memungkinkan klien untuk memilih dan mendeskripsikan skala nyeri yang dirasakan.

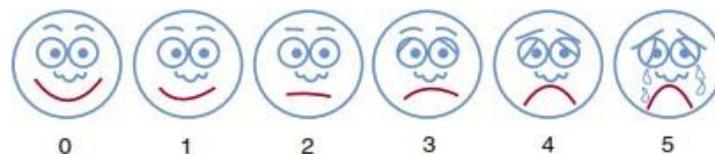


Sumber : (Mardana & Aryasa, 2017)

**Gambar 1 Skala Nyeri Deskriptif**

b. *Visual Analogue Scale (VAS)*

*Visual Analogue Scale* merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus-menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata.



Sumber : (Mardana & Aryasa, 2017)

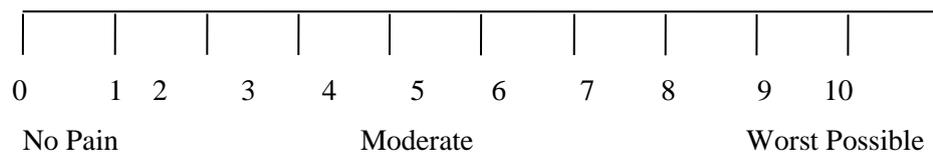
**Gambar 2 Skala Wajah**

Skala nyeri pada skala 0 berarti tidak terjadi nyeri, skala nyeri pada skala 1-3 seperti gatal, tersetrum, nyut-nyutan, melilit, terpukul, perih, mules. Skala nyeri 4-6 digambarkan seperti kram, kaku, tertekan, sulit bergerak, terbakar, ditusuk-tusuk. Skala 7-9 merupakan skala sangat

nyeri tetapi masih dapat dikontrol oleh klien, sedangkan skala 10 merupakan skala nyeri yang sangat berat dan tidak dapat dikontrol.

c. *Numeric Rating Scale* (NRS)

Skala ini digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Pasien menilai nyeri di antara skala 0-10. Angka 0 memiliki arti tidak nyeri sedangkan angka 10 memiliki arti nyeri yang paling berat yang dialami oleh pasien. Biasanya skala tersebut dipakai untuk menilai intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.



Sumber : (Mardana & Aryasa, 2017)

**Gambar 3 Skala Angka**

## 7. Penanganan Nyeri

### a. Farmakologi

#### 1) Analgesik Narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti orfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor opiat dan mengaktifkan penekan nyeri endogen pada susunan saraf pusat.

#### 2) Analgesik Non Narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi.

### b. Non Farmakologi

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan upaya-upaya yang dilakukan untuk mengatasi atau menghilangkan nyeri dengan pendekatan non farmakologi (Smeltzer, 2001:223). Tindakan non farmakologi dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pemberian

analgesik, tetapi tindakan non farmakologi tidak ditujukan sebagai pengganti analgesik. Terdapat beberapa jenis tindakan non farmakologi antara lain: teknik relaksasi, distraksi masase, terapi es dan panas, dan stimulasi saraf elektrik transkutan (Mayasari, 2016).

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah salah satu tahap awal dari proses keperawatan dimana perawat menggali permasalahan dari klien seperti mengumpulkan data mengenai status kesehatan klien secara sistematis, akurat, singkat, menyeluruh, dan berkesinambungan (Muttaqin, 2014). Komponen pengkajian keperawatan secara menyeluruh yang dapat dilaksanakan oleh perawat seperti melakukan anamnesis pada klien, keluarga dan perawat lainnya, melakukan pemeriksaan kesehatan, melakukan pengkajian data pemeriksaan diagnostik dan melakukan pengkajian penatalaksanaan medis. Tujuan dari tahap pengkajian keperawatan ini adalah untuk mengkaji secara umum status kesehatan klien, mengkaji fungsi fisiologis dan gangguan pada klien, melakukan deteksi dini, adanya masalah keperawatan pada klien baik masalah aktual maupun risiko dan mengidentifikasi penyebab masalah keperawatan klien. Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan gangguan aktifitas meliputi:

#### **a. Anamnesis**

Anamnesis atau wawancara adalah hal utama yang dilaksanakan perawat untuk menggali masalah pada klien yang terdiri dari:

##### **1) Identitas pasien**

Meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor register dan diagnosis medis pasien.

##### **2) Identitas penanggung jawab**

Meliputi pengkajian nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien dan alamat.

3) Keluhan utama

Merupakan keluhan pasien pada saat masuk RS, selain itu mengungkapkan hal-hal yang menyebabkan pasien yang membutuhkan pertolongan sehingga pasien dibawa ke RS dan menceritakan kapan pasien mengalami gangguan kebutuhan aman nyaman nyeri.

4) Riwayat kesehatan sekarang

Mengungkapkan keluhan yang paling sering dirasakan oleh pasien saat pengkajian dengan menggunakan metode PQRST. Metode ini meliputi hal-hal berikut:

P: *Provokatif/paliatif*, yaitu membuat terjadinya, timbulnya keluhan hal-hal-hal yang memperingan dan memperberat keadaan atau keluhan pasien tersebut dikembangkan dari keluhan utama.

Q: *Quality/Quantity*, seberapa berat keluhan terasa bagaimana rasanya, berapa sering terjadi.

R: *Regional/radiasi*, lokasi keluhan tersebut dirasakan atau ditemukan, apakah ada penyebaran di area lain atau tidak.

S: *Severity of Scale*, intensitas keluhan dinyatakan dengan keluhan ringan, sedang, dan berat.

T: *Timing*, kapan keluhan mulai ditemukan atau dirasakan, seberapa sering yang dirasakan atau sering terjadi, apakah secara bertahap, apakah terjadi berulang-ulang, dan bila berulang dalam selang waktu berapa lama hal itu bertujuan untuk menentukan waktu dan durasi.

5) Riwayat pengobatan yang lalu dan riwayat energi

Pengkajian mengenai obat apa saja yang yang dikonsumsi pasien sampai sekarang. Misalnya: nama, dosis, jadwal, durasi, dan alasan pemberian. Ada riwayat alergi terhadap obat atau makanan lainnya dan apa respon alerginya terhadap tubuh.

6) Riwayat kesehatan dahulu

Pengkajian ini mengenai penyakit yang dialami oleh pasien sebelumnya. Apakah sebelumnya pasien pernah dirawat di Rumah

Sakit dan penyakit apa yang diderita pasien sehingga membuat pasien dirawat pada saat itu.

7) Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian mengenai penyakit yang pernah diderita oleh keluarga pasien misalnya dalam keluarga pasien terdapat riwayat anggota keluarga yang pernah mengalami penyakit diabetes melitus atau riwayat penyakit lainnya seperti hipertensi, kanker, gagal ginjal, atau penyakit lainnya.

8) Riwayat pekerjaan dan kebiasaan

Pengkajian mengenai situasi tempat bekerja pasien dan mengkaji kebiasaan sosial seperti menanyakan kebiasaan merokok, minum alkohol, atau obat-obatan tertentu.

9) Pola kebutuhan dasar (data bio-psiko-kultural-spiritual)

- a) pola persepsi dan manajemen kesehatan;
- b) pola nutrisi-metabolik;
- c) pola eliminasi;
- d) pola aktivitas dan latihan;
- e) pola kognitif dan persepsi;
- f) pola persepsi-konsep diri;
- g) pola tidur dan istirahat;
- h) pola peran-hubungan.

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan dilakukan dari ujung kepala hingga ke ujung kaki.

1) Keadaan Umum

Apakah pasien tampak lemah atau sakit berat. Kemudian memeriksa tingkat kesadaran pada pasien, apakah kompos mentis atau terjadi penurunan kesadaran.

2) Tanda-tanda Vital

Melakukan pemeriksaan tekanan darah, mengukur suhu tubuh, mengecek nadi, dan menghitung pernafasan.

### 3) Kulit

Pada kulit, kaji kulit mengenai tekstur, kelembaban, turgor, warna, dan fungsi peradaban, perubahan warna lain, apakah terdapat sianosis atau tidak.

### 4) TB dan BB

Mengukur tinggi badan dan berat badan pada pasien.

### 5) Kepala dan Leher

a) Memeriksa bagian mata, apakah ada kelainan bentuk mata, konjungtiva anemis, kondisi sklera, terdapat perubahan subkonjungtiva, memeriksa keadaan pupil, dan reflek cahaya.

b) Memeriksa bagian telinga, apakah ada kelainan bentuk dan fungsi telinga atau tidak.

c) Memeriksa bagian hidung, apakah ada kelainan bentuk, mukosa hidung, cairan yang keluar dari hidung, apakah adanya sumbatan, atau gangguan fungsi penciuman.

d) Memeriksa bagian mulut, apakah ada kelainan bentuk, warna mukosa, mukosa kering, perdarahan gusi, lidah kering, bibir pecah-pecah, atau pendarahan.

e) Memeriksa tenggorokan, kaji adanya kemerahan atau edema, kaji ada tidaknya kesulitan dalam menelan, serak, atau ketidakaturan suara lain.

f) Memeriksa leher, kaji ada tidaknya nyeri, kekakuan, apakah terdapat pembesaran kelenjar tyroid, apakah terdapat kelenjar getah bening, dan kondisi distensi vena jugularis.

### 6) Thoraks

#### a) Inspeksi

Pemeriksaan sengan cara melihat gerakan dinding dada, membandingkan kesimetrisan dinding dada kanan dan kiri. Lihat adanya bekas luka, bekas operasi, atau adanya lesi. Perhatikan warna kulit daerah dada, kaji pola pernafasan pasien, perhatikan adanya retraksi interkosta, dan penggunaan alat bantu nafas.

## b) Palpasi

Pemeriksaan ini yang pertama dilakukan oleh pemeriksaan yaitu, meletakkan tangan diatas kedua dinding dada. Rasakan kesimetrisan pengembangan dinding dada saat inspirasi dan ekspirasi. Setelah itu, lakukan pemeriksaan taktil fremitus dengan cara meletakkan tangan diatas dada, lalu meminta pasien untuk mengatakan “tujuh tujuh” atau “sembilan sembilan”. Lakukan pemeriksaan di semua lapang paru.

## c) Perkusi

Pemeriksaan ini dilakukan dengan mengetuk pada seluruh lapang paru untuk memperkirakan ukuran dan struktur dalam thoraks dan untuk membandingkan suara yang dihasilkan dari ketukan dada daerah kanan dan kiri.

## d) Auskultasi

Pemeriksaan yang dilakukan dengan menggunakan alat stetoskop untuk mendengarkan suara nafas pasien, apakah normal atau terdapat kelainan dan terdapat bunyi suara tambahan lainnya.

## 7) Kardiovaskuler

Kaji warna konjungtiva, ada tidaknya sianosis, warna bibir, adanya peningkatan tekanan vena jugularis, dan kaji bunyi jantung pada dada.

## 8) Abdomen

Kaji bentuk abdomen, apakah terdapat luka atau tidaknya, kaji tanda-tanda infeksi, perkusi area abdomen.

## 9) Genetalia

Kaji kebersihan genetalia, kebiasaan BAK.

## 10) Anus

Kaji kebiasaan BAB dan keadaan area anus.

## c. Pola Aktivitas Sehari-hari

## 1) Tingkat aktivitas sehari-hari

a) pola aktivitas sehari-hari;

- b) jenis, frekuensi, dan lamanya latihan fisik.
  - 2) Tingkat kelelahan
    - a) aktivitas yang membuat lelah;
    - b) riwayat sesak nafas, jantung berdebar.
  - 3) Gangguan aktivitas
    - a) penyebab gangguan pergerakan atau aktivitas;
    - b) tanda dan gejala;
    - c) efek dari penggunaan pergerakan.
- d. Data Pemeriksaan Penunjang
  - 1) Laboratorium
 

Dengan pemeriksaan ini, darah akan diketahui apakah infeksi muncul atau tidak.
  - 2) Terapi
 

Dengan terapi, dapat diketahui pemberian terapi akan diberikan.
- e. Analisa Data
 

Setelah semua data terkumpul, data harus ditentukan validitasnya. Setiap data yang didapat, kemudian dianalisis sesuai dengan masalah. Menentukan validitas data membantu untuk menghindari kesalahan dalam interpretasi data.

## 2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Berdasarkan perumusan diagnosa keperawatan menurut SDKI yaitu menggunakan format masalah, penyebab, tanda dan gejala. Penyebab dari nyeri akut adalah agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong,

mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan (SDKI, 2017).

Gejala dan tanda mayor dari nyeri akut secara subjektifnya yaitu mengeluh nyeri, objektifnya yaitu tampak meringis, bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda minor pada nyeri akut secara subjektifnya tidak tersedia, kemudian untuk objektifnya yaitu tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri (SDKI, 2017).

Menurut SDKI (PPNI, 2016) diagnosis yang muncul pada pasien diabetes melitus ini adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.007, hal: 172)
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129, hal: 282)
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056, hal: 128)
- d. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan (D.0080, hal: 180)

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang berdasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga, dan komunitas. Beberapa diantaranya diuraikan dalam Pasal 30 Undang-Undang No.38 Tahun 2014 tentang Keperawatan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat berwenang merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan gawat darurat, memberikan konsultasi, berkolaborasi, melakukan penyuluhan dan konseling, pemberian obat sesuai dengan resep dokter atau obat bebas dan bebas terbatas, mengelola kasus dan melakukan penatalaksanaan intervensi komplementer dan alternatif.

Standar Intervensi Keperawatan ini mencakup intervensi keperawatan secara komperhensif yang meliputi intervensi pada berbagai level praktik (generalis dan spesialis), berbagai kategori (fisiologis dan

psikososial), berbagai upaya kesehatan (kuratif, preventif, dan promotif). Berbagai jenis klien (individu, keluarga, komunitas), jenis intervensi (mandiri dan kolaborasi) serta intervensi komplementer dan alternatif.

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia bertujuan untuk:

- a. Menjadi panduan atau acuan bagi perawat dalam menyusun intervensi keperawatan
- b. Meningkatkan otonomi perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan
- c. Memudahkan komunikasi intraprofesional dan interprofesional dengan penggunaan istilah intervensi keperawatan yang seragam dan terstandarisasi
- d. Meningkatkan mutu asuhan keperawatan. (SIKI, 2018)

Tabel 2  
Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>Nyeri Akut</p> <p><b>Definisi:</b> Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan, diharapkan tingkat nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri.</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal.</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>2. Fasilitasi istirahat dan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aromaterapi</li> <li>2. Dukungan Hipnosis Diri</li> <li>3. Dukungan Pengungkapan Kebutuhan</li> <li>4. Dukungan Koping Keluarga</li> <li>5. Dukungan Meditasi</li> <li>6. Edukasi Aktivitas/Istirahat</li> <li>7. Edukasi Efek Samping Obat</li> <li>8. Edukasi Kemoterapi</li> <li>9. Edukasi Kesehatan</li> <li>10. Edukasi Manajemen Sress</li> <li>11. Edukasi Manajemen Nyeri</li> </ol>

<p>1. Keluhan nyeri menurun (skala 5)</p> <p>2. Meringis menurun (skala 5)</p> <p>3. Gelisah menurun (skala 5)</p> <p>4. Pola nafas membaik (skala 5)</p> <p>5. Tekanan darah membaik (skala 5)</p> <p>6. Nafsu makan membaik (skala 5)</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>1. Mengeluh nyeri</p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>1. Tampak meringis</p> <p>2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <p>3. Gelisah</p> <p>4. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>5. Sulit tidur</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor:</b></p> <p><b>Subjektif: -</b></p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>1. Tekanan darah meningkat</p> <p>2. Pola nafas berubah</p> <p>3. Nafsu makan berubah</p> <p>4. Proses berfikir terganggu</p> <p>5. Menarik diri</p>	<p>tidur .</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>3. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>.</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>.</p>	<p>12. Edukasi Perawatan Stoma</p> <p>13. Edukasi Proses Penyakit</p> <p>14. Edukasi Teknik Napas</p> <p>15. Kompres Dingin</p> <p>16. Kompres Panas</p> <p>17. Konsultasi</p> <p>18. Latihan Pernafasan</p> <p>19. Latihan Rehabilitasi</p> <p>20. Manajemen Efek Samping obat</p> <p>21. Manajemen Kenyamanan Lingkungan</p> <p>22. Manajemen Mood</p> <p>23. Manajemen Stres</p> <p>24. Manajemen Terapi Radiasi</p> <p>25. Pemberian Nyeri</p> <p>26. Pemberian Obat</p> <p>27. Pemberian Obat Intravena</p> <p>28. Pemberian Obat Oral</p> <p>29. Pemberian Obat Topikal</p> <p>30. Pengaturan Posisi</p> <p>31. Perawatan Amputasi</p> <p>32. Perawatan Kenyamanan</p> <p>33. Teknik Distraksi</p> <p>34. Teknik Imajinasi Terbimbing</p> <p>35. Terapi Akupresur</p> <p>36. Terapi Akupuntur</p> <p>37. Terapi Bantuan Hewan</p> <p>38. Terapi Humor</p> <p>39. Terapi Murattal</p> <p>40. Terapi Musik</p> <p>41. Terapi Pemijatan</p>
---	--	--

<p>6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis</p>		<p>42. Terapi Relaksasi 43. Terapi Sentuhan</p>
<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan <b>Definisi:</b> Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen) <b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan gangguan integritas kulit dan jaringan dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun (skala 5) 2. Kerusakan lapisan kulit menurun (skala 5) 3. Nyeri menurun (skala 5) 4. Perdarahan menurun (skala 5) 5. Kemerahan menurun (skala 5) <b>Penyebab:</b> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas</p>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit</b> <b>Observasi:</b> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status, nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) <b>Terapeutik:</b> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, <i>jika perlu</i> 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare 4. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p>	<p>1. Dukungan Perawatan Diri 2. Edukasi Perawatan Diri 3. Edukasi Perawatan Kulit 4. Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan 5. Edukasi Pola Perilaku Kebersihan 6. Edukasi Program Pengobatan Konsultasi 7. Latihan Rentang Gerak 8. Manajemen Nyeri 9. Pelaporan Status Kesehatan 10. Pemberian Obat 11. Pemberian Obat Intradermal 12. Pemberian Obat Intramuskular 13. Pemberian Obat Intravena 14. Pemberian Obat Kulit 15. Pemberian Obat Subkutan 16. Pemberian Obat Topikal 17. Penjahitan Luka 18. Perawatan Area Insisi 19. Perawatan Imobilisasi 20. Perawatan Kuku 21. Perawatan Luka Bakar 22. Perawatan Luka Tekan 23. Perawatan Pasca Sectio Sesaria 24. Perawatan <i>Skin Graft</i></p>

<p>5. Bahan kimia iritatif</p> <p>6. Suhu lingkungan yang ekstrem</p> <p>7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiartomi, energi listrik bertegangan tinggi)</p> <p>8. Efek samping terapi radiasi</p> <p>9. Kelembaban</p> <p>10. Proses penuaan</p> <p>11. Neuropati perifer</p> <p>12. Perubahan pigmentasi</p> <p>13. Perubahan hormonal</p> <p>14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan</p> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b></p> <p><b>Subjektif: -</b></p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit</p> <p><b>Gejala dan Tanda Minor:</b></p> <p><b>Subjektif: -</b></p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>1. Nyeri</p> <p>2. Perdarahan</p> <p>3. Kemerahan</p> <p>4. Hematoma</p>	<p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotion, serum)</li> <li>2. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</li> <li>6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah</li> <li>7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ol> <p><b>Perawatan Luka</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, <i>jika perlu</i></li> <li>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>4. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, <i>jika</i></li> </ol>	<p>25. Teknik Latihan Penguatan Otot dan Sendi</p> <p>26. Terapi Lintah</p> <p>27. Skrining Kanker</p>
--	---	--

	<p><i>perlu</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pasang balutan sesuai dengan jenis luka</li> <li>7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1.5 g/kgBB/hari</li> <li>11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), <i>sesuai indikasi</i></li> <li>12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneus), <i>jika perlu</i></li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>3. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi prosedur</li> </ol>	
--	---	--

	<p><i>debridement</i> (mis.enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i></p> <p>2. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></p>	
<p>Intoleransi Aktivitas</p> <p><b>Definisi:</b> Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi meningkat (skala 5)</li> <li>2. Keluhan lelah menurun (skala 5)</li> <li>3. Dispnea saat aktivitas menurun (skala 5)</li> <li>4. Dispnea setelah aktivitas menurun (skala 5)</li> <li>5. Tekanan darah membaik (skala 5)</li> </ol> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</li> <li>2. Tirah baring</li> <li>3. Kelemahan</li> <li>4. Imobilitas</li> <li>5. Gaya hidup monoton</li> </ol>	<p>Manajemen Energi</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis.cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan Ambulasi</li> <li>2. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan</li> <li>3. Dukungan Meditasi</li> <li>4. Dukungan Pemeliharaan Rumah</li> <li>5. Dukungan Perawatan Diri</li> <li>6. Dukungan Spiritual</li> <li>7. Dukungan Tidur</li> <li>8. Edukasi Latihan Fisik</li> <li>9. Edukasi Teknik Ambulasi</li> <li>10. Edukasi Pengukuran Nadi Radialis</li> <li>11. Manajemen Aritmia</li> <li>12. Manajemen Lingkungan</li> <li>13. Manajemen Medikasi</li> <li>14. Manajemen Mood</li> <li>15. Manajemen Nutrisi</li> <li>16. Manajemen Nyeri</li> <li>17. Manajemen Program Latihan</li> <li>18. Pemantauan Tanda Vital</li> <li>19. Pemberian Obat</li> <li>20. Pemberian Obat Inhalasi</li> <li>21. Pemberian Obat Intravena</li> <li>22. Pemberian Obat Oral</li> <li>23. Penentuan Tujuan Bersama</li> <li>24. Promosi Berat Badan</li> </ol>

<p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b> <b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh lelah</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Minor:</b> <b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea saat/setelah aktivitas</li> <li>2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas</li> <li>3. Merasa lemah</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah berubah &gt;20% dari kondisi istirahat</li> <li>2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas</li> <li>3. Gambaran EKG menunjukkan iskemia</li> <li>4. Sianosis</li> </ol>	<p>bertahap</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>4. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol> <p><b>Terapi Aktivitas</b> <b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</li> <li>3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</li> <li>4. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>5. Identifikasi makna aktivitas rutin (mis.bekerja) dan waktu luang</li> <li>6. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami</li> <li>2. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas</li> <li>3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan sosial</li> <li>4. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia</li> <li>5. Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih</li> <li>6. Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, <i>jika sesuai</i></li> <li>7. Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>25. Promosi Dukungan Keluarga</li> <li>26. Promosi Latihan Fisik</li> <li>27. Rehabilitasi Jantung</li> <li>28. Terapi Aktivitas</li> <li>29. Terapi Bantuan Hewan</li> <li>30. Terapi Musik</li> <li>31. Terapi Oksigen</li> <li>32. Terapi Relaksasi Otor Progresif</li> </ol>
---	--	---

	<p>aktivitas yang dipilih</p> <p>8. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis.ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), <i>sesuai kebutuhan</i></p> <p>9. Fasilitasi aktivitas mengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energi, atau gerak</p> <p>10.Fasilitasi aktivitas motorik kasar untuk pasien hiperaktif</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan metode keluarga dalam aktivitas, <i>jika perlu</i></li> <li>2. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, and kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan</li> <li>4. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, <i>jika sesuai</i></li> <li>5. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, <i>jika sesuai</i></li> <li>2. Rujuk pada pusat atau program aktivitas, <i>jika perlu</i></li> </ol>	
--	--	--

<p>Ansietas</p> <p><b>Definisi:</b> Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan, maka diharapkan ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku gelisah menurun (skala 5)</li> <li>2. Perilaku tegang menurun (skala 5)</li> <li>3. Frekuensi nadi membaik (skala 5)</li> <li>4. Pola tidur membaik (skala 5)</li> </ol> <p><b>Penyebab:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Krisis situasional</li> <li>2. Kebutuhan tidak terpenuhi</li> <li>3. Krisis maturasional</li> <li>4. Ancaman terhadap konsep diri</li> <li>5. Ancaman terhadap kematian</li> <li>6. Kekhawatiran mengalami kegagalan</li> <li>7. Disfungsi sitem keluarga</li> <li>8. Hubungan orangtua-anak tidak memuaskan</li> <li>9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)</li> <li>10. Penyalahgunaan zat</li> <li>11. Terpapar bahaya lingkungan (mis.toksin, polutan, dll)</li> <li>12. Kurang terpapar informasi</li> </ol> <p><b>Gejala dan Tanda Mayor:</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa bingung</li> <li>2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> <li>3. Sulit berkonsentrasi</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak gelisah</li> <li>2. Tampak tegang</li> <li>3. Sulit tidur</li> </ol>	<p>Reduksi Ansietas</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis.kondisi, waktu, stressor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang dialami</li> <li>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i></li> <li>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, <i>sesuai kebutuhan</i></li> <li>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> <li>7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</li> <li>8. Latih teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, <i>jika perlu</i></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantuan Kontrol Marah</li> <li>2. Biblioterapi</li> <li>3. Dukungan Emosi</li> <li>4. Dukungan Hipnosis Diri</li> <li>5. Dukungan Kelompok</li> <li>6. Dukungan Memaafkan</li> <li>7. Dukungan Kereyakinan</li> <li>8. Dukungan Melaksanakan Ibadah</li> <li>9. Dukungan Pengungkapan Kebutuhan</li> <li>10. Dukungan proses berduka</li> <li>11. Intervensi Krisis</li> <li>12. Konseling</li> <li>13. Menejemen Demensia</li> <li>14. Persiapan Pembedahan</li> <li>15. Teknik Distraksi</li> <li>16. Terapi Hipnosis</li> <li>17. Teknik Imajinasi Terbimbing</li> <li>18. Teknik Menenangkan</li> <li>19. Terapi Biofeedback</li> <li>20. Terapi Diversional</li> <li>21. Terapi Musik</li> <li>22. Terapi Penyalahgunaan Zat</li> <li>23. Terapi Relaksasi Otot Progresif</li> <li>24. Terapi Reminisens</li> <li>25. Terapi Seni</li> <li>26. Terapi Validasi</li> </ol>
--	---	--

<p><b>Gejala dan Tanda Minor:</b></p> <p><b>Subjetif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh pusing</li> <li>2. Anoreksia</li> <li>3. Palpitasi</li> <li>4. Merasa tidak berdaya</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nafas meningkat</li> <li>2. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>3. Tekanan darah meningkat</li> <li>4. Diaforesis</li> <li>5. Tremor</li> <li>6. Muka tampak pucat</li> <li>7. Suara bergetar</li> <li>8. Kontak mata buruk</li> <li>9. Sering berkemih</li> <li>10. Berorientasi pada masa lalu</li> </ol>	<p>Terapi Relaksasi</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</li> <li>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>5. Monitor respons terhadap teknik relaksasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, <i>jika memungkinkan</i></li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>3. Gunakan pakaian longgar</li> <li>4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, <i>jika sesuai</i></li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (musik, meditasi, nafas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> <li>6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. nafas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</li> </ol>	
---	--	--

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah perwujudan intervensi keperawatan yang telah dibuat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan meliputi pengumpulan data secara berkelanjutan, mengamati respons klien selama dan sesudah dilakukan tindakan keperawatan, dan menilai data yang baru (Pertami, 2015).

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah penilaian yang dilakukan dengan membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat di intervensi keperawatan. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui tujuan yang telah dibuat tercapai atau tidak tercapai. Evaluasi di rumah sakit ditetapkan setiap 24 jam kecuali untuk kasus gawat darurat dan intensive care (Pertami, 2015).

Tabel 3  
Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2018)

Tingkat Nyeri	L.0866
Definisi	Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan
Ekspektasi	Menurun

#### Kriteria hasil

Kemampuan menuntaskan aktivitas	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Sulit tidur	1	2	3	4	5
Menarik diri	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Perasaan depresi	1	2	3	4	5
Perasaan takut mengalami cedera berulang	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Perineum terasa tertekan	1	2	3	4	5
Uterus teraba membulat	1	2	3	4	5
Ketegangan otot	1	2	3	4	5

Pupil dilatasi	1	2	3	4	5
Muntah	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Pola nafas	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Proses berfikir	1	2	3	4	5
Fokus	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Perilaku	1	2	3	4	5
Nafsu makan	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

## C. Tinjauan Konsep Penyakit

### 1. Definisi Diabetes Melitus

Penyakit diabetes melitus dikenal juga dengan penyakit kencing manis atau kencing gula. Kurang lebih dua ribu tahun lalu, dua ahli kesehatan Yunani, yaitu *Celcus* dan *Areteus*, memberikan sebutan diabetes pada orang yang menderita banyak minum dan banyak kencing. Oleh karena itu, sampai saat ini penderita “*banyak minum*” dan “*banyak kencing*” tersebut, dalam dunia kedokteran, dikenal dengan istilah Diabetes Melitus (DM). DM tergolong penyakit tidak menular yang penderitanya tidak dapat secara otomatis mengendalikan tingkat gula (glukosa) dalam darahnya. Pada tubuh yang sehat, kelenjar pankreas melepas hormon insulin yang bertugas mengangkut gula melalui darah ke otot-otot dan jaringan lain untuk memasok energi (Manurung, 2018).

Diabetes melitus merupakan kondisi kronis yang ditandai dengan peningkatan konsentrasi glukosa darah disertai munculnya gejala utama yang khas, yakni urine yang berasa manis dalam jumlah yang besar. Diabetes melitus menjadi masalah kesehatan masyarakat utama karena komplikasinya bersifat jangka pendek dan jangka panjang. Defisiensi absolut dari insulin menyebabkan ketoasidosis dan koma yang diikuti

dengan kematian, bahkan di Inggris ataupun negara maju lainnya (Donelli, 2014).

Diabetes melitus tipe 2 merupakan penyakit hiperlikemi akibat insensivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pankreas, maka diabetes melitus tipe 2 dianggap sebagai non insulin dependent diabetes melitus. Diabetes melitus tipe 2 merupakan penyakit gangguan metabolik yang ditandai oleh kenaikan gula darah akibat penurunan sekresi insulin oleh sel beta pankreas dan atau gangguan fungsi insulin (resistensi insulin) (Fatimah, 2015).

## **2. Etiologi Diabetes Melitus**

Berikut ini merupakan beberapa penyebab dari penyakit diabetes melitus:

### **a. Diabetes Melitus Tipe 1 (IDDM)**

#### **1) Faktor Genetik**

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe 1 itu sendiri, tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya diabetes melitus tipe 1.

#### **2) Faktor-Faktor Imunologi**

Adanya respons otoimun yang merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing, yaitu otoantibodi terhadap sel-sel pulau Langerhans dan insulin endogen.

#### **3) Faktor Lingkungan**

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses otoimun yang menimbulkan distruksi sel beta.

### **b. Diabetes Melitus Tipe 2 (NIDDM)**

Mekanisme tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe 2 masih belum diketahui. Faktor genetik memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin.

Faktor resiko:

- 1) Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun)
- 2) Obesitas, berkaitan dengan resistensi kegagalan toleransi glukosa yang menyebabkan diabetes tipe 2. Hal ini jelas dikarenakan persediaan cadangan glukosa dalam tubuh mencapai level yang tinggi. Selain itu, kadar kolesterol dalam darah serta kerja jantung yang harus ekstra keras memompa darah ke seluruh tubuh menjadi pemicu obesitas. Pengurangan berat badan sering kali dikaitkan dengan perbaikan dalam sensitivitas dan pemulihan toleransi glukosa.
- 3) Riwayat Keluarga  
Indeks untuk diabetes tipe 2 pada kembar monozigot hampir 100%. Risiko perkembangan diabetes tipe 2 pada saudara kandung mendekati 40% dan 33% untuk anak cucunya. Jika orangtua menderita diabetes tipe 2, rasio diabetes dan nondiabetes pada anak adalah 1:1 dan sekitar 90% pasti membawa carrier diabetes tipe 2 (Manurung, 2018).

### **3. Tanda dan Gejala Diabetes Melitus**

Penderita diabetes melitus umumnya menampakkan tanda dan gejala di bawah ini meskipun tidak semua dialami oleh penderita:

- a. Jumlah urine yang dikeluarkan lebih banyak (Polyuria)
- b. Sering atau cepat merasa haus/dahaga (Polydipsia)
- c. Lapar yang berlebihan atau makan banyak (Polyphagia)
- d. Frekuensi urine meningkat/kencing terus (Glycosuria)
- e. Keilangan berat badan yang tidak jelas sebabnya
- f. Kesemutan/mati rasa pada ujung saraf telapak tangan dan kaki.
- g. Cepat lelah dan lemah setiap waktu
- h. Mengalami rabun penglihatan secara tiba-tiba
- i. Apabila luka/tergores (korengan) lambat penyembuhannya
- j. Mudah terkena infeksi terutama pada kulit

Lain halnya dengan penderita diabetes melitus tipe 2, umumnya mereka tidak mengalami berbagai gejala di atas. Bahkan mereka mungkin tidak mengetahui telah menderita kencing manis.

#### **4. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus**

Menurut (Masjoer, 2000:580), diagnosa diabetes melitus awalnya dipikirkan dengan adanya gejala khas berupa polyfagia, polyuria, polydipsia, lemas, dan berat badan menurun. Gejala lain yang mungkin dikeluhkan pasien adalah kesemutan, gatal, mata kabur, dan impotensi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita (Manurung, 2018).

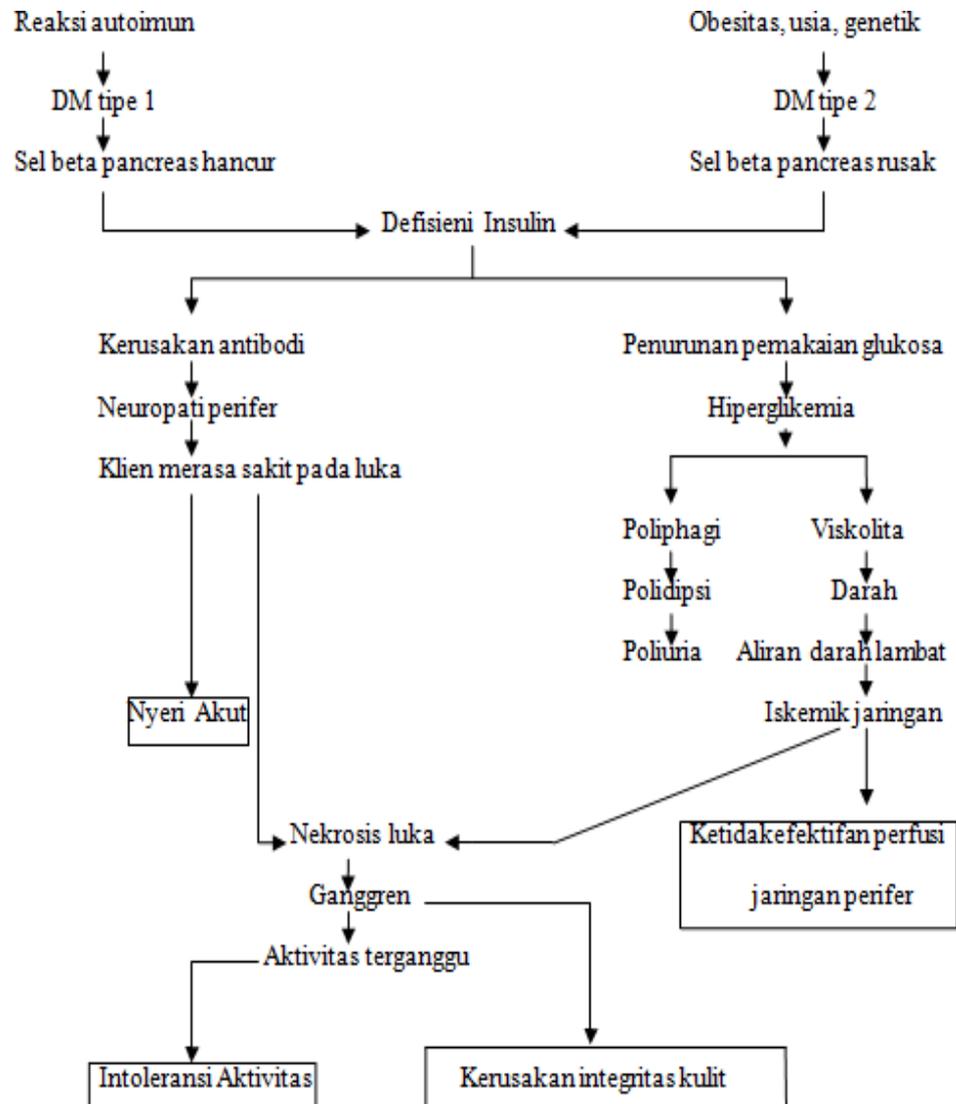
#### **5. Patofisiologi Diabetes Melitus**

Sebagian besar gambaran patologik dari diabetes melitus dapat dihubungkan dengan salah satu efek utama akibat kurangnya insulin berikut: berkurangnya pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh yang mengakibatkan naiknya konsentrasi glukosa darah setinggi 300-1200 mg/dl. Peningkatan mobilitas lemak dari daerah penyimpanan lemak yang menyebabkan terjadinya metabolisme lemak yang abnormal disertai dengan endapan kolesterol pada dinding pembuluh darah dan akibat dari berkurangnya protein dalam jaringan tubuh.

Pasien-pasien yang mengalami defisiensi insulin tidak dapat mempertahankan kadar glukosa plasma puasa yang normal atau toleransi sesudah makan. Pada hiperglikemia yang parah yang melebihi ambang ginjal normal konsentrasi glukosa darah sebesar 160-180 mg/100 ml, akan timbul glikosuria karena tubulus-tubulus renalis tidak dapat menyerap kembali semua glukosa. Glukosuria ini akan mengakibatkan diuresis osmotik yang menyebabkan poliuri disertai kehilangan sodiem, klorida, potasium, dan pospat. Adanya poliuri menyebabkan dehidrasi dan timbul polidipsi. Akibat glukosa yang keluar bersama urine, maka pasien akan mengalami keseimbangan protein negatif dan berat badan menurun serta cenderung terjadi polifagi. Akibat yang lain adalah astenia atau kekurangan energi sehingga pasien menjadi cepat lelah dan mengantuk yang disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya protein tubuh dan juga berkurangnya penggunaan karbohidrat untuk energi. Hiperglikemia yang

lama akan menyebabkan arteklerosis, penebalan membran basalis dan perubahan pada saraf perifer dan akan memudahkan terjadinya gangren (Manurung, 2018).

## 6. Pathway Diabetes Melitus



Sumber: Smeltzer & Bare, 2015

**Gambar 4 Pathway Diabetes Melitus**

## 7. Penatalaksanaan Diabetes Melitus

Prinsip penatalaksanaan diabetes melitus secara umum ada empat sesuai dengan konsesus pengelolaan diabetes melitus di Indonesia tahun 2006 yaitu:

a. Diet

Prinsip pengaturan makan pada penyandang diabetes melitus hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum yaitu sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi seimbang masing-masing individu. Pada penyandang diabetes perlu ditekankan pentingnya keteraturan makan dalam hal jadwal makan, jenis, dan jumlah makanan, terutama pada mereka yang menggunakan obat penurun glukosa darah atau insulin.

b. *Exercise* (latihan fisik/olahraga)

Dianjurkan latihan secara teratur (3-4 kali seminggu) selama kurang lebih 30 menit, yang sifatnya sesuai dengan *continous, rhythmical, interval, progresive, endurance* (CRIPE). Sebagai contoh adalah olahraga ringan jalan kaki biasa selama 30 menit.

c. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan sangat penting dalam pengelolaan. Pendidikan kesehatan pencegahan primer harus diberikan kepada kelompok masyarakat resiko tinggi. Pendidikan kesehatan sekunder diberikan kepada kelompok pasien diabetes melitus, sedangkan pendidikan kesehatan tersier diberikan kepada pasien yang sudah mengidap diabetes melitus dengan penyulit menahun.

d. Obat : oral hipoglikemik, insulin

Jika pasien telah melakukan pengaturan makan dan latihan fisik tetapi tidak berhasil mengendalikan kadar gula darah, maka dipertimbangkan pemakaian obat hipoglikemik.

Tujuan penatalaksanaan diabetes melitus yaitu:

- a. Jangka pendek: hilangnya keluhan dan tanda diabetes melitus, mempertahankan rasa nyaman dan tercapainya target pengendalian glukosa darah.
- b. Jangka panjang: tercegah dan terhambatnya progresivitas penyulit mikroangiopati, makroangiopati, dan neuropati (Fatimah, 2015).