

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Haswita; Reni Sulistyowati, 2017).

Menurut Haswita dan Reni Sulistyowati (2017), Teori Hierarki kebutuhan Maslow merupakan teori interdisiplin yang berguna untuk membuat prioritas asuhan keperawatan. Hierarki kebutuhan dasar manusia termasuk lima tingkat prioritas, yaitu :

- a. Dasar paling bawah atau tingkat pertama, termasuk kebutuhan fisiologis, seperti udara, air, dan makanan aktivitas dan istirahat.
- b. Tingkat kedua yaitu kebutuhan keamanan dan perlindungan, termasuk juga keamanan fisik dan psikologis.
- c. Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan memiliki, termasuk di dalamnya hubungan pertemanan, hubungan sosial, dan hubungan cinta.
- d. Tingkat keempat yaitu kebutuhan akan penghargaan dan penghargaan diri, termasuk juga kepercayaan diri, pendayagunaan, penghargaan, dan nilai diri.
- e. Tingkat terakhir merupakan kebutuhan untuk aktualisasi diri, keadaan pencapaian potensi, dan mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan beradaptasi dengan kehidupan.

2. Konsep Dasar Rasa Aman dan Nyaman

Potter dan Perry mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri).

Kenyamanan harus dipandang secara holistik yang mencakup 4 aspek, yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi (harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Haswita; Reni Sulistyowati, 2017).

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan.

b. Fisiologi Nyeri

Saat terjadinya stimulus yang menimbulkan kerusakan jaringan hingga pengalaman emosional dan psikologis yang menyebabkan nyeri, terdapat rangkaian peristiwa elektrik dan kimiawi yang kompleks, yaitu transduksi, transmisi, modulasi dan persepsi. Pertama proses transduksi, yaitu proses dimana stimulus noxious diubah menjadi aktivitas elektrik pada ujung saraf sensorik (reseptor) terkait. Proses berikutnya, yaitu transmisi, dalam proses ini terlibat

tiga komponen saraf yaitu saraf sensorik perifer yang meneruskan impuls ke medulla spinalis, kemudian jaringan saraf yang meneruskan impuls yang menuju ke atas (ascendens), dari medulla spinalis ke batang otak dan thalamus. Yang terakhir hubungan timbal balik antara thalamus dan korteks. Proses ketiga adalah modulasi, yaitu aktivitas saraf yang bertujuan mengontrol transmisi nyeri. Suatu senyawa tertentu telah ditemukan di sistem saraf pusat yang secara selektif menghambat transmisi nyeri di medulla spinalis. Senyawa ini diaktifkan jika terjadi relaksasi atau obat analgetika seperti morfin. Proses terakhir adalah persepsi, proses impuls nyeri yang di transmisikan hingga menimbulkan perasaan subyektif dari nyeri sama sekali belum jelas. Bahkan struktur otak yang menimbulkan persepsi tersebut juga tidak jelas.

Nyeri diawali sebagai pesan yang diterima oleh saraf-saraf perifer. Zat kimia (substansi P, bradikinin, prostaglandin) dilepaskan, kemudian menstimulasi saraf perifer, membantu mengantarkan pesan nyeri dari daerah yang terluka ke otak. Sinyal nyeri dari daerah yang terluka berjalan sebagai impuls elektrokimia disepanjang nervus ke bagian dorsal spinal cord (daerah pada spinal yang menerima sinyal dari seluruh tubuh). Pesan kemudian dihantarkan ke thalamus, pusat sensoris di otak di mana sensasi seperti panas, dingin, nyeri dan sentuhan pertama kali di persepsikan. Pesan lalu dihantarkan ke korteks, dimana intensitas dan lokasi nyeri dipersepsikan. Penyembuhan nyeri dimulai sebagai tanda dari otak kemudian turun ke spinal cord. Di bagian dorsal, zat kimia seperti endorfin dilepaskan untuk mengurangi nyeri di daerah yang terluka.

Di dalam spinal cord, ada gerbang yang dapat terbuka dan tertutup. Saat gerbang terbuka, impuls nyeri lewat dan dikirim ke otak. Impuls dari saraf pusat juga dapat menutup gerbang, misalnya motivasi individu yang bersemangat ingin sembuh dapat mengurangi dampak atau beratnya nyeri yang dirasakan.

Nyeri akan menyebabkan respon tubuh meliputi aspek fisiologis

dan psikologis, merangsang respon otonom (simpatis dan parasimpatis), respon simpatis akibat nyeri seperti peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, peningkatan pernafasan, meningkatkan tegangan otot, dilatasi pupil, wajah pucat, diaphoresis, sedangkan respon parasimpatis seperti nyeri dalam, berat, berakibat tekanan darah turun, nadi turun, mual dan muntah, kelemahan, kelelahan dan pucat.

Pada kasus nyeri yang parah dan serangan yang mendadak merupakan ancaman yang mempengaruhi manusia sebagai sistem terbuka untuk beradaptasi dari stressor yang mengancam dan mengganggu keseimbangan. Hypothalamus merespon terhadap stimulus nyeri dari reseptor perifer atau korteks cerebral melalui sistem hypothalamus pituitary dan adrenal dengan mekanisme medulla adrenal hipofise untuk menekan fungsi yang tidak penting bagi kehidupan sehingga hilangnya situasi menegangkan dan korteks adrenal hipofise untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dan menyediakan energi kondisi emergency untuk mempercepat penyembuhan. Apabila mekanisme ini tidak berhasil mengatasi stressor (nyeri) dapat menimbulkan respon stres seperti turunnya sistem imun pada peradangan dan menghambat penyembuhan dan kalau makin parah dapat terjadi syok ataupun perilaku yang meladaptif (Haswita; Sulistyowati, Reni, 2017).

c. Klasifikasi Nyeri

1. Jenis nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral, dan nyeri psikogenik, antara lain :

1) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

a) Nyeri superfisial : rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.

- b) Nyeri visceral : rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri dirongga abdomen, kranium, dan toraks.
 - c) Nyeri alih : rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- 2) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak dan talamus.
 - 3) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.

2. Bentuk nyeri

Bentuk nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik (Haswita; Sulistyowati, Reni, 2017).

Tabel 2.1
Perbedaan Antara Nyeri Akut dan Nyeri Kronik

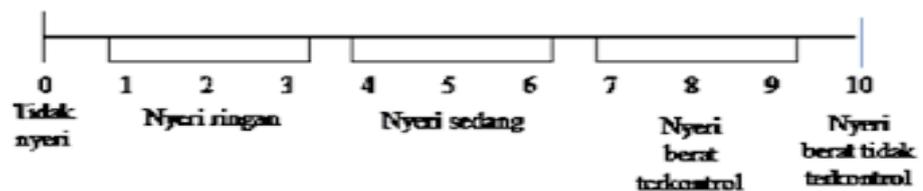
Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan lebih atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit dievaluasi
Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas yang tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber: (Haswita; Sulistyowati, Reni, 2017)

d. Pengukuran Intensitas Nyeri

1. Skala Nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-10 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan (Haswita; Sulistyowati, Reni, 2017).



Gambar 2.1 Skala Nyeri Hayward

2. Skala nyeri menurut Mc. Gill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala menurut Mc. Gill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan dari 0-5 yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang sangat ia rasakan (Haswita; Sulistyowati, Reni, 2017).

Skala nyeri menurut Mc. Gill dapat dituliskan sebagai berikut:

- 1 = Tidak nyeri
- 2 = Nyeri ringan
- 3 = Nyeri sedang
- 4 = Nyeri berat atau parah
- 5 = Nyeri sangat berat
- 6 = Nyeri hebat

3. Skala wajah atau wong-baker FACES rating

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut

menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia (Haswita; Sulistyowati, Reni, 2017).



Gambar 2.2 Skala Wajah

Keterangan :

- 1 : Tidak nyeri
- 1-3 :Nyeri ringan (secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik dan memiliki gejala yang tidak dapat terdeteksi).
- 4-6 :Nyeri sedang (secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik. Memiliki adanya peningkatan frekuensi pernafasan, tekanan darah, kekuatan otot, dan dilatasi pupil).
- 7-9 :Nyeri berat (secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih berespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi. Memiliki karakteristik muka klien pucat, kekakuan otot, kelemahan dan keletihan).
- 10 :Nyeri sangat berat (pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul).

e. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1. Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

2. Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan. Perempuan lebih suka mengkomunikasikan rasa sakitnya, sedangkan laki-laki menerima analgesik opioid lebih sering sebagai pengobatan untuk nyeri.

3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

4. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

5. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

6. Ansietas

Hubungan antar nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas.

7. Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibanding dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri.

8. Gaya coping

Mekanisme coping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Sumber-sumber coping nyeri seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport klien dan menurunkan nyeri klien. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

9. Dukungan keluarga dan social

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi (Haswita; Reni Sulistyowati, 2017).

f. Penanganan Nyeri

1. Farmakologi

a) Analgesik Narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin 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. Namun,

penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernafasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernafasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

b) 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. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

2. Non Farmakologi

a) Relaksasi progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri.

b) Teknik Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami.

c) Kompres panas dan dingin

Reseptor panas dan dingin mengaktivasi serat-serat A-beta ketika temperatur mereka berada antara 4°-5°C dari temperatur tubuh. Reseptor-reseptor ini mudah beradaptasi, membutuhkan temperatur untuk disesuaikan pada interval yang sering berkisar tiap 5-15 menit. Pemberian panas merupakan cara yang baik dalam menurunkan atau meredakan

nyeri sehingga disetujui termasuk kedalam otonomi keperawatan. Kompres panas dapat diberikan dengan menghangatkan peralatan (seperti bantal pemanas, handuk hangat). Kompres dingin juga dapat menurunkan atau meredakan nyeri, dan perawat dapat mempertimbangkan metode ini. Es dapat digunakan untuk mengurangi atau mengurangi nyeri dan untuk mencegah atau mengurangi edema dan inflamasi.

d) Akupresur

Akupresur memungkinkan alur energi yang terkongesti untuk meningkatkan kondisi yang lebih sehat. Perawat ahli terapi mempelajari alur energi atau meridian tubuh dan memberikan tekanan pada titik-titik tertentu disepanjang alur.

e) Napas dalam

Napas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015).

B. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Budiono & Pertami, 2017).

a. Pengkajian awal

1) Identitas Pasien

Pengkajian identitas pasien yaitu nama, alamat, usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, pembiayaan layanan kesehatan dan sumber perawatan medis yang biasa.

2) Keluhan Utama

Keluhan utama merupakan gejala penyakit yang dirasakan pada saat masuk rumah sakit atau saat dilakukan pengkajian.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang kronologis keluhan utama meliputi kapan gejala muncul, apakah awitan gejala mendadak atau bertahap, berapakah masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakteristik keluhan, aktivitas yang Pasien lakukan ketika masalah terjadi, fenomena atau gejala yang berhubungan dengan keluhan utama, faktor yang meningkatkan atau mengurangi masalah.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah pernah menderita gangguan kebutuhan aktivitas sebelumnya.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah memastikan faktor resiko penyakit tertentu, usia saudara kandung, orang tua, dan kakek-nenek serta status kesehatan mereka saat ini, atau jika mereka telah meninggal, penyebab kematian mereka jika perlu dikaji.

6) Data Psikologis

Aspek psikologis yang perlu dikaji diantaranya adalah bagaimana respons psikologis pasien terhadap masalah gangguan aktivitas yang dialaminya, mekanisme koping yang digunakan pasien dalam menghadapi gangguan aktivitas.

7) Gaya Hidup

Pengkajian pada aspek gaya hidup ini meliputi kebiasaan personal, diet, pola tidur/istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, rekreasi/hobi.

8) Data Sosial

Pengkajian pada data sosial ini meliputi hubungan keluarga/persahabatan, persatuan etnik, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, status ekonomi, kondisi rumah dan lingkungan.

9) Pola Perawatan Kesehatan

Hal yang perlu dikaji pada aspek ini adalah semua sumber perawatan kesehatan yang digunakan saat ini dan dimasa lalu.

b. Pola kesehatan fungsional

1) Pola Persepsi-Manajemen Kesehatan

Menggambarkan penjelasan pribadi pasien mengenai kesehatan dan kesejahteraan. Bagaimana pasien mengelola kesehatannya (seperti frekuensi kunjungan kepenyedia layanan kesehatan dan kepatuhan terapi dirumah) pengetahuan tentang praktik pencegahan.

2) Pola Metabolisme-Nutrisi

Menggambarkan pola makan dan minum pasien sehari-hari atau dalam jangka seminggu (seperti pilihan makan tertentu atau makanan yang harus dihindari, diet tertentu, nafsu makan), berat badan, hilang atau bertambahnya berat badan.

3) Pola Eliminasi

Menggambarkan pola eksresi (usus, kandung kemih dan kulit).

4) Pola Aktivitas-Latihan

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, liburan, dan rekreasi; kemampuan untuk dapat menjalankan aktivitas sehari-hari.

5) Pola Istirahat Tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan relaksasi.

6) Pola Kognitif-Persepsi

Menggambarkan pola persepsi sensorik, kemampuan

berbahasa, ingatan, dan pembuatan keputusan.

7) Pola Persepsi Diri-Konsep Diri

Menggambarkan pola konsep dan persepsi diri pasien (seperti konsep diri/penghargaan, pola emosional, gambaran diri).

8) Pola Aturan-Berhubungan

Menggambarkan pola pasien yang berhubungan dengan ikatan atau hubungan.

9) Pola Seksual-Reproduksi

Menggambarkan pola kepuasan dan ketidakpuasan seksual pasien, pola reproduksi pasien, masalah pre dan post menopause.

10) Pola Koping-Toleransi Terhadap Stress

Menggambarkan pola koping pasien dalam menangani stress, sumber dukungan, efektivitas pola koping yang pasien miliki dalam menoleransi stress.

11) Pola Nilai-Kepercayaan

Menggambarkan pola nilai, kepercayaan (termasuk aktivitas keagamaan) dan tujuan yang memengaruhi pilihan dan keputusan pasien (Budiono & Pertami, 2017).

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang anda lakukan dengan menggunakan metode atau teknik P.E (*Physical Examination*) yang terdiri atas :

- 1) Inspeksi, yaitu yang dapat anda lakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.
- 2) Palpasi, yaitu suatu teknik yang dapat anda lakukan dengan menggunakan indera peraba. Langkah-langkah yang anda perlu diperhatikan adalah :
 - a) Ciptakan lingkungan yang kondusif, nyaman dan santai.
 - b) Tangan anda harus dalam keadaan kering, hangat dan kuku pendek.

- c) Semua bagian nyeri dilakukan palpasi yang paling terakhir.
- 3) Perkusi, yaitu pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mengetuk, dengan tujuan untuk membandingkan kiri-kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konstitensi jaringan. Contoh suara-suara yang dihasilkan : sonor, redup, pekak, hipersonor/timpani.
- 4) Auskultasi, yaitu pemeriksaan yang dapat anda lakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop.

Ada 4 ciri-ciri suara yang perlu anda kaji dengan auskultasi, yaitu pitch (dari suara tinggi ke rendah), keras (dari suara halus ke keras), kualitas (meningkat sampai dengan lemah), lama (pendek-menengah-panjang). Suara tambahan atau tidak normal yang dapat anda auskultasi pada jantung dan napas, meliputi : napas *rales, ronchi, wheezing, pleural friction rub*.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga/komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal (SDKI, 2017).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aman dan nyaman (nyeri) adalah :

- a. Nyeri akut
- b. Nyeri Kronis
- c. Gangguan Rasa Nyaman
- d. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Tabel 2.2

Diagnosis Keperawatan Masalah Aman dan Nyaman

No.	Diagnosis Keperawatan	Penyebab/Faktor Resiko	Tanda dan Gejala		Kondisi Klinis Terkait
			Mayor	Minor	
1	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak/ lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p>	<p>1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)</p> <p>2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)</p> <p>3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</p>	<p>Subjektif:</p> <p>1. Mengeluh nyeri</p> <p>Objektif:</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>Subjektif:</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <p>1. Tekana darah meningkat</p> <p>2. Pola napas berubah</p> <p>3. Nafsu makan berubah</p> <p>4. Proses berfikir terganggu</p> <p>5. Menarik diri</p> <p>6. Berfokus pada diri sendiri</p> <p>7. Diaforesis</p>	<p>1. Kondisi pembedahan</p> <p>2. Cedera traumatis</p> <p>3. Infeksi</p> <p>4. Sindrom koroner akut</p> <p>5. Glaukoma</p>
2.	<p>Nyeri Kronis (D.0078)</p> <p>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 yang berlangsung lebih dari 3 bulan</p>	<p>1. Kondisi muskuloskeletal kronis</p> <p>2. Kerusakan sistem saraf</p> <p>3. Penekanan saraf</p> <p>4. Infiltrasi tumor</p> <p>5. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor</p> <p>6. Gangguan imunitas (mis. Neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster)</p> <p>7. Gangguan fungsi metabolic</p> <p>8. Riwayat posisi kerja statis</p> <p>9. Peningkatan indeks masa tubuh</p>	<p>Subjektif :</p> <p>1. Mengeluh nyeri</p> <p>2. Merasa depresi (tertekan)</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Tampak meringis</p> <p>2. Gelisah</p> <p>3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas</p>	<p>Subjektif :</p> <p>1. Merasa takut mengalami cedera berulang</p> <p>Objektif :</p> <p>1. Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri)</p> <p>2. Waspada</p> <p>3. Pola tidur menyemit</p> <p>4. Anoreksia</p> <p>5. Focus menyempit</p> <p>6. Befokus pada diri sendiri</p>	<p>1. Kondisi kronis (mis. Arthriytis reumatoid)</p> <p>2. Infeksi</p> <p>3. Cedera medula spinalis</p> <p>4. Kondisi pasca trauma</p> <p>5. Tumor</p>

3	<p>Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)</p> <p>Definisi: Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala penyakit 2. Kurang pengendalian situasional atau lingkungan 3. Ketidakadekuatan sumber daya (mis. Dukungan financial, social dan pengetahuan) 4. Kurangnya privasi 5. Gangguan stimulus lingkungan 6. Efek samping terapi (mis. Medikasi, radiasi, kemoterapi) 7. Gangguan adaptasi kehamilan 	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh tidak nyaman <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 	<p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Tidak mampu rileks 3. Mengeluh kedinginan/kepanasan 4. Merasa gatal 5. Mengeluh mual 6. Mengeluh lelah <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menunjukkan gejala distress 2. Tampak merintih/menangis 3. Pola eliminasi berubah 4. Postur tubuh berubah 5. Iritabilitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyakit kronis 2. Keganasan 3. Distres psikologis 4. Kehamilan
4	<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)</p> <p>Definisi : Kerusakan kulit (dermis/epidermis) atau jaringan (membran, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul, sendi, dan ligamen)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan) 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor listrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi) 8. Efek samping terapi radiasi 9. Kelembaban 10. Proses penuaan 11. Neuropati perifer 12. Perubahan pigmen 13. Perubahan hormon 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya melindungi integritas kulit 	<p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit 	<p>Subjektif: (tidak tersedia)</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Imobilisasi 2. Gagal jantung kongestif 3. Gagal ginjal 4. Diabetes mellitus 5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)

3. Intervensi Keperawatan

Menurut SIKI (2018), Intervensi keperawatan adalah rangkaian standar pelayanan untuk penyelenggaraan Praktik Keperawatan di Indonesia. Dengan adanya SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) maka perawat dapat menentukan intervensi yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah terstandar sehingga dapat memberi Asuhan Keperawatan yang tepat, seragam secara nasional, peka budaya dan terukur mutu pelayanannya. Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) digunakan penulis untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan (SLKI, 2019).

Adapun Tujuan dan Kriteria hasil serta intervensi dari gangguan kebutuhan nyaman nyeri menurut (SDKI, 2017), (Tim Pokja SLKI, 2018) dan (SLKI, 2019) adalah:

Tabel 2.3

Intervensi Keperawatan Masalah Nyaman Nyeri

Diagnosis Keperawatan 1 Nyeri Akut (D.0077)	
Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>1. Manajemen Nyeri (I.08238) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri. 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bimbingan antisipatif 2. Bimbingan sistem kesehatan 3. Dukungan pemeliharaan rumah 4. Dukungan pengambilan keputusan 5. Dukungan sumber financial 6. Edukasi keluarga: pelayanan masyarakat 7. Edukasi kesehatan 8. Edukasi keselamatan lingkungan 9. Edukasi keselamatan rumah 10. Edukasi latihan fisik 11. Edukasi pada pengasuh 12. Edukasi pengurangan risiko 13. Edukasi penilaian keselamatan 14. Edukasi penyakit 15. Edukasi pencari kesehatan 16. Edukasi program pengobatan 17. Identifikasi risiko 18. Konseling 19. Kontrak perilaku positif 20. Mobilisasi keluarga 21. Orientasi realita 22. Pelaporan status anggota keluarga 23. Penentuan tujuan bersama 24. Promosi literasi kesehatan

<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>. <p>2. Pemberian analgesik (I.14530) Definisi : Menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit.</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat 3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri 4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 5. Monitor efektivitas analgesik <p>Terapeutik:</p> <p>Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum 3. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien 4. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi 	<p>25. Promosi pedoman antisipasi keluarga</p>
---	--

Diagnosis Keperawatan 2 Nyeri Kronis (D.0077)	
Intervensi Utama	Intervensi Pendukung
<p>1. Manajemen Nyeri (I.08238) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas nyeri. 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>2. Perawatan Kenyamanan (I.08245) Definisi : Mengidentifikasi dan merawat pasien untuk meningkatkan rasa nyaman.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis. mual, nyeri, gatal, sesak) 2. Identifikasi pemahaman tentang kondisi, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aromaterapi 2. Dukungan hypnosis diri 3. Dukungan pengungkapan kebutuhan 4. Dukungan koping keluarga 5. Dukungan meditasi 6. Edukasi aktivitas/istirahat 7. Edukasi efek samping obat 8. Edukasi kemoterapi 9. Edukasi kesehatan 10. Edukasi manajemen stres 11. Edukasi manajemen nyeri 12. Edukasi perawatan stoma 13. Edukasi proses penyakit 14. Edukasi Teknik nafas 15. Kompres panas 16. Kompres dingin 17. Konsultasi 18. Latihan pernafasan 19. Latihan rehabilitasi 20. Manajemen efek samping obat 21. Manajemen kenyamanan lingkungan 22. Manajemen mood 23. Manajemen stres 24. Manajemen terapi radiasi 25. Pemantauan nyeri 26. Pemberian analgesik 27. Pemberian obat 28. Pemberian obat intravena 29. Pemberian obat oral 30. Pemberian obat topikal 31. Pengaturan posisi 32. Perawatan amputasi 33. Promosi koping 34. Teknik distraksi 35. Teknik imajinasi terbimbing 36. Terapi akupresur 37. Terapi akupuntur 38. Terapi bantuan hewan 39. Terapi humor 40. Terapi murratal 41. Terapi musik 42. Terpi pemijatan 43. Terapi sentuhan 44. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) 45. Yoga

<p>situasi dan perasaannya</p> <p>3. Identifikasi masalah emosional dan spiritual</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi yang nyaman 2. Berikan kompres dingin atau hangat 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman 4. Berikan pemijatan 5. Berikan terapi akupresur 6. Berikan terapi hipnosis 7. Dukungan keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi atau pengobatan 8. Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi atau pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi atau pengobatan 2. Ajarkan terapi relaksasi 3. Ajarkan latihan pernapasan 4. Ajarkan teknik distraksi dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritas, antihistamin, jika perlu <p>3. Terapi Relaksasi (I.09326) Definisi : Menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan.</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang 	
--	--

<p>dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	
<p>Diagnosis Keperawatan 3 Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)</p>	
<p>Intervensi Utama</p>	<p>Intervensi Pendukung</p>
<p>1. Manajemen Nyeri (I.08238) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan hipnosis diri 2. Dukungan pengungkapan kebutuhan 3. Edukasi aktivitas/istirahat 4. Edukasi efek samping obat 5. Edukasi keluarga: Manajemen nyeri 6. Edukasi kemoterapi 7. Edukasi kesehatan 8. Edukasi latihan fisik 9. Edukasi manajemen stres 10. Edukasi manajemen nyeri 11. Edukasi penyakit 12. Edukasi perawatan kehamilan 13. Edukasi perawatan perineum 14. Edukasi perawatan stoma 15. Edukasi Teknik napas 16. Kompres dingin 17. Kompres panas 18. Konseling 19. Latihan berkemih 20. Latihan eliminasi fekal 21. Latihan pernafasan 22. Latihan rehabilitasi 23. Latihan rentang gerak 24. Manajemen efek samping obat 25. Manajemen hipertermia 26. Manajemen hipotermia 27. Manajemen kenyamanan lingkungan 28. Manajemen kesehatan kerja 29. Manajemen keselatan lingkungan 30. Manajemen mual 31. Manajemen muntah 32. Manajemen nyeri akut 33. Manajemen nyeri kronis 34. Manajemen nyeri persalinan 35. Manajemen stres

<p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>. <p>2. Pengaturan Posisi (I.01019) Definisi : Menempatkan bagian tubuh untuk meningkatkan kesehatan fisiologis dan/atau psikologis.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status oksigen sebelum dan sesudah mengubah posisi 2. Monitor alat traksi agar selalu tepat <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempatkan pada matras atau tempat tidur terapeutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan 5. Sediakan matras yang kokoh atau padat 6. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi 7. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. semi Fowler) 8. Atur posisi yang menghilangkan drainage 9. Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat 10. Imobilisasi dan topeng bagian tubuh yang cedera dengan tepat 11. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat 12. Tinggikan anggota gerak 20° atau lebih di atas level jantung 13. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 14. Berikan bantal yang tepat pada leher 15. Berikan topangan pada area edema (mis. bantah dibawah lengan dan skrotum) 16. Posisikan untuk mempermudah ventilasi atau perfusi (mis. tengkurap/good lung down) 17. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif 18. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan 19. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 36. Manajemen terapi radiasi 37. Manajemen trauma perkosaan 38. Pemantauan nyeri 39. Pemberian obat 40. Pencegahan hipertermi keganasan 41. Penjahitan luka 42. Perawatan amputasi 43. Perawatan area insisi 44. Perawatan inkontinensia fekal 45. Perawatan inkontinensia urine 46. Perawatan kehamilan 47. Perawatan kenyamanan 48. Perawatan pasca persalinan 49. Perawatan perineum 50. Perawatan rambut 51. Perawatan seksio sesaria 52. Teknik Latihan penguatan otot dan sendi 53. Terapi pemijatan 54. Terapi relaksasi
--	---

<p>20. Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi</p> <p>21. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka</p> <p>22. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi</p> <p>23. Ubah posisi setiap 2 jam</p> <p>24. Ubah posisi dengan teknik log roll</p> <p>25. Pertahankan posisi dan integritas traksi</p> <p>26. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi</p> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara menggunakan poster yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah posisi, jika perlu <p>3. Terapi Relaksasi (I.09326) Definisi : Menggunakan teknik peregangan untuk mengurangi tanda dan gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai 	
--	--

<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) 	
<p>Diagnosis Keperawatan 4 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)</p>	
<p>Intervensi Utama</p>	<p>Intervensi Pendukung</p>
<p>1. Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Definisi : Mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembaban, dan mencegah perkembangan mikroorganisme.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penggunaan mobilitas) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi tiap 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 petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 	<ol style="list-style-type: none"> 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 intramuscular 13. Pemberian obat intravena 14. Pemberian obat kulit 15. Pemberian obat subkutan 16. Pemberian obat topical 17. Penjahitan luka 18. Perawatan luka insisi 19. Perawatan imobilisasi 20. Perawatan kuku 21. Perawatan luka bakar 22. Perawatan luka tekan 23. Perawatan luka pasca seksio sesaria 24. Perawatan skingraft 25. Teknik latihan penguatan otot dan sendi 26. Terapi lintar 27. Skirining kanker

<p>7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</p> <p>2. Perawatan luka (I.14564) Definisi : Mengidentifikasi dan meringankan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi.</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran dan bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan 2. Cukur rambut disekitar area luka, <i>jika perlu</i> 3. Bersihkan dengan cairan NaCL/pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi, <i>jika perlu</i> 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi tiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kg BB/hari dan protein 1,25-1,5g/kg BB/atau hari 11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, zink, asam amino) sesuai indikasi 12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutananeous), <i>jika perlu</i> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur <i>debridement</i> (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i> 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i> 	
---	--

Sumber: (Tim Pokja SLKI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan

sebuah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono & Pertami, 2017).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah fase akhir dari proses keperawatan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Menentukan evaluasi hasil dibagi 5 komponen yaitu:

- 1) Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi.
- 2) Mengumpulkan data mengenai keadaan klien terbaru.
- 3) Menganalisa dan membandingkan data terhadap kriteria dari standar.
- 4) Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.
- 5) Melaksanakan tindakan sesuai berdasarkan kesimpulan.

Tabel 2.4

Evaluasi Keperawatan Masalah Aman dan Nyaman

Diagnosis Keperawatan 1 Nyeri Akut (D.0077)	
Tingkat Nyeri (L.08066) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas hingga berat dan konsten.	Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun
Diagnosis Keperawatan 2 Nyeri Kronis (D.0077)	
Tingkat Nyeri (L.08066) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas hingga berat dan konsten.	Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun
Diagnosis Keperawatan 3 Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)	
Status Kenyamanan (L.08064) Definisi: Keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, sosial, budaya dan lingkungan.	Kriteria Hasil : 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun
Diagnosis Keperawatan 4 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)	
Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Definisi: Keutuhan kulit (dermis/epidermis) atau jaringan	Kriteria Hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun

(membran, mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).	2. Kerusakan lapisan kulit menurun
---	------------------------------------

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes Melitus (DM) adalah sekelompok kelainan metabolik yang diakibatkan oleh adanya kenaikan kadar glukosa darah dalam tubuh. Kadar glukosa darah secara normal berkisar antara 70-120 mg/dL. Diagnosa Diabetes Melitus ditemukan apabila kadar glukosa sewaktu >200 g/dL, atau gula darah puasa >126 g/dL, atau tes toleransi glukosa oral >200 g/dL disertai gejala klasik diabetes yaitu *poliuria* (sering buang air kecil), *polidipsia* (sering haus) dan *polifagia* (banyak makan) (Indonesia, 2017).

Diabetes melitus terjadi bila insulin yang dihasilkan tidak cukup untuk mempertahankan gula darah dalam batas normal atau jika sel tubuh tidak mampu berespon dengan tepat sehingga akan muncul keluhan khas diabetes melitus berupa *poliuria* (sering buang air kecil), *polidipsia* (sering haus) dan *polifagia* (banyak makan), penurunan BB, kelemahan, kesemutan, pandangan kabur dan disfungsi ereksi pada laki-laki dan pruritus vulvae (gatal-gatal dikemaluan) pada wanita (Damayanti, 2015).

Luka kaki diabetes antaranya adalah neuropati. Neuropati adalah ketika seorang penderita DM tidak bisa merasakan sensasi pada bagian luka yang cukup parah. Ulkus diabetes adalah suatu komplikasi kronik dari DM yang berupa luka terbuka. Ulkus merupakan kematian dari jaringan setempat, hal tersebut menyebabkan adanya kuman sehingga mengakibatkan ulkus berbau. Apabila luka ulkus diabetes tidak dilakukan perawatan yang baik maka proses penyembuhan akan lama, dan faktor-faktor resiko infeksi semakin tinggi bahkan apabila infeksi sudah terlalu parah seperti terjadinya neuropati perifer maka dapat juga dilakukan amputasi guna mencegah adanya pelebaran infeksi ke jaringan yang lain. Adapun tindakan lain yaitu seperti debridement (Yunita, 2015).

Debridement adalah menghilangkan jaringan mati juga membersihkan luka dari kotoran yang berasal dari luar yang termasuk benda asing bagi tubuh. Caranya yaitu dengan mengompres luka

menggunakan cairan atau beberapa material perawatan luka yang fungsinya untuk meresap dan mengangkat bagian-bagian tubuh luka yang nekrotik.

Setelah dilakukan debridement, luka harus dilakukan irigasi larutan garam fisiologis atau larutan lain dan dilakukan dressing atau juga disebut dengan kompres dan dibalut sampai luka tertutup untuk mencegah resiko infeksi setelah pembedahan (Sjamsuhidajat, 2013).

2. Etiologi Diabetes Melitus

a. DM Tipe I

Diabetes melitus tipe I ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pankreas. Kombinasi faktor dari diabetes melitus yaitu :

- 1) Genetik, karena penderita diabetes mewarisi predisposisi/kecenderungan genetik pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (human leucocyte antigen).
- 2) Immunologi (autoimun)
- 3) Lingkungan (misalnya : infeksi virus)

Diperkirakan turut menimbulkan destruksi sel beta. Diabetes tipe I merupakan gangguan katabolisme yang ditandai oleh kekurangan insulin absolute, peningkatan glukosa darah dan pemecahan lemak dan protein tubuh (Indonesia, 2017).

b. DM Tipe II

DM tipe II atau dikenal juga sebagai *Insulin Resistance* (insulin ada namun tidak bekerja). Faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin Smeltzer & Bare (2001). Diabetes tipe II disebabkan oleh kombinasi faktor genetik yang berhubungan dengan gangguan sekresi insulin dan resistansi insulin dan faktor-faktor seperti :

- 1) Usia (resistensi cenderung meningkat di usia 65 tahun).
- 2) Obesitas, makan berlebih, kurang olahraga, stress dan penuaan.
- 3) Riwayat keluarga dengan diabetes melitus (Indonesia, 2017).

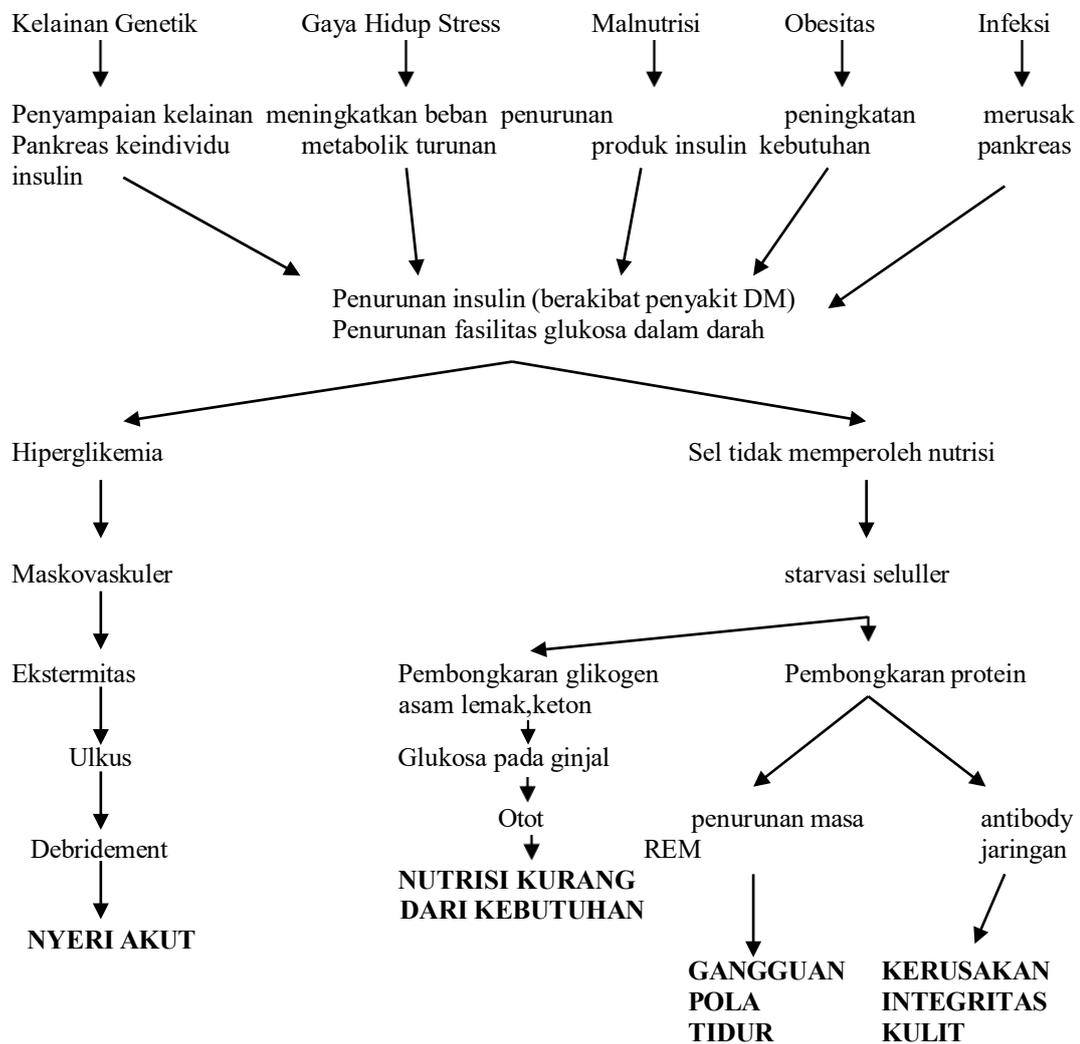
3. Manifestasi Klinis Diabetes Melitus

Manifestasi klinis Diabetes Melitus tergantung pada tingkat *hiperglikemia* yang dialami oleh pasien. Manifestasi klinis khas yang dapat muncul pada seluruh tipe diabetes meliputi tria *poli*, yaitu *poliuria*, *polidipsi*, dan *poliphagi*. *Poliuria* dan *polidipsi* terjadi sebagai akibat kehilangan cairan berlebih yang menghubungkan dengan *diuresis osmotik*. Pasien juga mengalami *poliphagi* akibat dari kondisi metabolik yang diinduksi oleh adanya defisiensi insulin serta pemecah lemak dan protein. Gejala-gejala lain yaitu: kelemahan, kelelahan, perubahan penglihatan yang mendadak, perasaan gatal atau kekebasan pada tangan atau kaki, kulit kering, adanya lesi luka yang penyembuhannya lambat dan infeksi berulang (Damayanti, 2015, p. 21).

4. Patofisiologi dan Pathway

Proses perjalanan penyakit DM beserta keluhan yang mungkin timbul menurut (Riyadi & Suyono, 2017) dapat digambarkan dalam bentuk bagian alur sebagai berikut :

Pathway Diabetes Melitus



Sumber: (Riyadi & Suyono, 2017)

Gambar 2.3
Pathway Diabetes Melitus

5. Komplikasi Diabetes Melitus

Komplikasi pada penderita DM (Damayanti, 2015, p. 25) :

a. Komplikasi yang bersifat akut

1) *Hipoglikemia*

Kadar gula darah yang terlalu rendah sampai dibawah 60mg/dL disebut *hipoglikemia*. Keadaan ini bisa menjadi gawat darurat dan memerlukan pertolongan segera.

2) *Ketoasidosis diabetik*

Ketoasidosis diabetik adalah keadaan gawat darurat akibat *hiperglikemia* dimana terbentuk banyak asam dalam darah. Hal ini terjadi akibat sel otot tidak mampu lagi membentuk energi sehingga dalam keadaan darurat ini, tubuh akan memecah lemak dan terbentuklah asam yang berbentuk racun dalam peredaran darah yang disebut *keto*. *Ketoasidosis* ini sering terjadi pada Diabetes Tipe I akibat suntikan insulin berhenti atau kurang atau mungkin karena lupa menyuntikkan atau tidak menaikkan dosis padahal ada makanan ekstra yang menyebabkan gula darah naik.

3) Koma Hiperosmolar Non-Ketotik (Koma Honk)

Koma Honk adalah bila gula darah semakin tinggi sehingga darah menjadi “kental”. Kadar gula darah pada penderita koma honk bisa mencapai 600mg/dL. Gula ini akan menarik air keluar sel dan selanjutnya keluar dari tubuh melalui kencing. Maka timbulah kekurangan cairan tubuh atau dehidrasi.

b. Komplikasi yang bersifat kronik

1) Kerusakan saraf (*neuropati*)

Kerusakan saraf adalah komplikasi DM yang paling sering terjadi. Ada penelitian yang menyebutkan lebih dari 60% pasien DM akan mengalami komplikasi ini. Penderita DM Tipe I maupun Tipe II bisa terkena *neuropati*. Hal ini terjadi setelah glukosa darah terus tinggi tidak terkontrol dengan baik dan berlangsung sampai 10 tahun atau lebih. Apabila glukosa darah berhasil

diturunkan menjadi normal, kadang perbaikan saraf bisa terjadi. Keluhan yang timbul bervariasi, mungkin nyeri pada tangan dan kaki.

2) *Neuropati perifer*

Neuropati diabetik yang sering terjadi adalah *neuropati perifer*. Kerusakan ini mengenai saraf *perifer* atau saraf tepi, yang biasanya berada di anggota gerak bawah, yaitu pada kaki dan tungkai bawah. Gangguan kaki diabetik terjadi karena kendali kadar gula yang tidak dilakukan dengan baik dan berlangsung terus-menerus selama bertahun-tahun. Penyebab utamanya adalah kerusakan syaraf (*neuropati diabetik*) dan gangguan pembuluh darah. Syaraf yang sudah rusak membuat pasien DM tidak dapat merasakan sakit, panas atau dingin pada tangan dan kaki. Hal itu menyebabkan penderita DM mengalami cedera, maka dari itu penderita DM diharuskan menggunakan alas kaki ketika berjalan untuk meminimalisir cedera.

3) Kerusakan mata

Penyakit DM dapat merusak dan menjadi penyebab utama kebutaan. Setelah mengidap DM selama 15 tahun, rata-rata 2% penderita DM menjadi buta dan 10% mengalami cacat penglihatan.

4) Penyakit jantung

Diabetes merusak dinding pembuluh darah yang menyebabkan penumpukan lemak di dinding yang rusak dan menyempitkan pembuluh darah. Akibatnya suplai darah ke otot jantung berkurang dan tekanan darah meningkat, sehingga kematian mendadak bisa terjadi.

5) Hipertensi

Penderita DM cenderung 2x lipat terkena hipertensi dibandingkan mereka yang tidak menderita DM.

6) Stroke

Bila dilihat dari daftar resiko untuk stroke, DM menempati urutan ke 2 dibawah hipertensi. Dengan makin banyaknya kasus DM sudah pasti angka kejadian stroke juga akan semakin bertambah. Pasien stroke pada glukosa darah tinggi, apapun sebabnya berpeluang lebih besar untuk makin memburuk dari pada pasien stroke yang kadar glukosanya rendah.

7) Gangguan pada hati

Gangguan hati yang sering ditemukan pada penderita DM adalah perlemakan hati, biasanya (hampir 50%) pada penderita DM Tipe II dan gemuk. Kelainan ini jangan dibiarkan karena bisa merupakan penanda adanya penimbunan lemak di jaringan tubuh lainnya.

8) Penyakit paru-paru

Penderita DM lebih mudah terserang infeksi *tuberculosis* paru-paru dibandingkan dengan orang biasa, sekalipun anda bergizi baik dengan secara sosio-ekonomi cukup. Angka penyakit paru-paru ini di Indonesia mencapai 10%. DM memperberat infeksi paru-paru dan sebaliknya sakit paru-paru akan menaikkan gula darah. Pengobatan harus bersamaan dengan pemberian obat-obatan *antituberculosis*, disertai dengan suntikan insulin untuk mengontrol kadar gula darah.

9) Infeksi

Gula darah yang tinggi menurunkan kekebalan tubuh dalam menghadapi masuknya virus atau kuman sehingga penderita DM mudah terkena infeksi. Tanda-tanda infeksi secara klinis dapat dilihat dari respon klien, baik lokal maupun sistematik. Tanda infeksi lokal meliputi : rubor/kemerahan biasanya merupakan tanda yang pertama dilihat daerah yang mengalami infeksi, kolor/panas merupakan sifat dari reaksi infeksi yang hanya terjadi pada permukaan tubuh, dolor/rasa sakit/nyeri ini terjadi akibat perubahan pH lokal atau konsentrasi lokal ion-ion tertentu yang

merangsang ujung-ujung saraf, tumor/bengkak disebabkan oleh pengiriman cairan dan sel-sel dan sirkulasi darah ke jaringan-jaringan interstitial dan fungsi laesa atau perubahan fungsi/keterbatasan anggota gerak. Sedangkan tanda infeksi sistematik meliputi demam, malaise, anoreksia, mual, muntah, sakit kepala dan diare (Damayanti, 2015).

6. Pemeriksaan Dianostik

a. Laboratorium

- 1) Kadar glukosa plasma puasa lebih besar atau sama dengan 126 mg/dL (normal: 70-100 mg/dL)² pada sedikitnya dua kali pemeriksaan.
- 2) Kadar glukosa darah sewaktu ≥ 200 mg/dL (normal: < 140 mg/dL)².
- 3) Gula darah postprandial ≥ 200 mg/dL.
- 4) Hemoglobin glikosasi (HbA1c) meningkat.
- 5) Urinalisasi dapat menunjukkan aseton atau glukosa.

b. Prosedur Diagnostik

Pemeriksaan oftalmik menunjukkan aseton atau glukosa (Indonesia, 2017).

7. Penatalaksanaan

Diabetes melitus merupakan penyakit yang mematikan. Di tambah lagi, penyakit ini tidak dapat disembuhkan dan populasi penderitanya terus meningkat. Diabetes memang tidak dapat disembuhkan, namun penyakit ini dapat dikontrol. Caranya dengan mengubah beberapa perilaku tidak sehat sehingga gula darah dapat kembali normal. Adapun perubahan gaya hidup yang paling penting untuk diterapkan pada penderita diabetes antara lain :

- a. Terapkan pola makan yang sehat,
- b. Jaga berat badan anda, jangan sampai berat badan anda naik,
- c. Tetap konsumsi obat yang diberikan oleh dokter, dan
- d. Lakukan olahraga secara teratur.

Tujuan umum dari penatalaksanaan diabetes melitus adalah menurunkan jumlah penderita diabetes dan kematian akibat diabetes. Sedangkan tujuan khususnya adalah menurunkan kadar gula darah menjadi normal dan juga mencegah terjadinya komplikasi. Pencapaian tujuan tersebut dapat tercipta apabila kita semua, baik penderita maupun non-penderita diabetes telah mengenal diabetes melitus beserta cara penanganannya. Dalam penatalaksanaan diabetes, yang terpenting adalah disiplin. Disiplin dalam menjalankan diet untuk diabetes, disiplin berolahraga, disiplin mengecek gula darah, disiplin mengkonsumsi obat, serta terus mempelajari segala hal tentang diabetes.

Penatalaksanaan diabetes ini terbagi menjadi 2 cara, yaitu :

1) Terapi Non-Obat

Terapi Non-Obat ini diantaranya menambah pengetahuan mengenai diabetes, rutin berolahraga, menjalankan pola makan yang tepat, serta mengkonsumsi tanaman obat. Orang yang berisiko terkena diabetes dan orang yang sudah mengalami pre-diabetes sebenarnya cukup menerapkan terapi non-obat. Bahkan ada juga beberapa penderita diabetes tipe 2 yang dapat dikontrol hanya dengan menerapkan terapi non-obat.

2) Terapi Obat

Terapi Obat sendiri merupakan obat-obatan kimia yang berfungsi menurunkan kadar gula darah. Terapi obat ini bisa berupa hipoglikemik oral ataupun insulin. Jenis obat yang dikonsumsi juga tergantung dari saran yang diberikan dokter. Tidak sembarangan menentukan sendiri obat yang akan diminum (Medika, 2017).

3) Tindakan Debridement

Debridement adalah menghilangkan jaringan mati juga membersihkan luka dari kotoran yang berasal dari luar yang termasuk benda asing bagi tubuh. Caranya yaitu dengan mengompres luka menggunakan cairan atau beberapa material

perawatan luka yang fungsinya untuk meresap dan mengangkat bagian-bagian tubuh luka yang nekrotik. Setelah dilakukan debridement, luka harus dilakukan irigasi larutan garam fisiologis atau larutan lain dan dilakukan dressing atau juga disebut dengan kompres dan dibalut sampai luka tertutup untuk mencegah resiko infeksi setelah pembedahan (Sjamsuhidajat, 2013).