

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN KONSEP KEBUTUHAN DASAR

1. Kebutuhan Rasa Nyaman

Keselamatan adalah suatu keadaan seseorang atau lebih yang terhindar dari ancaman bahaya atau kecelakaan. Kecelakaan merupakan kejadian yang tidak dapat diduga dan tidak diharapkan karena dapat menimbulkan kerugian, sedangkan keamanan adalah suatu keadaan aman dan tenteram. Keselamatan dan keamanan merupakan satu kesatuan yang saling berhubungan. Tujuan dari pelayanan keperawatan sesungguhnya adalah menjamin keadaan pasien, keluarga, dan pemberi pelayanan kesehatan atau perawat terhindar dari risiko keselamatan dan keamanan (Tarwoto & Wartonah, 2015).

2. Jenis Kebutuhan

Kebutuhan rasa aman dan keselamatan seperti yang dikembangkan oleh Khalish (1973) Dalam (Tarwoto & Wartonah, 2015) terdiri dari:

- a. Bebas dari bahaya yang disebabkan oleh penyakit.
- b. Bebas dari rasa takut.
- c. Bebas dari bahan-bahan kimia.
- d. Bebas dari bahaya-bahaya yang mengancam tubuh.
- e. Bebas dari ancaman psikologis.
- f. Bebas dari bahaya-bahaya yang disebabkan oleh suhu.

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Rasa Aman

a. Usia

Pada anak-anak tidak terkontrol dan tidak mengetahui akibat dari apa yang dilakukan. Pada orangtua atau lansia akan mudah sekali terjatuh atau kerapuhan tulang.

b. Tingkat kesadaran

Pada pasien koma, menurunnya respon terhadap rangsang, paralisis, disorientasi. Keadaan ini berpotensi terhadap risiko decubitus, atropi, infeksi paru-paru, dan jatuh.

c. Emosi

Emosi seperti kecemasan, depresi, dan marah akan mudah sekali terjadi dan berpengaruh terhadap masalah keselamatan dan keamanan, seperti risiko mencederai diri sendiri atau orang lain.

d. Status mobilisasi

Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya risiko injuri atau gangguan integritas kulit.

e. Gangguan persepsi sensori

Kerusakan sensori akan memengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan sehingga risiko terjatuh, keracunan, dan kebakaran dapat terjadi.

f. Informasi/komunikasi

Gangguan komunikasi seperti afasia atau tidak dapat membaca menimbulkan kesalahan dalam menerjemahkan pesan kecelakaan mudah terjadi.

g. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan syok anafilaktik.

h. Keadaan imunitas

Gangguan imunitas akan menimbulkan daya tahan tubuh yang kurang sehingga mudah terserang penyakit.

i. Ketidakmampuan tubuh dalam memproduksi sel darah putih

Sel darah putih berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap suatu penyakit dan membentuk antibodi.

j. Status nutrisi

Keadaan nutrisi yang berkurang dapat menimbulkan kelemahan dan mudah terserang penyakit, demikian sebaliknya, kelebihan nutrisi berisiko terhadap penyakit tertentu.

k. Tingkat pengetahuan

Kesadaran akan terjadinya gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

4. Definisi Nyeri

Nyeri adalah suatu mekanisme pertahanan bagi tubuh yang timbul bila mana jaringan sedang dirusak yang menyebabkan individu tersebut bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri (Saifullah, 2015). Nyeri adalah kejadian yang tidak menyenangkan, mengubah gaya hidup dan kesejahteraan individu (Handayani, 2015).

Nyeri adalah ketidaknyamanan yang dapat disebabkan oleh efek dari penyakit-penyakit tertentu atau akibat cedera (Andarmoyo, 2013). Scrumum mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional (Hidayat, 2014).

5. Etiologi Nyeri

Nyeri dapat disebabkan oleh beberapa hal yaitu trauma, mekanik, thermos, elektrik, neoplasma (jinak dan ganas), peradangan (inflamasi), gangguan sirkulasi darah dan kelainan pembuluh darah serta yang terakhir adalah trauma psikologis (Handayani, 2015).

6. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri dapat di klasifikasikan berdasarkan tempat, sifat, dan berat ringannya nyeri, dan berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan.

- a) Nyeri berdasarkan tempat dapat dibedakan menjadi:
 - 1) Nyeri perifer yaitu nyeri yang terasa pada mukaan tubuh, misalnya pada kulit atau mukosa.
 - 2) Nyeri yang dalam yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
 - 3) Nyeri yang dirujuk yaitu nyeri dalam yang disebabkan organ penyakit atau struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda, bukan daerah asal nyeri.

- 4) Nyeri sentral yaitu nyeri yang terjadi akibat rane. sangat pada sistem saraf pusat, batang otak, hipotalamus, dan lain-lain.
- b) Nyeri berdasarkan sifat
- 1) Nyeri insidental yaitu nyeri yang timbul sewaktu-waktu lalu menghilang.
 - 2) Nyeri yang menetap yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu lama.
 - 3) Nyeri paroksimal yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan sangat kuat. Nyeri ini biasanya menetap selama 10-15 menit, kemudian menghilang, kemudian timbul lagi.
- c) Nyeri Berat Berdasarkan Ringannya waktu nyeri
- 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 Nyeri ditulis berdasarkan lama penyerangan nyeri, maka dapat di bedakan antara nyeri akut dan kronis:
- 1) 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 yang ditimbulkan dari luka, misalnya luka operasi atau akibat penyakit tertentu, misalnya arteriosklerosis pada arteri koroner.
 - 2) 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. (Sutanso & Fitriana, 2017).

Tabel 1
Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Waktu kurang dari enam bulan	Waktu lebih dari enam bulan
Daerah nyeri terlokalisasi	Daerah nyeri melebar
Nyeri terasa tajam seperti di tusuk, disayat, dicubit, dan lain-lain	Nyeri terasa tumoul seperti ngilu, linu, dan lain-lain
Respon system saraf simpatis takikardia, peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, pucat, lembab, berkeringat, dan dilatasi pupil	Respon system saraf parasimpatis: penurunan tekanan darah, bradikardia, kulit kering, panas, pupil kontraksi
Penampilan klienn tampak cemas, gelisah, dan terjadi ketegangan otot	Penampilan klien tampak depresi dan menarik diri

(Sumber: (Sutanso & Fitriana, 2017))

7. Stimulus Nyeri

Seseorang dapat menoleransi, menahan nyeri (pain tolerance), atau dapat mengenali jumlah stimulasi nyeri sebelum merasakan nyeri (pain threshold). Terdapat beberapa jenis stimulus nyeri, di antaranya sebagai berikut.

- a) Trauma pada jaringan tubuh, misalnya karena bedah akibat terjadinya kerusakan jaringan dan iritasi secara langsung pada reseptor.
- b) Gangguan pada jaringan tubuh, misalnya karena edema akibat terjadinya penekanan pada reseptor nyeri.
- c) Tumor, dapat juga menekan pada reseptor nyeri.
- d) Iskemia pada jaringan, misalnya terjadi blokade pada arteri koronaria yang menstimulasi reseptor nyeri akibat tertumpuknya asam laktat.
- e) Spasme otot, dapat menstimulasi mekanik.

8. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Nyeri

Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya sebagai berikut.

1. Arti nyeri. arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh

berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan, dan pengalaman.

2. Persepsi nyeri. Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.
3. Toleransi nyeri. Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat memengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alkohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.
4. Reaksi terhadap nyeri. Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan 4. fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

9. Pengukuran Skala Nyeri

a. Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran pada intensitas nyeri juga sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri yang sama dirasakan setiap orang juga berbeda-beda.

a. Skala nyeri menurut Hayward

Hayward mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (painometer) dengan skala longitudinal yang pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung lainnya adalah nilai 10 (untuk kondisi yang paling berat). Untuk mengukurnya, penderita memilih salah satu bilangan

yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang terakhir kali ia rasakan, dan nilai dapat dicatat pada sebuah grafik yang dibuat menurut waktu.

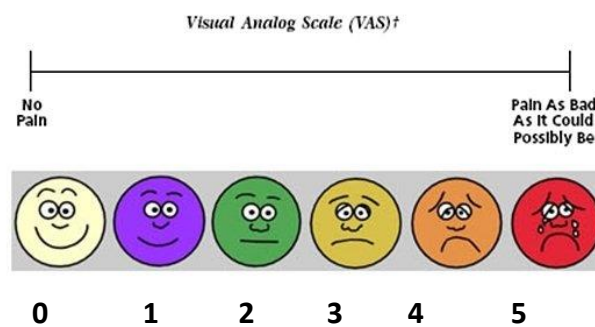
Tabel 2
Skala Nyeri menurut Hayward

Skala	Keterangan
Skala 0	Tidak nyeri
Skala 1-3	Nyeri ringan
Skala 4-6	Nyeri sedang
Skala 7-9	Sangat nyeri tapi masih dapat di kontrol oleh pasien dengan aktivitas yang biasa dilakukan
Skala 10	Sangat nyeri dan tidak terkontrol

(Sumber : Wahid Iqbal Mubarraq et al. (2015))

b. Skala nyeri McGill (McGill Scale)

Menurut McGill mengukur intensitas nyeri yaitu dengan menggunakan lima angka, yaitu 0 : tidak nyeri, 1 : nyeri ringan, 2 : nyeri sedang, 3 : nyeri berat, 4 : nyeri sangat berat, 5 : nyeri berat.



Gambar 1 Skala nyeri McGill (McGill Scale)

(Sumber : Wahid Iqbal Mubarraq et al. (2015))

B. TINJUAN ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensory, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, serta keamanan dan proteksi (PPNI, 2016). Pengkajian pada pasien ulkus diabetikum menggunakan pengkajian mengenai nyeri akut meliputi ; identitas pasien, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan dahulu atau sebelumnya, riwayat kesehatan sekarang, dan riwayat kesehatan keluarga. Pengkajian mendalam terhadap nyeri yaitu, perawat perlu mengkaji semua faktor yang mempengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Cara pendekatan yang digunakan dalam mengkaji nyeri adalah dengan prinsip PQRST yaitu provokasi adalah faktor yang memperparah atau meringankan nyeri. Quantity adalah kualitas nyeri misalnya tumpul, tajam, merobek. Region/radiasi adalah area atau tempat sumber nyeri. Severity adalah skala nyeri yang dirasakan pasien dapat dinilai dengan skala 0-5 atau skala 0-10. Timing adalah waktu terjadinya nyeri, lamanya nyeri berlangsung, dan dalam kondisi seperti apa nyeri itu muncul (Iqbal, 2015).

Tanda dan gejala yang muncul pada pasien ulkus diabetes mellitus meliputi peningkatan pengeluaran urin, timbul rasa haus berlebih, rasa lapar berlebih, berat badan berkurang, mudah lelah, mudah mengantuk, mudah kesemutan, gatal, dan menyebabkan mata kabur (Price dan Wilson, 2012).

Pengkajian pada nyeri akut adalah sebagai berikut:

a. Gejala dan tanda mayor

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (missal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b. Gejala dan tanda minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon Pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan dalam asuhan ini yaitu diagnosa aktual. Diagnosa aktual terdiri dari tiga komponen yaitu masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda (sign), dan gejala (symptom) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Masalah (problem) merupakan label diagnosis yang menggambarkan inti dari respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri dari deskriptor atau penjelas dan fokus diagnostik. Nyeri merupakan deskriptor, sedangkan akut merupakan fokus diagnostik.

Penyebab (etiologi) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi dapat 13 mencakup empat kategori yaitu fisiologis, biologis atau psikologis, efek terapi/tindakan, situasional (lingkungan atau personal), dan maturasional. Etiologi dari nyeri akut terdiri dari agen pencedera fisiologis, agen pencedera kimiawi, agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Tanda (sign) dan gejala (sign and symptom). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis. Tanda dan gejala dikelompokkan menjadi dua yaitu mayor dan minor.

Tanda dan gejala pada nyeri akut terdiri dari tanda mayor yaitu mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit

tidur. Tanda dan gejala minor yaitu, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis. Proses penegakan diagnosis atau mendiagnosis merupakan suatu proses sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis. Metode penulisan pada diagnosis aktual terdiri dari masalah, penyebab, dan tanda/gejala. Masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda/gejala (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Adapun diagnosa keperawatan pada asuhan ini yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (misal, waspada, menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah. Diagnosis yang muncul pada pasien Ulkus Diabetikum adalah: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, kerusakan integritas jaringan, gangguan mobilitas fisik dibuktikan dengan tanda dan gejala.

3. Rencana tindakan keperawatan

Intervensi keperawatan terdiri dari intervensi utama dan pendukung. Intervensi utama dari diagnosa keperawatan nyeri akut adalah manajemen nyeri dan pemberian analgesik. Intervensi pendukung diantaranya edukasi efek samping obat, edukasi manajemen nyeri, edukasi teknik napas dalam pemijatan massase, latihan pernapasan dan teknik distraksi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran

keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Komponen luaran keperawatan diantaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspektasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan, meningkat, menurun, atau membaik), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur, dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi, menggunakan skor 1-3 pada pendokumentasian (computerbased).

Ekspektasi luaran keperawatan terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang, baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018

Tabel 3
Rencana tindakan keperawatan

Masalah keperawatan	Tujuan	Rencana tindakan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (amputasi)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan nyeri akut pasien teratasi, Dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Pola tidur membaik 3. Meringis menurun 4. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik: 1. Berikan tehnik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri (missal terapi music, terapi pijat,distraksi) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri (missal suhu ruangan,pencahayaan dan kebisingan Edukasi: 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

		<p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatab diharapkan gangguan pola tidur pasien teratasi, Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan pola tidur berubah 3. Keluhan sering terbangun menurun 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan 2. Batasi waktu tidur siang 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Ajarkan relaksi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh (amputasi)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan gangguan citra tubuh pasien teratasi, Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik 2. Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh menurun 3. Verbalisasi perubahan gaya hidup menurun 4. Respon nonverbal pada perubahan tubuh membaik 	<p>Promosi Citra Tubuh</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 2. Monitor apakah pasien bias melihat bagian tubuh yang berubah <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis 4. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh. 2. Latih fungsi tubuh yang dimiliki 3. Latih peningkatan

		penampilan diri 4. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok
--	--	---

3. Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan fase ketika perawat mengimplementasikan rencana keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi. Penatalaksanaan nyeri adalah pengurangan nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima pasien. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi ini akan mengacu pada SIKI yang telah dibuat pada rencana keperawatan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang dilakukan untuk menilai keberhasilan rencana tindakan yang telah dilaksanakan. Apabila hasil yang diharapkan belum tercapai, intervensi yang sudah ditetapkan dapat dimodifikasi. Evaluasi dapat berupa struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah

program selesai dan mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan. Evaluasi dengan masalah nyeri akut diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, dan frekuensi nadi membaik.

C. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan Terkait

Menurut konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan ulkus diabetikum (Hamiddum Majid,2020) dengan diagnosis keperawatan nyeri akut dan gangguan integritas kulit adalah sebagai berikut :

1. Pengkajian

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian, keluhan utama pada pasien mengeluh tangannya bengkak sebelah kiri, terdapat pus keluar dari abses tersebut, pasien mengatakan nyeri pada abses tersebut sejak 1 minggu yang lalu, skala nyeri 6 dan pasien mengatakan nyeri tak tertahan, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 114/menit, suhu 36,6°C, pernapasan 22x/menit.

2. Diagnosis Keperawatan

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Berdasarkan hasil pengkajian, pasien mengatakan nyeri saat beraktifitas berat, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6, hilang timbul, 5 menit, Didapatkan data pasien mengeluh tangannya bengkak sebelah kiri , terdapat pus keluar dari abses tersebut , pasien mengatakan nyeri pada abses tersebut sejak 1 minggu yang lalu, skala nyeri 6 dan pasien mengatakan nyeritak tertahan. Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 114x/menit, suhu 36,6°C, pernapasan: 22x/menit.

2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka ulkus

Berdasarkan pengkajian pada exposure Terlihat pasien memakai hijab, terlihat ada abses ulkus pada tangan sebelah kiri, dengan kondisi basah, terdapat nyeri tekan dan terdapat udem dan ada pus berbau pada abses tersebut, kemerahan dan teraba hangat, terlihat kerusakan kulit, pigmentasi abnormal, abses sedikit ada

lubang, tidak ada cedera tambahan di bagian depan dan di belakang, pemeriksaan di bagian belakang tidak ada BTLS (bentuk, tumor, luka, sakit).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc. Closky & Bulechek, 2000)

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus. Karena tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien pada saat pengkajian.

1) Untuk diagnosa pertama

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi diagnose pertama yaitu nyeri tujuannya yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×20 menit diharapkan nyeri berkurang / nyeri hilang, dengan kriteria hasil : Tanda-tanda vital dalam batas normal, Pasien tampak tenang/rileks, Pasien mengatakan nyeri berkurang, intervensinya yaitu Identifikasi skala nyeri bertujuan untuk mengetahui berapa skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal bertujuan untuk melihat bagaimana skala nyeri melalui respon, Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri bertujuan untuk mengetahui penyebab nyeri, Jelaskan strategi meredakan nyeri bertujuan untuk menambah pengetahuan pasien tentang teknik penghilang nyeri, Ajarkan tehnik relax sasi nafas dalam sesuai SOP bertujuan untuk menurunkan skala nyeri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Sehingga didapatkan hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, pola nafas membaik, pola tidur membaik, tekanan darah membaik.

2) Untuk diagnosa kedua

Tindakan yang di lakukan dalam mengatasi kerusakan integritas kulit yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1×20menit tercapainya proses penyembuhan luka dengan kriteria hasil : Perfusi jaringan normal, Tidak ada tanda-tanda infeksi, Ketebalan dan tekstur jaringan normal, Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang, Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka dengan intervensi Kaji luas dan keadaan luka serta proses penyembuhan, Rawat luka dengan baik dan benar : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan yang tidak iritatif, angkat sisa balutan yang menempel pada luka, Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian insulin, pemeriksaan kultur pus pemeriksaan gula darah pemberian anti biotik infus (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Sehingga Perfusi jaringan normal, Tidak ada tanda- tanda infeksi, Ketebalan dan tekstur jaringan normal, Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang, Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursallam, 2011).

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut data bentuk nyata. Terlebih dahulu penulis menulis strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksanakan, yang di mulai dengan melakukan pendekatan pada klien dan keluarga agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Dilakukan manajemen nyeri mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, P : saat beraktifitas berat, Q: seperti ditusuk-tusuk, R: hilang timbul, S: 6, T: 5 menit, mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan melihat ekspresi wajah yang ditunjukkan , memberikan, teknik nonfarmakologi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri selama 10 menit dengan diselingi istirahat, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat nyeri

2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan adanya luka ulkus

Mengkaji luas dan keadaan luka serta proses penyembuhan, Merawat luka dengan baik dan benar : Membersihkan luka secara aseptik menggunakan larutan yang tidak iritatif, angkat sisa balutan yang menempel pada luka, Mengkolaborasi dengan dokter untuk pemberian insulin, pemeriksaan kultur pus pemeriksaan gula darah pemberian anti biotik.

5 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan. Evaluasi meliputi evaluasi hasil dan evaluasi proses. Pada kasus ini menunjukkan bahwa adanya kemajuan atau keberhasilan dalam mengatasi masalah pasien. Pada kasus Ny.A yang datang ke ruang IGD Rumah sakit TNI AD TK IV Bukittinggi selanjutnya di rawat inap di ruang interne dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah, hasil evaluasi akhir yaitu pada tanggal 26 Agustus 2020 dari diagnosa keperawatan yang ditemukan dalam kasus, sebagian diagnose telah teratasi dan ada beberapa diagnose yang masih teratasi sebagian.

Pada diagnosa pertama setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam masalah nyeri akut , masalah teratasi sebagian. Dibuktikan dengan Pasien mengatakan nyeri berkurang, Pasien mengatakan rileks, TTV: TD: 110/

70mmHg, RR: 22 x/m, saturasi oksigen: 82%, Nadi: 100x/menit, Suhu: 36,6°C, Skala nyeri 3.

Pada diagnosa kedua setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam masalah kerusakan integritas kulit, masalah teratasi sebagian. Dibuktikan dengan Pasien mengatakan masih nyeri, Terlihat abses bersih karena sudah dilakukan perawatan luka, TTV: TD: 110/ 70mmHg, RR: 22 x/m, saturasi oksigen: 82%, Nadi: 100x/menit, Suhu: 36,6°C, Skala nyeri 3.

D. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian diabetes melitus

Diabetes mellitus adalah sekelompok gangguan metabolisme yang ditandai oleh peningkatan kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) dan kekurangan dalam produksi atau aksi insulin yang diproduksi oleh pankreas di dalam tubuh. (Ullah & Khan, 2016).

Diabetes dengan komplikasi merupakan penyebab kematian tertinggi ketiga di Indonesia. Dimana diabetes dapat mengakibatkan komplikasi pada mata, ginjal, jantung, saraf, atau kemungkinan dilakukannya amputasi. Komplikasi tersering yang dialami oleh penderita diabetes melitus adalah neuropati perifer (10%-60%) yang akan menyebabkan ulkus diabetikum.

Ulkus diabetikum adalah suatu luka terbuka pada lapisan kulit sampai ke dalam dermis. Luka mula-mula tergolong biasa seperti pada umumnya tetapi luka yang ada pada penderita diabetes melitus ini jika salah penanganan dan perawatan akan menjadi terinfeksi. Luka kronis dapat menjadi luka gangren dan berakibat fatal serta berujung pada amputasi. Amputasi kaki diabetik 85% didahului oleh ulkus. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Risma (2018), luka terbuka yang tidak diobati memiliki potensi untuk mengalami infeksi seperti gangren dan tetanus, jika infeksi dibiarkan akan menyebabkan kelumpuhan, infeksi kronik, infeksi tulang bahkan menyebabkan kematian.

Penatalaksanaan ulkus diabetik harus dilakukan secara menyeluruh. Salah satunya melakukan kontrol pada luka yang dilakukan dengan cara

perawatan luka dengan teknik aseptik yang tepat untuk meminimalkan risiko infeksi. Perawatan luka bertujuan untuk menciptakan kondisi luka yang stabil, jaringan granulasi yang sehat, dan vaskularisasi yang baik. Untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih buruk pada luka maka perawatan luka yang diberikan harus steril dan sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada agar tidak terjadi kontaminasi mikroorganisme (Tholib, 2016).

2. Etiologi diabetes melitus

Etiologi secara umum tergantung dari tipe Diabetes, yaitu:

1. Diabetes tipe I

a. Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri; tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya DM tipe I. Kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplatasi dan proses imun lainnya.

b. Faktor-faktor imunologi

Adanya respons abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

c. Faktor lingkungan

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses otoimun yang menimbulkan destruksi selbeta.

2. Diabetes Tipe II

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

Faktor-faktor risiko (Aprilia, 2015):

- 1. Usia yang terbanyak terkena diabetes mellitus adalah >45 tahun**
- 2. Obesitas (kegemukan)**

Terdapat korelasi bermakna antara obesitas dengan kadar glukosa darah, pada derajat kegemukan dengan IMT >23 dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah menjadi 200mg%.

3. Riwayat keluarga

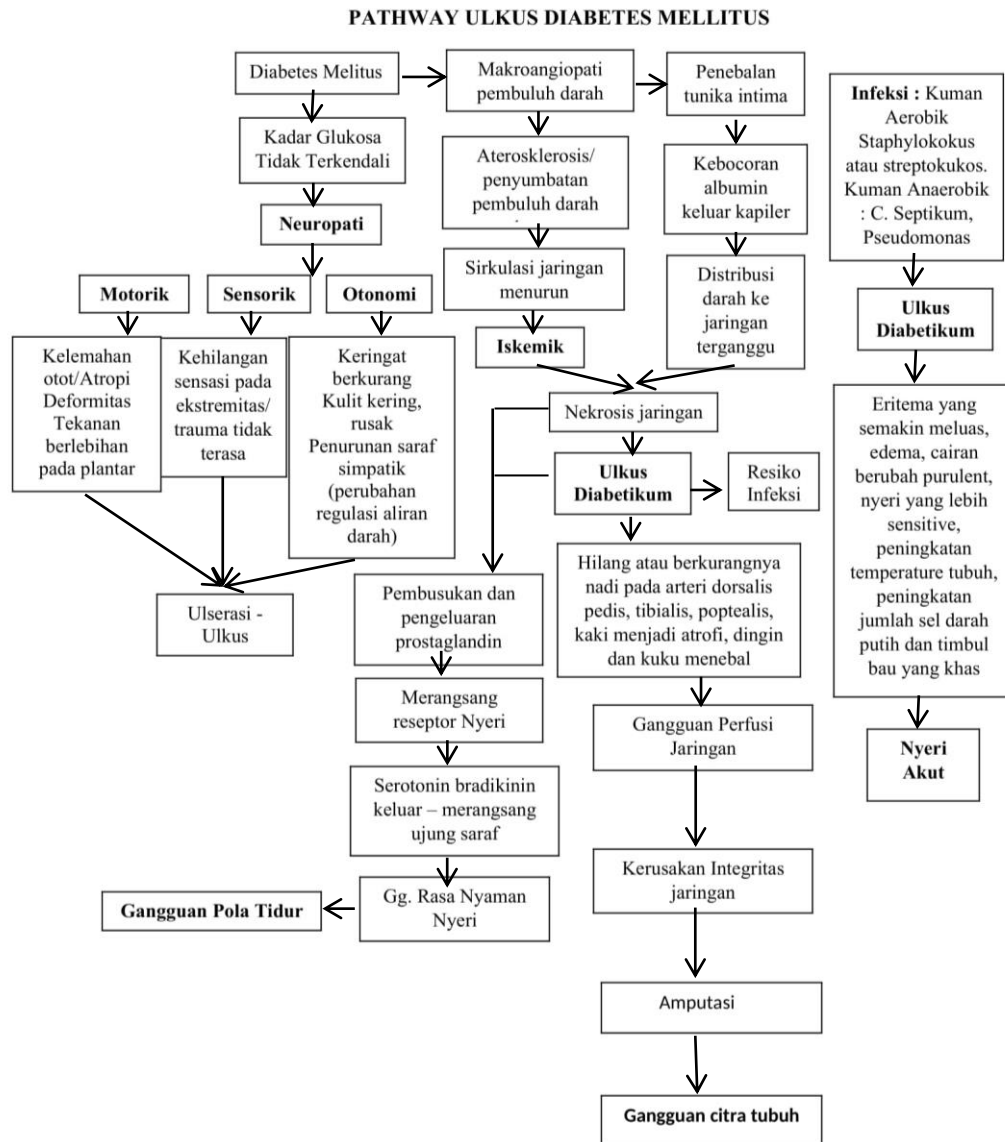
diabetes mellitus Seorang yang menderita diabetes mellitus diduga mempunyai gen diabetes. Diduga bahwa bakat diabetes merupakan gen resesif.

3. Klasifikasi

Diabetes mellitus dapat digolongkan dalam berbagai cara tetapi satu bentuk klasifikasi adalah sebagai berikut :

- a) Diabetes tipe I (tergantung insulin) disebabkan oleh kerusakan sel beta yang dimediasi oleh kekebalan tubuh, menyebabkan untuk defisiensi insulin.
- b) Diabetes idiopatik diabetes adalah tipe 1 tanpa etiket yang diketahui dan sangat diturunkan.
- c) Diabetes tipe II (tidak tergantung insulin) disebabkan oleh defek sekresi insulin dan resistensi insulin.
- d) Diabetes mellitus gestasional adalah segala bentuk intoleransi terhadap glukosa dengan onset atau pengakuan pertama kehamilan.

4. Pathway



Gambar 2
Pathway Penyakit Ulkus Diabetes Mellitus
(Sumber: Rochmatul Ummah 2020)

5. Manifestasi Klinis

- a) Manifestasi klinis diabetes mellitus dikaitkan dengan konsekuensi metabolic defisiensi insulin (Price dan Wilson, 2012).
 - 1) Kadar glukosa puasa tidak normal
 - 2) Hiperglikemia berat berakibat glukosuria yang akan menjadi diuresis osmotik yang meningkatkan pengeluaran urin (poliuria) dan timbul rasa haus (polidipsia).

- 3) Rasa lapar yang semakin besar (polifagia), berat badan berkurang
- 4) Lelah dan mengantuk
- 5) Gejala lain yang dikeluhkan adalah kesemutan, gatal, mata kabur, peruritas vulva .

6. Komplikasi

Menurut (Laurentia, 2015) komplikasi yang timbul pada diabetes melitus adalah :

a. Penderita diabetes

Penderita diabetes memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena penyakit jantung, stroke, aterosklerosis, dan tekanan darah tinggi.

b. Kerusakan saraf atau neuropati.

Kadar gula darah yang berlebihan dapat merusak saraf dan pembuluh darah halus. Kondisi ini bisa menyebabkan munculnya sensasi kesemutan atau perih yang biasa berawal dari ujung jari tangan dan kaki, lalu menyebar ke bagian tubuh lain. Neuropati pada sistem pencernaan dapat memicu mual, muntah, diare, atau konstipasi.

c. Kerusakan mata, salah satunya dibagian retina.

Retinopati muncul saat terjadi masalah pada pembuluh darah di retina yang dapat mengakibatkan kebutaan jika dibiarkan. Glaukoma dan katarak juga termasuk komplikasi yang mungkin terjadi pada penderita diabetes. 24

d. Gangren

Sulistriani (2013) menyatakan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian gangrene pada penderita diabetes mellitus diantaranya adalah neuropati, tidak terkontrol gula darah (hiperglikemi) yang berkepanjangan akan menginisiasi terjadinya hiperglisolia (keadaan dimana sel kebanjiran masuknya glukosa akibat hiperglikemia kronik), hiperglisolia kronik akan mengubah homeostasis biokimiawi sel yang kemudian berpotensi untuk

terjadinya perubahan dasar terbentuknya komplikasi diabetes mellitus.

Gangren adalah rusak dan membusuknya jaringan, daerah yang terkena gangren biasanya bagian ujung-ujung kaki atau tangan. Gangren kaki diabetik luka pada kaki yang merah kehitam-hitaman dan berbau busuk akibat sumbatan yang terjadi dipembuluh darah sedang atau besar ditungkai, luka gangren merupakan salah satu komplikasi kronik DM.

7. Penatalaksanaan

Insulin pada diabetes mellitus tipe 2 diperlukan pada keadaan (Nurarif & Kusuma, 2015):

- 1) Penurunan berat badan yang cepat
- 2) Hiperglikemia berat disertai ketosis
- 3) Ketoasidosis diabetik atau Hiperglikemia hyperosmolar non ketotik
- 4) Hiperglikemia dengan asidosis laktat
- 5) Gagal dengan kombinasi obat hipoglikemik oral dosis optimal
- 6) Stress berat (infeksi sistemik, operasi besar, infark miokard akut, stroke)
- 7) Kehamilan dengan diabetes mellitus gestasional yang tidak terkontrol dengan perencanaan makanan
- 8) Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
- 9) Kontraindikasi dan atau alergi terhadap obat hipoglikemik oral