

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian Diabetes melitus

Diabetes adalah penyakit kronis, metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (atau gula darah), yang mengarah dari waktu ke waktu untuk kerusakan serius pada jantung, pembuluh darah, mata, ginjal, dan saraf (WHO, 2020).

Diabetes merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. DM merupakan penyakit menahun yang akan disandang seumur hidup. Diabetes membutuhkan terapi pengobatan yang lama untuk mengurangi risiko kejadian komplikasi (ADA, 2019).

2. Pengertian Ulkus Diabetikum

Ulkus diabetikum merupakan kondisi yang terjadi pada penderita diabetes melitus dikarenakan abnormalitas syaraf dan terganggunya arteri perifer yang menyebabkan terjadinya infeksi tukak dan destruksi jaringan di kulit kaki. Ulkus diabetikum disebabkan karena meningkatnya hiperglikemia yang kemudian menyebabkan terjadinya kelainan neuropati dan pembuluh darah. Kelainan neuropati mengakibatkan perubahan pada kulit, otot dan perubahan distribusi tekanan pada telapak kaki sehingga mempercepat terbentuknya ulkus. Adanya ulkus yang terinfeksi maka kemungkinan terjadinya tindakan amputasi menjadi lebih besar (Wartonah, 2015).

Kondisi hiperglikemia yang meningkat dapat menyebabkan terjadinya resiko ulkus diabetikum yang sulit mengalami penyembuhan karena pasien mengalami penurunan kemampuan pada bagian pembuluh darah dalam berkontraksi ataupun relaksasi akibatnya perfusi jaringan pada

bagian distal tungkai tidak baik. Peningkatan hiperglikemia dapat menjadi tempat berkembangnya bakteri patogen anaerob karena plasma darah penderita yang tidak terkontrol dengan baik dan mempunyai kekentalan (viskositas) yang tinggi yang mengakibatkan aliran darah menjadi lambat dan menyebabkan suplai oksigen menjadi berkurang (Haswita, 2017).

3. Etiologi ulkus diabetikum

Kejadian ulkus diabetikum pada pasien diabetes dapat disebabkan oleh neuropati perifer, penyakit arteri perifer, kelainan bentuk kaki, trauma kaki dan gangguan resistensi terhadap infeksi

a. Neuropati perifer

Neuropati dapat mengakibatkan gangguan syaraf motorik, otonom dan sensorik. Gangguan motorik mengakibatkan terjadinya atrofi otot, deformitas kaki, perubahan biomekanika kaki dan distribusi tekanan pada bagian kaki mengalami gangguan sehingga ulkus akan meningkat. Gangguan sensorik dirasakan ketika pasien mulai mengeluhkan kakinya merasa kehilangan sensasi rasa atau kebas. Gangguan otonom mengakibatkan kaki mengalami penurunan ekskresi keringat sehingga menjadi kering dan terbentuk adanya fisura. Saat terjadi mikrotrauma keadaan kaki yang rentan retak akan meningkatkan terjadinya ulkus diabetikum (Mubarak, 2013).

b. *Peripheral Artery Disease* (PAD)

Penyakit arteri perifer atau *Peripheral Artery Disease* (PAD) adalah penyakit pada ekstremitas bawah karena terjadinya penyumbatan arteri yang disebabkan oleh atherosklerosis. Perkembangannya mengalami proses yang bertahap di mana arteri menjadi tersumbat, menyempit, atau melemah, peradangan yang berkepanjangan dalam mikrosirkulas dan menyebabkan penebalan kapiler sehingga membatasi elastisitas kapiler yang menyebabkan iskemia.

Penyumbatan pada arteri besar dan menengah, seperti pembuluh femoropopliteal dan aortoiliaka menyebabkan iskemia akut atau kronis pada otot. Perfusi arteri yang menurun mengakibatkan aliran darah yang tidak lancar sehingga dapat menyebabkan pasien berisiko mengalami ulkus, penyembuhan luka yang buruk dan ulkus berkembang menjadi gangren (Izzaty et al., 2021)

c. Kelainan Bentuk Kaki

Kelainan bentuk kaki disebabkan oleh neuropati diabetes sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan kulit saat berjalan. Kelainan bentuk kaki seperti hallux valgus, jari kaki palu atau jari kaki cakar, jari kaki martil dan kaki charcot. Kaki charcot sering muncul tanpa gejala dan sering berkembang menjadi kelainan bentuk kaki yang serius dan tidak dapat disembuhkan yang dapat menyebabkan kejadian ulserasi. Pasien dengan kelainan bentuk kaki juga harus memperhatikan alas kaki yang digunakan dan disesuaikan dengan bentuk kaki untuk mencegah terjadinya ulserasi (Izzaty et al., 2021)

d. Imunopati

terlibat dalam kerentanan yang ada pada pasien diabetes terhadap infeksi serta potensi untuk meningkatkan respons normal inflamasi. Infeksi pada luka dapat mudah terjadi karena sistem kekebalan atau imunitas pada pasien DM mengalami gangguan (*compromise*). Gangguan pertahanan tubuh yang terjadi akibat dari hiperglikemia yaitu kerusakan fungsi leukosit dan perubahan morfologi makrofag. Selain menurunkan fungsi dari sel-sel polimorfonuklear, gula darah yang tinggi merupakan tempat yang baik untuk pertumbuhan bakteri. Penurunan kemotaksis faktor pertumbuhan dan sitokin, ditambah dengan kelebihan metaloproteinase, menghambat penyembuhan luka normal dengan menciptakan keadaan inflamasi yang berkepanjangan (Izzaty et al., 2021)

e. Trauma

Tidak disadarinya trauma yang terjadi dapat disebabkan oleh penurunan sensasi nyeri pada kaki. Trauma yang kecil atau trauma yang berulang, seperti pemakaian alas kaki yang sempit, terbentur benda keras, atau pecah-pecah pada daerah tumit disertai tekanan yang berkepanjangan dapat menyebabkan ulserasi pada kaki (Izzaty et al., 2021)

4. Tanda dan Gejala Ulkus Diabetikum

Menurut (Badawi, 2016), tanda dan gejala ulkus diabetik dapat dilihat berdasarkan stadium antara lain sebagai berikut :

a. Stadium I

Mulai ditandai dengan adanya tanda-tanda asimtomatis atau terjadi kesemutan

b. Stadium II

Mulai ditandai dengan terjadinya klaudikasio intermitten yaitu nyeri yang terjadi dikarenakan sirkulasi darah yang tidak lancar dan juga merupakan tanda awal penyakit arteri perifer yaitu pembuluh darah arteri mengalami penyempitan yang menyebabkan penyumbatan aliran darah ketungkai

c. Stadium III

Nyeri terjadi bukan hanya saat melakukan aktivitas saja tetapi setelah berektivitas atau beristirahat nyeri juga tetaptimbul.

d. Stadium IV

Mulai terjadi kerusakan jaringan karena anoksia (nekrosisulkus)

5. Faktor Terjadinya Ulkus Diabetikum

Faktor resiko terjadinya kaki diabetik yaitu :

a. Usia

Umur \geq 45 tahun sangat beresiko terjadinya DM tipe 2. Orang dengan usia lebih dari 45 tahun dengan pengaturan diet glukosa yang

sangat rendah akan mengalami penyusutan sel-sel beta pankreas. Sel beta pankreas yang masih tersisa pada dasarnya masih aktif tetapi sekresi insulinnya yang semakin mengalami kekurangan. Pada lansia mengalami penurunan syaraf perifer dan kelenturan jaringan juga menurun sehingga akan menimbulkan adanya luka diabetik (Haswita, 2017).

b. Lamanya penyakit diabetes melitus

Semakin lama seseorang menderita DM menyebabkan hiperglikemia yang semakin menginisiasi terjadinya hiperglisolia yang merupakan keadaan sel kelebihan glukosa. Hiperglisolia kronik mampu mengubah homeostasis biokimiawi yang kemudian berpotensi terjadinya perubahan dasar komplikasi kronik DM (Haswita, 2017).

c. Pola Makan atau kepatuhan Diet

Kepatuhan terhadap diet diabetes sangat mempengaruhi dalam mengontrol kadar glukosa darah, kolestrol dan trigliserida mendekati normal sehingga dapat mencegah adanya komplikasi kronik seperti ulkus kaki diabetik. Hal yang terpenting bagi penderita diabetes melitus yaitu pengendalian dalam gula darah. Pengendalian gula darah ini berhubungan dengan diet atau perencanaan makan karena gizi memiliki hubungan dengan diabetes. (Manurung, 2018).

d. Penyakit arteri perifer

Penyakit arteri perifer merupakan penyumbatan pada bagian arteri ekstermitas bawah yang disebabkan karena arteriosklerosis. Gejala yang sering ditemukan pada pasien penderita arteri perifer yaitu klaudikasio intermitten yang dikarenakan iskemia otot dan iskemia yang menimbulkan rasa nyeri saat beristirahat. Iskemia berat akan mencapai puncak sebagai ulserasi dan gangrene (Manurung, 2018).

e. Kontrol glikemik buruk

Kadar glukosa darah yang sangat tidak terkontrol (GD lebih dari 100 mg/dl dan GD2JPP lebih dari 144 mg/dl) dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi kronik untuk jangka panjang baik makrovaskuler atau

mikrovaskluer salah satunya adalah ulkus diabetika (Manurung, 2018).

f. Perawatan kaki

Pada orang yang mengalami diabetes melitus harus rutin menjaga kebersihan area kaki. Jika tidak di bersihkan maka akan mengalami gangguan peredaran darah dan syaraf mengalami kerusakan yang mengakibatkan sensitivitas terhadap rasa nyeri sehingga akan sangat mudah mengalami cedera tanpa di sadari. Masalah yang sering timbul pada area kaki yaitu kapalan, mata ikan, cantengan (kuku masuk ke dalam), kulit kaki mengalami retak atau pecah-pecah, luka karena kutu air dan kutil pada telapak kaki (Mubarak, 2013).

g. Penggunaan alas kaki yang tidak tepat

Bagi penderita diabetes atau ulkus diabetikum tidak boleh berjalan tanpa menggunakan alas kaki karena akan memperburuk kondisinya dan mempermudah sekali untuk terjadinya trauma terutama apabila terjadi neuropati yang membuat sensasi rasa berkurang atau hilang, jangan menggunakan sepatu atau alas kaki yang berukuran kecil karena sangat beresiko melukai kaki (Manurung, 2018).

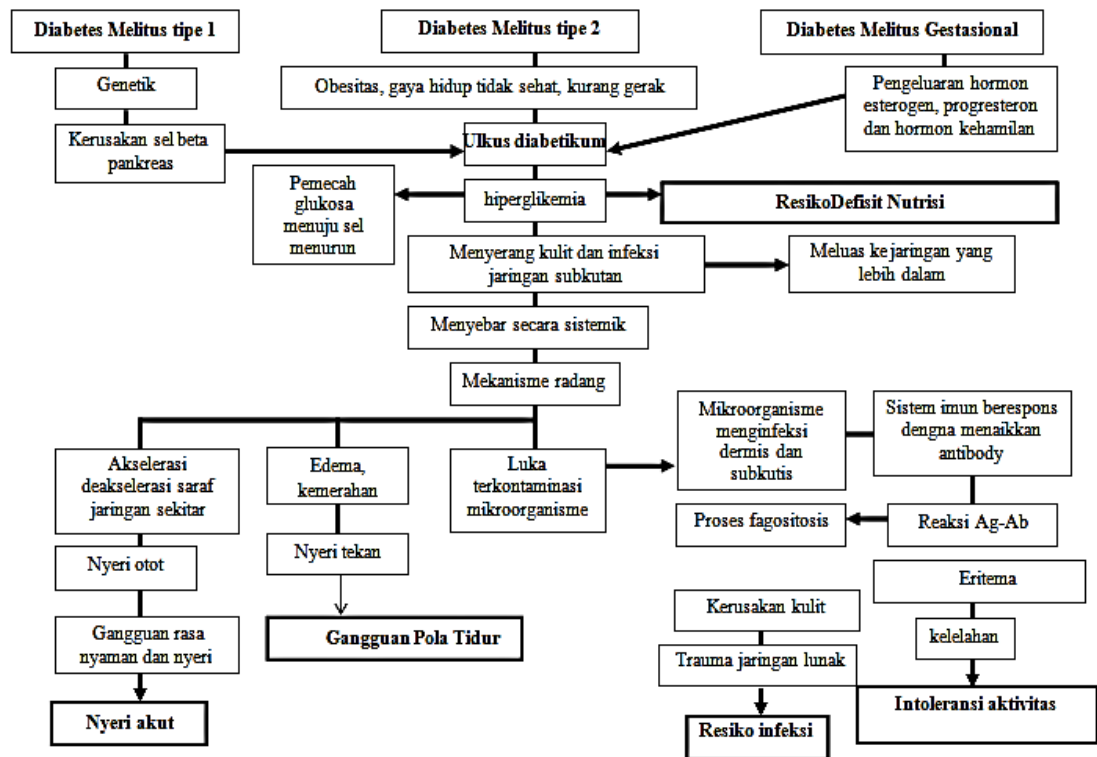
6. Proses penyembuhan luka

Tubuh mempunyai pelindung dalam menahan perubahan lingkungan yaitu kulit. Apabila faktor dari luar tidak mampu ditahan oleh pelindung tersebut maka terjadilah luka. Dalam merespon luka tersebut, tubuh memiliki fungsi fisiologis penyembuhan luka. Proses penyembuhan ini terdiri dari fase awal, intermediate dan fase lanjut. Masing – masing fase memiliki proses biologis dan peranan sel yang berbeda. Pada fase awal, terjadi hemostasis dimana pembuluh darah yang terputus pada luka akan dihentikan dengan terjadinya reaksi vasokonstriksi untuk memulihkan aliran darah serta inflamasi untuk membuang jaringan rusak dan mencegah infeksi bakteri. Pada fase intermediate, terjadi proliferasi sel mesenkim, epitelialisasi dan angiogenesis. Selain itu terjadi pula kontraksi luka dan sintesis kolagen pada

fase ini. Sedangkan untuk fase akhir, terjadi pembentukan luka / remodelling (Wartona, 2015).

Pathway ulkus diabetikum

Gambar 2.2



(Sumber: Nurarif, 2015)

7. Penatalaksanaan Medis

Menurut Manurung (2018), untuk penatalaksanaan ulkus diabetikum dapat dilakukan dengan berbagai usaha seperti rehabilitasi saat melakukan perawatan kemudian rehabilitasi untuk mencegah timbulnya ulkus yang baru.

a. Kontrol Metabolik

1. Kontrol gula darah harus dipantau secara ketat untuk memperbaiki hiperglikemia yang dapat menghambat penyembuhan luka.
2. Kontrol konsentasi serum albumin
3. Konsentrasi Hb
4. Oksigenasi jaringan.

b. Kontrol infeksi

Pemberian antibiotik di lakukan agar mengontrol infeksi untuk mencegah bila ada tanda-tanda infeksi pada luka.

c. Kontrol luka

Pengendalian luka dilakukan dengan cara perawatan luka dengan konsep WAKTU :

1. Tissue Debriment (membersihkan luka dengan jaringan mati)
2. Debriment ulkus merupakan pemotongan jaringan nekrotik juga dilakukan dalam debrimen dan jaringan sehat dipertahankan.

d. Manajemen Perawatan Kaki

1. Perawatan Kuku Kaki
2. Menjaga kebersihan kaki
3. Pemilihan alas kaki yang tepat
4. Konsultasi dengan dokter
5. Senam Kaki Diabetik

Amputasi adalah tindakan memisahkan bagian tubuh sebagian atau seluruh bagian ekstremitas yang dilakukan dalam kondisi pilihan terakhir ketika masalah yang terjadi pada ekstremitas tidak dapat diperbaiki dengan menggunakan teknik lain atau kondisi organ atau dapat membahayakan keselamatan tubuh klien. Amputasi dapat juga diberikan sebagai pengangkatan/pembuangan sebagian anggota tubuh atau anggota gerak yang disebabkan oleh adanya trauma, gangguan peredaran darah, osteomyelitis, dan kanker melalui proses pembedahan.

Amputasi dilakukan ketika dalam kondisi Iskemi yang tidak bisa ditangani dengan analgesis atau revaskularisasi, infeksi kaki yang kondisinya sudah mengancam jiwa yang tidak bisa diperbaiki dengan dilakukan tindakan lain, ulkus kaki tanpa adanya proses penyembuhan disertai dengan beban penyakit lebih tinggi dari pada akibat amputasi. komplikasi pada ulkus kaki diabetikum menyebabkan tidak berguna secara fungsional dan tindakan amputasi merupakan alternatif terbaik.

B. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Pengertian Kebutuhan Dasar

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

- a. Bahwa kebutuhan manusia itu bertahap, dan membentuk suatu hirarki dan fisiologis rasa aman, kebutuhan sosial, harga diri, dan aktualisasi diri.

- b. Bahwa manusia mempunyai kebutuhan yang berkelanjutan.
- c. Bahwa kebutuhan manusia saling tergantung dan saling melengkapi.
- d. Bahwa kebutuhan yang telah terpuaskanakan berhenti sebagai motivasi dan digantikan oleh kebutuhan berikutnya. Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu. Dalam konteks keperawatan, perawat harus memerhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami klien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan. Salah satu kebutuhan klien adalah bebas dari rasa nyeri. Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual. Klien merespon nyeri dengan berbagai cara, misalnya berteriak, menangis, meringis, dan lain-lain. Oleh karena itu, nyeri bersifat subjektif, itulah sebabnya diperlukan kemampuan perawat dalam mengidentifikasi dan mengatasi rasa nyeri (Haswita, 2017).

2. Pengertian Kenyamanan

Kenyamanan merupakan suatu keadaan seseorang merasa sejahtera atau nyaman baik secara mental, fisik maupun sosial. Kenyamanan menurut (Keliat, 2019) dapat dibagi menjaditiga yaitu:

- a. Kenyamanan fisik; merupakan rasa sejahtera atau nyaman secara fisik.
- b. Kenyamanan lingkungan; merupakan rasa sejahtera atau rasanyaman yang dirasakan didalam atau dengan lingkungannya
- c. Kenyamanan sosial; merupakan keadaan rasa sejahtera atau rasanyaman dengan situasi sosialnya.

3. Jenis Gangguan Rasa Nyaman

Menurut Brunner (2019), Gangguan rasa nyaman dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan keadaan seseorang mengeluh ketidaknyamanan dan merasakan sensasi yang tidak nyaman, tidak menyenangkan selama 1 detik sampai dengan kurang dari enam bulan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah keadaan individu mengeluh tidak nyaman dengan adanya sensasi nyeri yang dirasakan dalam kurun waktu yang lebih dari enam bulan.

c. Mual

Mual merupakan keadaan pada saat individu mengalami sensai yang tidak nyaman pada bagian belakang tenggorokan, area epigastrium atau pada seluruh bagian perut yang bisa saja menimbulkan muntah atau tidak (Brunner, 2019).

C. Konsep dasar nyeri akut

1. Pengertian

Menurut (PPNI, 2017), nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Pengkajian nyeri secara komprehensif menggunakan mnemonikPQRST. Mnemonik PQRST terdiri dari P paliatif atau penyebab nyeri Q *quality*/kualitas nyeri R *regio* (daerah) lokasi atau penyebaran nyeri S subjektif deskripsi oleh pasien mengenai tingkat nyerinya T temporal atau periode/waktu yang berkaitan dengan nyeri. Penilaian skala nyeri pada nyeri akut menurut (Haswita, 2017), menggunakan skala *assessment* nyeri uni-dimensional. Skala ukur uni- dimensional hanya untuk mengukur intensitas nyeri, cocok untuk nyeri akut, dan skala ini juga biasa digunakan dalam evaluasi *outcome* pemberian analgetik. Skala *assessment* nyeri uni-dimensional ini meliputi:

- a. Skala analog visual (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien.

- b. *Verbal Rating Scale* (VRS) Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali.
- c. *Numeric Rating Scale* (NRS) Skala nyeri akut dengan NRS memiliki rentang penilaian nyeri dari skala 0-10. Dengan kriteria penilaian skalan 0 tidak nyeri, 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang dan 7-10 nyeri berat.
- d. *Wong Baker Pain Rating Scale*, Skala ini digunakan pada pasien dewasa dan anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (Haswita, 2017).

2. Faktor penyebab

Menurut (PPNI, 2017) penyebab dari nyeri akut bisa didapatkan dari agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan) dan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

3. Kondisi klinis terkait

Beberapa kondisi klinis terkait diagnosa keperawatan nyeri akut menurut Manurung (2018), yaitu kondisi pembedahan, cedera traumatis, infeksi, sindrom coroner akut dan glaukoma.

4. Penatalaksanaan

Menurut (PPNI, 2017), penatalaksanaan (intervensi) keperawatan yang dapat diberikan pada penderita dengan nyeri akut yaitu manajemen nyeri. Manajemen nyeri adalah prosedur tindakan yang dilakukan untuk menghilangkan atau mengontrol rasa nyeri. Berikut dijabarkan tindakan-tindakan yang dapat dilakukan dalam manajemen nyeri antara lain :

a. Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas , intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respons nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingannyeri
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.

b. Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri(terapi humor)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitas istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

c. Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu
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

d. Kolaborasi

- 1.) Kolaborasi pemberian analgetik

Pada penelitian Wati (2020) dikatakan bahwa nyeri post operasi dapat diatasi dengan intervensi manajemen nyeri yaitu dengan pemberian terapi farmakologis dan non farmakologis. Terapi farmakologis

menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri. Terapi nonfarmakologis adalah terapi untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan teknik manajemen nyeri seperti: pemijatan, kompres hangat dan dingin, terapi musik, imajinasi terbimbing, hipnosis dan teknik distraksi. Selain itu, menurut terapi non farmakologi lainnya yaitu terapi humor.

D. Konsep Asuhan Keperawatan Ulkus Diabetikum

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan meliputi (Setiadi, 2014):

a. Biodata

1. Identitas Pasien (nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, agama, suku, alamat, status, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnose medis).
2. Identitas penanggung jawab (nama, umur, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien).

b. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama, biasanya keluhan utama yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian adalah nyeri, cemas, lemah, anoreksia, mual, muntah, abdomen, nafas pasien mungkin berbau aseton, pernapasan kusmaul, poliuri, polidipsi, penglihatan yang kabur, kelemahan dan sakit kepala.

2. Riwayat kesehatan sekarang

Data diambil saat pengkajian berisi tentang perjalanan penyakit pasien dari sebelum dibawa ke IGD sampai dengan mendapatkan perawatan di bangsal. Adakah data yang menyebutkan pasien tidak patuh dengan diet yang dianjurkan.

3. Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat penyakit DM atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin, misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas maupun obat-obatan yang biasa digunakan oleh penderita.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Adakah anggota keluarga dari pasien yang menderita penyakit Diabetes Mellitus karena DM ini termasuk penyakit yang menurun.

5. Riwayat Psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku dan kebiasaan yang dilakukan di rumah yang berpotensi menimbulkan penyakit DM oleh penderita dan keluarga. Membahas tentang harapan pasien dan keluarga tentang penyakit yang diderita oleh pasien dan persepsi-persepsi yang muncul dari pasien dan keluarga tentang penyakit DM. Memcatat informasi yang menjadi sumber pengetahuan atau usaha untuk mengetahui tentang penyakit.

c. Pola Fungsional

1. Pola persepsi kesehatan: adakah riwayat infeksi sebelumnya, persepsi pasien dan keluarga mengenai pentingnya kesehatan bagi anggota keluarganya.
2. Pola nutrisi dan cairan : pola makan dan minum sehari – hari, jumlah makanan dan minuman yang dikonsumsi, jenis makanan dan minuman, waktu berapa kali sehari, nafsu makan menurun tidak, jenis makanan yang disukai, penurunan berat badan.
3. Pola eliminasi : mengkaji pola BAB dan BAK sebelum dan selama sakit , mencatat konsistensi, warna, bau, dan berapa kali sehari, konstipasi, besar.
4. Pola aktivitas dan latihan : reaksi setelah beraktivitas (muncul keringat dingin, kelelahan/ keletihan), perubahan pola nafas setelah aktifitas, kemampuan pasien dalam aktivitas secara mandiri.

5. Pola tidur dan istirahat: berapa jam sehari, terbiasa tidur siang, gangguan selama tidur (sering terbangun), nyenyak, nyaman.
6. Pola persepsi kognitif: konsentrasi, daya ingat, dan kemampuan mengetahui tentang penyakitnya.
7. Pola persepsi dan konsep diri: adakah perasaan terisolasi diri atau perasaan tidak percaya diri karena sakitnya.
8. Pola reproduksi dan seksual: Adakah kelemahan yang dirasakan pasien pada saat berhubungan.
9. Pola mekanisme dan koping: emosi, ketakutan terhadap penyakitnya, kecemasan yang muncul tanpa alasan yang jelas.
10. Pola hubungan: apakah hubungan antar keluarga harmonis, interaksi, komunikasi, cara berkomunikasi.
11. Pola keyakinan dan spiritual: agama pasien, gangguan beribadah selama sakit, ketaatan dalam berdo'a dan beribadah (Setiadi, 2014).

d. Pemeriksaan Fisik

1. Neurosensori
Disorientasi, mengantuk, stupor/koma, gangguan memori, kekacauan mental, reflek tendon menurun, aktifitas kejang.
2. Kardiovaskuler
Takikardia / nadi menurun atau tidak ada, perubahan Tekanan darah postural, hipertensi disritmia, krekel, DVJ (GJK).
3. Pernafasan
Takipneu pada keadaan istirahat atau dengan aktifitas, sesak nafas, batuk dengan tanpa sputum purulent dan tergantung pada ada atau tidaknya infeksi, parestesia/paralise otot pernafasan, RR > 24x/menit, nafas berbau aseton.
4. Gastrointestinal
Muntah, penurunan BB, kekakuan atau distensi abdomen, ansietas, wajah meringis pada palpasi, bising usus melemah atau menurun.

5. Eliminasi

Urine encer, pucat, kuning, poliuria, urine berkabut, bau busuk, diare (bising usus hiperaktif).

6. Reproduksi/sexualitas

Rabbas vagina (jika terjadi infeksi), keputihan, impotensi pada pria, dan sulit orgasme pada wanita.

7. Muskuloskeletal

Tonus otot menurun, penurunan kekuatan otot, ulkus pada kaki, reflek tendon menurun, kesemutan atau rasa berat pada tungkai.

8. Kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung, turgor jelek, pembesaran tiroid, demam, diaforesis (keringat banyak), kulit rusak, lesi/ulserasi/ulkus (Setiadi, 2014).

2. Diagnosa keperawatan

Menurut (Nurarif, 2015) diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian pernyataan dari masalah klien baik yang nyata maupun yang potensial berdasarkan data yang diperoleh, yang pemecahannya dapat dilakukan dalam batasan kewenangan perawat melakukannya.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri akut merupakan nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017)

b. Resiko infeksi berhubungan dengan luka

Risiko infeksi merupakan beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (SDKI,2017)

c. Risiko Defisit nutrisi berhubungan ddengan gangguan toleransi glukosa darah

Risiko defisit nutrisi merupakan risiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (SDKI,2017)

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah menyusun rencana keperawatan yang akan dilakukan perawat guna menanggulangi masalah pasien sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kesehatan pasien. Komponen rencana keperawatan terdiri dari tujuan, kriteria hasil, dan rencana keperawatan (Basri et al.,2020)

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan Post Operasi Amputasi Ulkus Diabetikum

Diagnosa <i>1</i>	SLKI <i>2</i>	SIKI <i>3</i>
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil (L. 08063): - nyeri menurun - tidak ada keluhan nyeri - Skala nyeri 1	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, priode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 4. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24	Perawatan luka (I.14564) Observasi

Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3
	<p>jam diharapkan resiko infeksi dapat berkurang. Dengan kriteria hasil sebagai berikut (L.02104):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengenali tanda dan gejala yang mengindikasikan risiko dalam penyebaran infeksi 2. Mengetahui cara mengurangi penularan infeksi 3. Mengetahui aktivitas yang dapat meningkatkan infeksi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan tanda vital 2. Kaji tanda-tanda infeksi ; suhu tubuh, nyeri dan perdarahan 3. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah setiap melakukan kegiatan perawatan pasien. 2. Mengajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi 3. Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi. 4. Rawat luka (inspeksi kondisi luka) 7 5. Mengajarkan pasien merawat luka. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tanda-tanda infeksi ; suhu tubuh, nyeri dan perdarahan 2. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah setiap melakukan kegiatan perawatan pasien. 4. Mengajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi 5. Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi. 6. Rawat luka (inspeksi kondisi luka) 7. Mengajarkan pasien merawat luka.
<p>Risiko Defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah (D.0019)</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (L. 03024) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Serum albumin meningkat 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

Diagnosa	SLKI	SIKI
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
	5. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat 7. Pengetahuan tentang standard asupan nutrisi	5. Monitor asupan makana 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhuyang sesuai 4. Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggiprotein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan 3. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri,antiemetic), jika perlu 4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

Sumber:(PPNI, 2018).

4. **Implementasi keperawatan**

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Setiadi, 2014).

5. **Evaluasi keperawatan**

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan untuk menentukan masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. (Suarni & Apriyani, 2017, hal. 19).

S :Data subjektif, data yang didapatkan dari ungkapan yang diberikan klien setelah diberikan tindakan.

O :Data objektif, informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.

A :Analisa, membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P :Planning, rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.