

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Maslow, manusia termotivasi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan hidupnya. Kebutuhan-kebutuhan tersebut memiliki tingkatan atau hirarki, mulai dari yang paling rendah (bersifat dasar atau fisiologis) sampai yang paling tinggi (aktualisasi diri) (Haswita, Reni sulistyowati, 2017). *Hierarchy of needs* (hirarki kebutuhan) dari Maslow menyatakan bahwa manusia memiliki 5 macam kebutuhan, yaitu:

a. Kebutuhan fisik (*physiological needs*)

Kebutuhan fisik adalah yang paling mendasar dan paling mendominasi kebutuhan manusia. Kebutuhan ini bersifat biologis seperti oksigen, makanan, air dan sebagainya. Pemikiran Maslow akan kebutuhan fisik ini sangat dipengaruhi oleh kondisi pasca perang dunia II. Saat itu, manusia dalam kondisi yang memilukan. Salah satunya adalah dilandanya kelaparan.

b. Kebutuhan akan rasa aman (*safety needs*)

Setelah kebutuhan fisiologis terpenuhi, manusia akan cenderung mencari rasa aman, bisa berupa kebutuhan akan perlindungan, kebebasan, dari rasa takut dan sebagainya. Kebutuhan ini bertujuan untuk mengembangkan kehidupan manusia supaya menjadi lebih baik.

c. Kebutuhan akan kepemilikan dan cinta (*the belongingness and love needs*).

Setelah kebutuhan fisik dan rasa aman terpenuhi, manusia akan cenderung mencari cinta orang lain supaya bisa dimengerti dan dipahami oleh orang lain. Jadi, kebutuhan akan cinta tidak sama dengan kebutuhan akan seks. Sebaliknya, Maslow menegaskan, kebutuhan akan seks justru dikategorikan sebagai kebutuhan fisik. Kebutuhan akan cinta ini menguatkan bahwa dalam hidup, manusia tidak bisa terlepas dari sesama.

d. Kebutuhan untuk dihargai (*the esteem needs*)

Setelah ketiga kebutuhan di atas terpenuhi, maka sudah menjadi naluri manusia untuk bisa dihargai oleh sesama bahkan masyarakat. Maslow mengklasifikasikan kebutuhan ini menjadi dua bagian yaitu, pertama lebih mengarah pada harga diri. Kebutuhan ini dianggap kuat, mampu mencapai sesuatu yang memadai, memiliki keahlian tertentu menghadapi dunia, bebas dan mandiri. Sedangkan kebutuhan yang lainnya lebih pada sebuah penghargaan. Yaitu keinginan untuk memiliki reputasi dan prestise tertentu (penghormatan atau penghargaan dari orang lain), kebutuhan ini akan memiliki dampak secara psikologis berupa rasa percaya diri, bernilai, kuat dan sebagainya.

e. Kebutuhan aktualisasi diri (*self actualization*)

Kebutuhan inilah yang menjadi puncak tertinggi pencapaian manusia setelah kebutuhan-kebutuhan di atas terpenuhi. Pencapaian aktualisasi diri ini berdampak pada kondisi psikologi yang meninggi pula seperti perubahan persepsi, dan motivasi untuk selalu tumbuh dan berkembang. Dengan kelima hierarki kebutuhan itulah yang menjadi struktur kunci Maslow dalam menjelaskan manusia. Konsep fundamental dari pendirian teori Maslow adalah: Manusia dimotivasi oleh sejumlah kebutuhan dasar yang bersifat sama untuk seluruh spesies, tidak berubah, dan berasal dari sumber genetik atau naluriah. Menurutnya, kebutuhan juga bersifat psikologis, bukan semata-mata fisiologis. Sebab, kebutuhan inilah yang menjadi inti dari kodrat manusia. Sedangkan sesuatu itu disebut sebagai kebutuhan dasar apabila memenuhi beberapa syarat berikut yaitu:

- 1) Bila tidak terpenuhi dapat menimbulkan penyakit.
- 2) Memenuhinya dapat mencegah timbulnya penyakit.
- 3) Pemulihannya dapat menyembuhkan penyakit.
- 4) Dalam situasi tertentu yang sangat kompleks, orang bebas memilih (seseorang yang sedang kekurangan, akan cenderung memilih kebutuhan dibanding kepuasan lainnya).

- 5) Kebutuhan itu tidak aktif, lemah atau secara fungsional tidak terdapat pada orang yang sehat.

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Menurut Abraham Maslow rasa aman nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (suatu kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan trasenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan (Eti, 2019). Rasa nyaman dibutuhkan setiap individu dalam suatu konteks keperawatan, perawat harus memperhatikan dan memenuhi rasa nyaman. Gangguan rasa nyaman yang dialami oleh klien diatasi oleh perawat melalui intervensi keperawatan (Sutanto & Fitriana, 2017).

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi nyeri

International Association for the Study Of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat aktual maupun potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan (IASP, 2014b).

Nyeri merupakan cara tubuh untuk memberitahu kita bahwa terjadi sesuatu yang salah, nyeri bekerja sebagai suatu sistem alam yang merupakan sinyal yang memberitahukan kita untuk berhenti melakukan sesuatu yang mungkin menyakitkan kita, dengan cara ini melindungi kita dari keadaan yang berbahaya. Alasan ini nyeri seharusnya ditangani secara serius. Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan yang dapat dialami oleh setiap orang. rasa nyeri dapat menjadi peringatan terhadap adanya

ancaman yang bersifat aktual maupun potensial, namun nyeri bersifat subyektif dan sangat individual. Respon seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin, budaya dan lain sebagainya (Suwondo dkk, 2017).

b. Etiologi nyeri

Penyebab nyeri dapat dilakukan kedalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Secara fisik, penyebab nyeri dapat terjadi karena adanya trauma psikologis. Nyeri disebabkan oleh faktor psikis berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan jaringan-jaringan tertentu yang terletak lebih dalam. Sedangkan nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik.

c. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua kategori yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Klasifikasi ini berdasarkan waktu atau durasi terjadinya nyeri.

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan, gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Mubarak, dkk 2015).

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik yaitu nyeri konstan yang berkaitan dengan kerusakan aktual maupun fungsional yang terjadi secara lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dan biasanya berlangsung lebih dari 3 bulan (PPNI, 2016).

3) Nyeri nosiseptif

Nyeri yang timbul akibat kerusakan jaringan somatic ataupun visceral. Stimulasi nosiseptor akan mengakibatkan tersekresinya mediator inflamasi dari jaringan, sel imun dan ujung saraf sensoris dan simpatik (Anitescu, Benzoni, & Wallace, 2017).

4) Nyeri neuropatik

Nyeri yang timbul akibat adanya disfungsi primer pada sistem saraf perifer seperti lesi pada daerah sekitar saraf perifer. Umumnya penderita akan merasakan seperti ditusuk-tusuk disertai sensasi panas dan tidak mengenakkan pada fungsi perabaan (Anitescu, Benzoni, & Wallace, 2017).

d. Fisiologis nyeri

Sensasi nyeri ialah fenomena yang kompleks melibatkan suatu kejadian fisiologis pada sistem saraf. Kejadian ini meliputi transduksi, transmisi, persepsi dan modulasi (Kyle, 2015).

1) Transduksi

Serabut perifer yang memanjang dari berbagai lokasi di medula spinalis dan seluruh jaringan tubuh, seperti kulit, sendi, tulang dan membran yang menutupi membran internal. Diujung serabut ini ada reseptor khusus, disebut nosiseptor yang menjadi aktif ketika mereka terpajang dengan stimuli berbahaya, seperti bahan kimia mekanis atau termal. Stimuli mekanis dapat berupa tekanan yang intens pada area dengan kontraksi otot yang kuat, atau tekanan ekstensif akibat peregangan otot yang berlebihan.

2) Transmisi

Transmisi merupakan proses penyaluran implus nyeri dari reseptor nyeri di perifer menuju ke terminal sentral di medula spinalis dan dilanjutkan ke otak. Tahap transmisi sendiri terdiri atas 3 bagian adalah sebagai berikut:

a) Stimulasi yang diterima oleh reseptor ditransmisikan berupa impuls nyeri dari saraf perifer ke medula spinalis. Jenis nosiseptor yang terlibat dalam transmisi ini ada dua jenis yaitu

serabut C dan serabut A-delta. Serabut C mentransmisikan nyeri tumpul dan menyakitkan, sedangkan serabut A delta mentransmisikan nyeri yang tajam dan terlokalisasi.

- b) Nyeri ditransmisikan dari medula spinalis ke batang otak dan talamus melalui jalur spinotalamikus (*spinotalamic tract* atau *STT*) yang membawa informasi tentang sifat dan lokasi stimulus ke talamus.
- c) Sinyal diteruskan ke korteks sensorik somatik (tempat nyeri dipersepsikan). Impuls yang ditransmisikan melalui STT mengaktifkan respons otonomik dan limbik.

3) Presepsi

Ketika kornuldorsal medula spinalis, serabut saraf dibagi dan kemudian melintasi sisi yang berlawanan dan naik ke hipotalamus. Thalamus merespon secara tepat dan mengirimkan pesan korteks somatosensori otak, tempat impuls menginterpretasikan sebagai sensasi fisik nyeri. Impuls dibawa oleh serabut delta-A yang cepat mengarah ke persepsi tajam, nyeri lokal menikam yang biasanya juga melibatkan respons reflek yang meninggalkan stimulus

4) Pengukuran intensitas nyeri

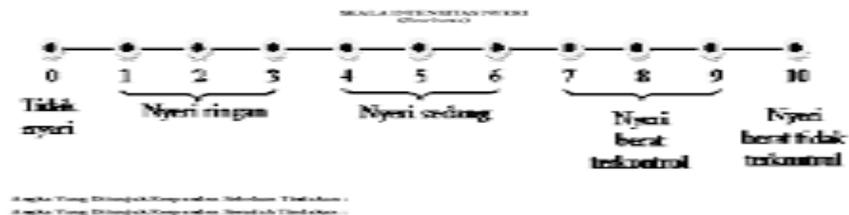
Face Pain Scale

					
0 tidak sakit	2 Sedikit sakit	4 Agak mengganggu	6 Mengganggu aktivitas	8 Sangat mengganggu	10 Tak tahan

Visual Analog Scale

----- ----- ----- ----- -----					
No Pain	Mild Pain	Moderate Pain	Severe Pain	Very Severe Pain	Worst Possible Pain
Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Nyeri Sedang	Nyeri Berat	Nyeri Sangat Berat	Nyeri Hebat

Numeric Rating Scale



Sumber: (Hidayat & Uliyah, 2014)

Gambar 2.1 Intensitas nyeri

Skala FLACC didasarkan pada pengamatan. Nol hingga dua poin diberikan untuk masing-masing dari lima kategori. Skor keseluruhan dicatat sebagai berikut:

- 0: Tidak merasakan nyeri atau terlihat santai dan nyaman
- 1 hingga 3: Ketidaknyamanan atau nyeri ringan
- 4 hingga 6: Nyeri sedang
- 7 hingga 10 : Ketidaknyamanan atau nyeri parah

Kapan dilakukan penilaian nyeri?

- Sejak pertama kali pasien tersebut diperiksa.
- Dilakukan penilaian kembali setelah pemberian penatalaksanaan nyeri.

Kapan dilakukan pengkajian ulang nyeri :

- Setiap 30 menit – 1 jam setelah pemberian obat nyeri (tatalaksana nyeri).
- Pada pasien yang menjalani prosedur yang menyakitkan.
- Setiap shift jaga.
- Sebelum transfer.
- Sebelum pasien pulang.

VAS < 4 artinya :

- Nyeri ringan.
- Diberikan terapi non farmakologi seperti penjelasan kepada pasien atau diberikan terapi farmakologi.

VAS \geq 4 artinya :

- a. Nyeri sedang dan nyeri berat.
- b. Diberikan terapi farmakologi seperti.

e. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Bahrudin, 2017) antara lain:

1) Usia

Usia merupakan variabel yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri. Perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci ketika lansia melaporkan adanya rasa nyeri. Lansia memiliki rasa nyeri lebih dari satu. Penyakit lansia yang bermacam-macam dapat menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung, nyeri dada dapat timbul karena gejala artrhitis pada spinal dan gangguan abdomen.

2) Jenis kelamin

Pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam hal merespon nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki laki harus lebih berani dalam menahan rasa nyeri dibandingkan dengan anak perempuan. Penelitian memperlihatkan hormon seks pada mamalia berpengaruh terhadap tingkat toleransi terhadap nyeri. Hormon seks testosteron menaikkan ambang nyeri percobaan binatang. Sedangkan estrogen meningkatkan pengenalan/sensitivitas terhadap nyeri. Manusia lebih kompleks dipengaruhi oleh personal, budaya.

3) Budaya

Petugas kesehatan berasumsi bahwa cara yang dilakukan dan hal yang diyakini ialah sama dengan cara dan keyakinan orang lain. Pengenalan nilai-nilai budaya yang dimiliki seseorang dan memahami nilai-nilai berbeda dari nilai-nilai kebudayaan lainnya membantu untuk menghindari mengevaluasi perilaku klien

berdasarkan harapan dan nilai budaya seseorang. Perawat yang mengetahui perbedaan pada budaya akan mempunyai pemahaman yang lebih besar tentang rasa nyeri klien dan akan lebih akurat dalam mengkaji nyeri dan respon-respon perilaku terhadap nyeri juga efektif dalam menghilangkan nyeri klien.

4) Ansietas

Ansietas diyakini dapat meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Riset tidak memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten antara ansietas dan nyeri, juga tidak memperlihatkan bahwa pelatihan pengurangan stress praoperatif menurunkan nyeri saat pasca operatif, yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi klien terhadap nyeri. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi klien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri.

5) Pengalaman nyeri masa lalu

Setiap individu belajar dari pengalaman nyerinya. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu akan mudah menerima rasa nyeri pada masa yang akan datang.

f. Penanganan nyeri

Menurut (Wahyudi, 2016) terdapat beberapa cara penanganan nyeri yaitu

1) Farmakologi

Manajemen farmakologi yang dilakukan adalah pemberian analgesik atau obat penghilang rasa sakit. Penatalaksanaan farmakologi adalah pemberian obat untuk mengurangi nyeri. Obat-obatan yang diberikan dapat digolongkan ke dalam:

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 opiate dan mengaktifkan penekanan nyeri endogen pada susunan saraf pusat. Penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan 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. Mengenai obat-obatan yang digunakan untuk mengurangi nyeri pada sendi, yaitu:

- (1) Analgesik opioid (narkotik) nama obat yang digunakan adalah MST Continus. Morfin sulfat 10 mg, 15 mg, 30 mg. Awal 10-15 mg efek obat selama 12 jam. Nyeri tidak dapat dikontrol dengan opioid: awal 20-30 mg tiap 12 jam. Mengonsumsi obat ini dengan cara ditelan utuh tidak dibagi, dikunyah, dan dihancurkan.
- (2) Pengobatan nyeri pada sendi jenis NSAID adalah aspirin dan ibuprofen (Afren). Indikasinya untuk nyeri ringan hingga sedang, nyeri pasca operasi, penyakit rheumatoid dan nyeri otot. Dosis afren dewasa 400 mg 3-4 x/hr. Sebagai analgesik 200-400 mg 3-4 x/hr. Efek sampingnya yaitu pasien akan merasa mual, muntah, diare, konstipasi, nyeri abdomen atau rasa panas terbakar sementara pada lambung, ruam kulit, bronkospasme atau trombositopenia.

2) Non farmakologi

Penanganan nyeri secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara yaitu:

1) Relaksasi progresif

Relaksasi nafas dalam dapat memberikan perubahan yang dirasakan pada oleh tubuh secara fisiologis yang bersifat emosional serta sensorik. Relaksasi nafas dalam merupakan salah satu terapi non farmakologi yang memberikan efek relaksasi yang dapat menurunkan skala nyeri dengan merangsang susunan saraf pusat yaitu otak dan sumsum tulang belakang guna untuk memproduksi pengeluaran hormone endorfin yang membantu untuk menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh individu (S.B. AJI, 2015).

2) Stimulasi kutaneus plasebo

Plasebo adalah zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa (Wahyudi, 2016).

3) Teknik distraksi

Distraksi adalah metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien lupa terhadap nyeri yang dialaminya (Wahyudi, 2016)

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. 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 diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah & Ghofur, 2016).

a. Pengkajian awal

1) Identitas pasien

Meliputi nama, usia, tanggal lahir (umumnya manusia mengalami perubahan fisiologis secara drastis setelah usia 40 tahun dan DM sering muncul setelah memasuki usia tersebut terutama setelah seseorang memasuki usia 45 tahun terlebih dengan overweight (Riyadi & Sukarmin, 2018), jenis kelamin, suku bangsa, alamat, tanggal dan masuk rumah sakit, sumber informasi (orang yang dapat dihubungi dan no telepon), diterima dari (rumah, rumah sakit, puskesmas, tunawisma), cara datang (jalan kaki, kursi roda, ambulance, brankar).

2) Keluhan utama

Penderita biasanya datang dengan keluhan menonjol badan terasa sangat lemas, penglihatan yang kabur, disertai dengan kelemahan otot tungkai bawah. Meskipun banyak keluhan banyak kencing (poliuri) kadang penderita belum tahu kalau salah satu tanda penyakit DM (Riyadi & Sukarmin, 2018).

3) Riwayat penyakit sekarang

Penderita biasanya mengalami kesemutan pada kaki atau tungkai bawah serta kesulitan dalam menjalankan aktifitasnya karena terjadi kelemahan pada kaki dan tungkai bawahnya ditandai dengan adanya ganggren. Riwayat penyakit ini biasanya yang dominan adalah munculnya sering buang air kecil (poliuri), sering haus dan lapar (polifagia) sebelum klien mengeluhkan adanya gangguan kulit seperti gatal atau luka (Riyadi & Sukarmin, 2018).

4) Riwayat penyakit dahulu

Mempunyai riwayat gula darah yang tinggi pada semasa muda, keluhan kesemutan pada kaki atau tungkai bawah. DM dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap DM, karena

kelainan gen yang mengakibatkan tubuhnya tidak dapat menghasilkan insulin dengan baik akan disampaikan informasinya pada keturunan berikutnya (Riyadi & Sukarmin, 2018).

5) Data psikologis

Aspek psikologis yang perlu dikaji diantaranya adalah bagaimana respons psikologi klien terhadap masalah gangguan aktivitas yang dialaminya, mekanisme koping yang digunakan klien dalam menghadapi gangguan aktivitas dan gaya komunikasi.

6) Gaya hidup

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

7) Data sosial

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

8) Pola perawatan kesehatan

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang bersangkutan dengan kesehatan. (SDKI, 2016).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien DM dengan gangguan kebutuhan aman nyaman:nyeri adalah :

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan

a. Gangguan rasa nyaman

- b. Nausea
- c. Nyeri akut
- d. Nyeri kronis

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

- a. Gangguan integritas kulit/jaringan
- b. Hipertermia
- c. Hipotermia
- d. Perilaku kekerasan
- e. Risiko infeksi
- f. Risiko jatuh

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi dan Cairan

- a. Berat badan lebih
- b. Diare
- c. Defisit nutrisi
- d. Obesitas
- e. Risiko ketidakseimbangan cairan
- f. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

3. Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan menurut SIKI adalah segala *threatmen* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Perencanaan keperawatan pada pasien dengan gangguan kebutuhan aman nyaman:nyeri pada DM sebagai berikut :

Tabel 2.1

Intervensi keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri Akut Definisi Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat Nyeri menurun dengan kriteria hasil :	Intervensi Utama Manajemen Nyeri Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,

	<p>actual dan fungsional, dengan onset mendadak, atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis 2. Agen pencedera kimiawi 3. Agen pencedera fisik 	<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun 	<p>intensitas nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS,hipnosis,akupresur,terapi musik,terapi pijat,kompres hangat) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab,periode,dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu
2	Ketidakstabilan Kadar	Setelah dilakukan	Intervensi Utama

	<p>Glukosa Darah</p> <p>Definisi Variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal</p> <p>Penyebab</p> <p>Hiperglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disfungsi pancreas 2. Resistensi insulin 3. Gangguan toleransi glukosa darah 4. Gangguan glukosa darah 5. puasa <p>Hipoglikemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan insulin atau obat glikemik oral 2. Hyperinsulinemia 3. Endokrinopati 4. Disfungsi hati 5. Disfungsi ginjal kronis 6. Efek agen farmakologis 7. Tindakan pembedahan neoplasma 8. Gangguan metabolik bawaan 	<p>Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan ketidak stabilan kadar glukosa darah membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar glukosa dalam darah membaik - Lelah/lesu menurun 	<p>Manajemen Hiperglikemia</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia - Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin yang meningkat (mis,penyakit kambuhan) - Monitor kadar glukosa darah, jika perlu - Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. Polifagia, kelemahan, malaise, sakit kepala) - Monitor intake dan output cairan <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan asupan cairan oral - Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk - Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri - Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga - Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu - Ajarkan pengelolaan DM (mis. Penggunaan insulin,obat oral, monitor asupan cairan,penggantian karbohidrat,dan bantuan profesional kesehatan) <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian insulin,jika perlu - Kolaborasi pemberian cairan iv,jika perlu - Kolaborasi pemberian kalium,jika perlu <p>Manajemen Hipoglikemia</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi tanda gejala hipoglikemia - Identifikasi penyebab hipoglikemia <p>Terapeutik</p>
--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan karbohidrat sederhana - Berikan glukagon,jika perlu - Pertahankan akses iv,jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan membawa karbohidrat setiap saat - Anjurkan monitor kadar glukosa darah - Ajarkan pengelolaan hipoglikemi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian dextrose, jika perlu - Kolaborasi pemberian glukagon
3	<p>Gangguan Integritas Kulit Definisi Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan sirkulasi 2. Perubahan status nutrisi 3. Kekurangan/kelebihan volume cairan 4. Penurunan mobilitas 5. Bahan kimia iritatif 6. Suhu lingkungan yang ekstrem 7. Faktor mekanis atau faktor elektrik 8. Efek samping terapi radiasi 9. Kelembapan 10. Proses penuaan 11. Neuropati perifer 12. Perubahan pigmentasi 13. Perubahan hormonal 14. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan 	<p>Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan integritas kulit atau jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan jaringan menurun - Kerusakan lapisan kulit menurun - Nyeri menurun 	<p>Intervensi Utama Perawatan Integritas Kulit Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab Gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring - Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang - Bersihkan parineal dengan air hangat, terutama selama periode diare - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan menggunakan pelembab - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur - Anjurkan mandi menggunakan sabun secukupnya

4. Implementasi

Menurut (Putri, 2020) implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu pasien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan. Adapun implementasi yang diberikan pada asuhan keperawatan ini yakni melakukan identifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri, melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer, memonitor tanda-tanda infeksi, melakukan perawatan luka, mengajarkan ambulasi sederhana. Sebelum melakukan tindakan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tersebut masih sesuai dengan kondisi yang dibutuhkan klien saat ini. Implementasi keperawatan menurut Asmadi (2018) dibedakan berdasarkan kewenangan tanggung jawab perawat secara profesional diantaranya:

- a. Independent implementasi merupakan implementasi yang diprakarsai oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan.
- b. Interdependent implementasi adalah tindakan keperawatan atas dasar kerja sama sesama tim keperawatan atau dengan tim Kesehatan lainnya seperti dokter.
- c. Dependent implementasi adalah tindakan perawat atas dasar rujukan dari profesi lain seperti ahli gizi, psikolog, dan sebagainya dalam hal pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu

berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik. Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang di tarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau di ubah (Olfah & Ghofur, 2016).

Perumusan evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP (Asmadi, 2018). S (Subjektif): data berupa keluhan klien. O (Objektif): data hasil pemeriksaan A (Assasement/ analisa data): pembandingan data dengan teori P (Planning): perencanaan Evaluasi.

C. Tinjauan Konsep Penyakit DM

1. Definisi

Penyakit (DM) adalah penyakit kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar gula dalam darah sebagai akibat adanya gangguan sistem metabolisme dalam tubuh. Gangguan metabolisme tersebut disebabkan karena kurangnya produksi hormon insulin yang diperlukan tubuh. Penyakit ini juga dikenal sebagai penyakit kencing manis atau penyakit gula darah. Penyakit DM merupakan penyakit endokrin yang paling banyak ditemukan (Susanti, 2019).

Diagnosis DM dapat ditegakkan dengan 3 cara yaitu jika terdapat keluhan klasik, pemeriksaan glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL sudah cukup untuk menegakkan diagnosis DM, yang kedua bila pemeriksaan glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dL dengan adanya keluhan klasik dan yang ketiga tes toleransi glukosa oral (TTGO) > 200 mg/dL (*American Diabetes Association. Diabetes Guidelines. Diabetes Care, 2016*).

2. Etiologi

Dalam (Walker, 2020) semua sel tubuh anda membutuhkan energi. Sumber utamanya adalah glukosa, yang membutuhkan hormon insulin untuk masuk ke dalam sel. Pada penyakit DM, terdapat kekurangan insulin atau insulin tidak dapat bekerja dengan baik, yang menyebabkan berbagai gejala dan gangguan kesehatan.

1. DM Tipe I

DM Tipe I ditandai oleh penghancuran sel-sel beta pankreas. Kombinasi faktor genetik, imunologi, dan mungkin pula lingkungan diperkirakan turut menimbulkan destruksi sel beta.

a. Faktor genetik penderita DM tidak mewarisi DM 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 transplantasi dan proses imun lainnya.

b. Faktor imunologi pada DM Tipe I terdapat bukti adanya suatu proses autoimun. Respon ini merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing. autoantibodi terhadap sel-sel pulau langerhans dan insulin endogen (interna) terdeteksi pada saat diagnosis dibuat dan bahkan beberapa tahun sebelum timbulnya tanda-tanda klinis DM Tipe I.

c. Faktor lingkungan infeksi virus misalnya coxsackie B4, gondongan (mumps), rubella, sitomegalovirus dan toksin tertentu misalnya golongan nitrosamin yang terdapat pada daging yang diawetkan dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta pankreas.

2. DM Tipe II

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada DM Tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Selain itu terdapat pula faktor-faktor risiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya DM Tipe II. Faktor-faktor ini adalah:

- a. Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun).
- b. Obesitas.
- c. Gaya hidup.
- d. Kelompok etnik (di Amerika Serikat, golongan Hispanik serta penduduk asli Amerika tertentu memiliki kemungkinan yang telah besar untuk terjadinya DM Tipe II dibandingkan dengan golongan Afro-Amerika).

3. Patofisiologi

1. DM Tipe I

Pada DM Tipe I terdapat kekurangan insulin absolut sehingga pasien membutuhkan suplai insulin dari luar keadaan ini disebabkan oleh lesi pada sel beta pankreas karena mekanisme autoimun yang pada keadaan tertentu dipicu oleh infeksi virus. Pulau pankreas diinfiltrasi oleh limfosit T dan dapat ditemukan autoantibodi terhadap jaringan pulau (antibodi sel langerhans) dan insulin. Setelah merusak sel beta, antibodi sel langerhans menghilang. Namun saat sel beta pankreas telah dirusak maka produksi insulin juga akan mengalami gangguan. Dimana sel beta pankreas tidak akan dapat memproduksi insulin sehingga akan terjadi defisiensi insulin. Maka akan terjadi hiperglikemia dimana glukosa akan meningkat di dalam darah sebab tidak ada yang membawa masuk glukosa ke dalam sel (Silbernal, 2014).

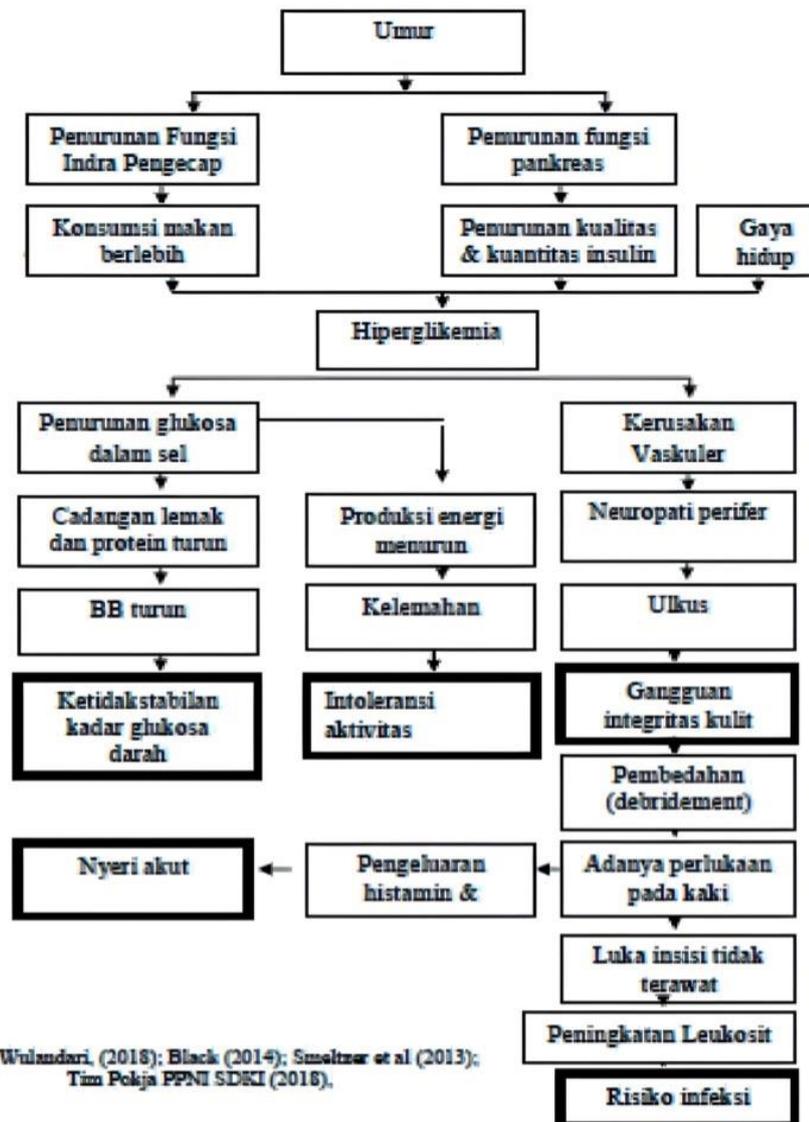
2. DM Tipe II

Pada DM tipe II (DM yang tidak tergantung insulin (NIDDM), sebelumnya disebut dengan DM tipe dewasa) hingga saat ini merupakan DM yang paling sering terjadi. Pada tipe ini, disposisi genetik juga berperan penting. Namun terdapat defisiensi insulin relatif; pasien tidak mutlak bergantung pada suplai insulin dari luar. Pelepasan insulin dapat normal atau bahkan meningkat, tetapi organ target memiliki sensitifitas yang berkurang terhadap insulin. Sebagian 10 besar pasien DM tipe II memiliki berat badan berlebih. Obesitas

terjadi karena disposisi genetik, asupan makanan yang terlalu banyak, dan aktifitas fisik yang terlalu sedikit. Ketidak seimbangan antara suplai dan pengeluaran energi meningkatkan konsentrasi asam lemak di dalam darah. Hal ini selanjutnya akan menurunkan penggunaan glukosa di otot dan jaringan lemak. Akibatnya, terjadi resistensi insulin yang memaksa untuk meningkatkan pelepasan insulin. Akibat regulasi menurun pada reseptor, resistensi insulin semakin meningkat. Obesitas merupakan pemicu yang penting, namun bukan merupakan penyebab tunggal DM Tipe II. Penyebab yang lebih penting adalah adanya disposisi genetik yang menurunkan sensitifitas insulin. Sering kali, pelepasan insulin selalu tidak pernah normal. Beberapa gen telah diidentifikasi sebagai gen yang meningkatkan terjadinya obesitas dan DM tipe II. Diantara beberapa faktor, kelainan genetik pada protein yang memisahkan rangkaian di mitokondria membatasi penggunaan substrat. Jika terdapat disposisi genetik yang kuat, DM Tipe II dapat terjadi pada usia muda. Penurunan sensitifitas insulin terutama mempengaruhi efek insulin pada metabolisme glukosa, sedangkan pengaruhnya pada metabolisme lemak dan protein dapat dipertahankan dengan baik. jadi, DM Tipe II cenderung menyebabkan hiperglikemi berat tanpa disertai gangguan metabolisme lemak (Silbernalg, 2014).

4. Pathway DM

Gambar 2.2 Pathway DM



Sumber; Wulandari, (2018); Black (2014); Smeltzer et al (2013);
Tim Pokja PFNI SDEKI (2018),

5. Manifestasi Klinis

Perkeni (2021) membagi alur diagnosis DM menjadi dua bagian besar berdasarkan ada tidaknya gejala khas DM.

a. Gejala khas DM terdiri dari trias diabetik yaitu :

1) Poliuria (banyak kencing), peningkatan pengeluaran urine terjadi apabila

peningkatan glukosa melebihi nilai ambang ginjal untuk reabsorpsi glukosa, maka akan terjadi glukosuria. Hal ini menyebabkan diuresis osmotik yang secara klinis bermanifestasi sebagai poliuria.

2) Polidipsi (banyak minum), peningkatan rasa haus terjadi karena tingginya kadar glukosa darah yang menyebabkan dehidrasi berat pada sel di seluruh tubuh. Hal ini terjadi karena glukosa tidak dapat dengan mudah berdifusi melewati pori- pori membran sel. Rasa lelah dan kelemahan otot akibat katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi. Aliran darah yang buruk pada pasien diabetes kronis juga berperan menyebabkan kelelahan.

3) Polifagia (banyak makan), peningkatan rasa lapar terjadi karena penurunan aktivitas kenyang di hipotalamus. Glukosa sebagai hasil metabolisme karbohidrat tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga menyebabkan terjadinya kelaparan sel. Gejala khas DM lainnya yaitu ditandai dengan berat badan menurun tanpa sebab yang jelas.

b. Menurut Black (2014) manifestasi yang muncul pada pasien DM juga yaitu Poliuria (air kencing keluar banyak), polydipsia (rasa haus yang berlebih) yang disebabkan karena osmolalitas serum yang tinggi akibat kadar glukosa serum yang meningkat dan Polifagia (rasa lapar yang berlebih) yang terjadi karena glukosuria yang menyebabkan keseimbangan kalori negative dan Penurunan berat badan.

6. Faktor Risiko

Menurut Kemenkes (2019) faktor risiko DM diantaranya sebagai berikut:

- a) Kegemukan.
- b) Kurang aktivitas fisik.
- c) Hipertensi atau Tekanan darah tinggi.
- d) Diet tidak seimbang (tinggi gula, garam, lemak dan rendah serat).
- e) Riwayat penyakit jantung.

7. Komplikasi

Komplikasi penyakit diabetes mellitus diklasifikasikan menjadi dua, yaitu komplikasi bersifat akut dan kronis (menahun). Komplikasi akut merupakan komplikasi yang harus ditindak cepat atau memerlukan pertolongan dengan segera. Komplikasi kronis merupakan komplikasi yang timbul setelah penderita mengidap DM selama 5-10 tahun atau lebih.

Komplikasi akut meliputi diabetic ketoacidosis (DKA), koma non-ketosis hiperosmolar (koma hiperglikemia), hiperglikemia. Sementara komplikasi kronis meliputi komplikasi mikrovaskuler (komplikasi dimana pembuluh-pembuluh rambut kaku atau menyempit sehingga organ yang seharusnya mendapatkan suplai darah dari pembuluh-pembuluh tersebut menjadi kekurangan suplai) dan komplikasi makrovaskuler (komplikasi yang mengenai pembuluh darah arteri yang lebih besar sehingga terjadi aterosklerosis) (Tobing, 2016).

D. Tinjauan Konsep Neuropati Perifer

1. Pengertian

Neuropati adalah gangguan saraf dengan gejala umum berupa kram kaki, kesemutan dan baal (mati rasa). Neuropati perifer adalah kondisi medis yang ditandai dengan kerusakan pada saraf-saraf sistem saraf tepi (Bruner & Suddarth., 2014).

2. Klasifikasi

Menurut Brunner & Suddarth (2014) neuropati perifer dapat dibagi dalam beberapa kategori antara lain:

- a. Berdasarkan jenis saraf yang dikenai :
 - 1) Sistem motorik (yang berperan pada gerakan yang disadari/volunter).
 - 2) Sistem sensorik (yang berperan pada sensasi panas, nyeri, raba, dan posisi).
 - 3) Sistem otonom (yang bereperan dalam fungsi gerakan yang tidak disadari).
- b. Berdasarkan pada lokasi terkena saraf :
 - 1) Mononeuropati (bila neuropati mengenai satu organ tubuh).
 - 2) Polineuropati (bila neuropati mengenai banyak organ tubuh).
 - 3) Neuropati simetrik (bila neuropati mengenai pada tempat yang sama pada satu sisi tubuh).
- c. Berdasarkan penyebab
 - 1) Neuropati diabetik (neuropati akibat komplikasi DM)
 - 2) Neuropati nutrisional (neuropati yang terjadi akibat kekurangan gizi).
 - 3) Idiopatik neuropati (bila penyebab neuropati tidak diketahui).

3. Etiologi

- a. Trauma atau cedera salah satu kondisi yang paling umum dan sering menyebabkan kerusakan pada saraf adalah terjadinya cedera atau trauma. Kondisi ini bisa terjadi karena aktivitas maupun kecelakaan.
- b. Diabetes ini adalah kondisi yang juga sering dikaitkan dengan neuropati. Jika gejala neuropati perifer muncul pada orang yang menderita diabetes, maka kondisi ini lebih dikenal dengan istilah neuropati diabetes. Kondisi ini biasanya lebih parah jika diabetes yang diderita tidak dikendalikan, penderita mengalami obesitas, atau hipertensi.
- c. Penyakit autoimun beberapa penyakit autoimun bisa menjadi penyebab munculnya neuropati, misalnya rheumatoid arthritis, penyakit lupus sistemik, dan sindrom Sjogren.

- d. Infeksi beberapa infeksi virus maupun bakteri juga bisa menyebabkan munculnya neuropati, misalnya HIV/AIDS, penyakit Lyme, dan sifilis.
- e. Penyakit keturunan neuropati juga bisa terjadi sebagai akibat dari penyakit keturunan, misalnya ataksia Friedreich, porfiria dan penyakit Charcot-Marie-Tooth.
- f. Obat-obatan beberapa obat-obatan untuk terapi kanker, seperti vincristine dan antibiotik seperti metronidazole dan isoniazid, bisa menyebabkan kerusakan pada bagian saraf (Bruner & Suddarth. 2014).

4. Manifestasi klinis

Gejala yang muncul tergantung pada jenis saraf yang dikenai yaitu sensorik motorik ataupun otonom.

a. Perubahan sensasi

Kerusakan pada saraf sensori akan mengakibatkan perubahan sensasi perasaan terbakar, nyeri, geli, kebas atau mati rasa atau ketidakmampuan untuk membedakan posisi yang dapat mengakibatkan gangguan koordinasi.

b. Kesulitan untuk bergerak

Kerusakan pada saraf motorik menyebabkan gangguan dalam mengontrol sistem otot yang akhirnya dapat menyebabkan kelemahan, atropi, dan kehilangan ketangkasan.

c. Gejala otonom

Saraf otonom berfungsi untuk mengontrol gerakan involunter atau semi volunter, seperti kontrol terhadap gerakan organ dalam dan tekanan darah, kerusakan pada saraf otonom dapat menyebabkan:

- 1) Penglihatan kabur.
- 2) Gangguan dalam produksi keringat.
- 3) Pusing yang terjadi saat berdiri atau pingsan yang sering dikaitkan turunnya tekanan darah.
- 4) Intoleransi terhadap panas (penurunan kemampuan untuk mengatur suhu tubuh).
- 5) Perut kembung.

- 6) Merasa perut penuh setelah makan dalam jumlah yang sedikit (cepat kenyang).
- 7) Diare (Bruner & Suddarth. 2014).

E. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

Tabel 2.2

Jurnal terkait asuhan keperawatan gangguan kebutuhan aman nyaman:nyeri pada pasien DM

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil
1.	Erlyna Maulidah	2022	Studi kasus: Kebutuhan aman nyaman:nyeri pada pasien DM	Jenis penelitian ini adalah deskriptif, dengan metode pendekatan studi kasus. Subjek dalam studi kasus ini adalah satu pasien yang mengalami gangguan kebutuhan aman nyaman:nyeri pada pasien DM. Diangkat 3 diagnosa keperawatan dan beserta hasilnya setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (abses). Pada saat dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam, pasien mengatakan nyeri sudah

			<p>berkurang dan masalah sudah teratasi setelah diajarkan teknik nafas dalam yang semula skala nyeri 5 menjadi 1 dan kolaborasi dengan dokter pemberian obat anti nyeri yaitu paracetamol 3x500 mg, intervensi tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih</p> <p>Kerusakan Integritas Jaringan berhubungan dengan neuropati perifer. Pada saat dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam masalah masih belum teratasi meskipun sudah dilakukan tindakan keperawatan dan masih terdapat nekrosis, darah, pus dan berbau, dan sudah dilakukan perawatan luka steril dengan menggunakan NaCl 0,9%, intervensi tetap dilanjutkan hingga pasien benar-benar pulih.</p> <p>Ketidakstabilan kadar</p>
--	--	--	---

				<p>glukosa darah berhubungan dengan gangguan toleransi glukosa darah.</p> <p>Pada saat dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam dan masalah belum teratasi di tandai dengan GDA diatas batas normal yaitu 265 sedangkan normalnya yaitu <126 mg/dL dan sudah diberikan suntik insulin, intervensi tetap dilanjutkan hingga gula darah pasien stabil.</p>
--	--	--	--	--