

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Diabetes Melitus

2.1.1 Pengertian

Diabetes merupakan suatu penyakit akibat penumpukan glukosa dalam darah dan terjadi akibat tubuh tidak memproduksi cukup insulin, atau tidak bisa mempergunakan insulin secara tepat yang ditandai dengan gejala khas yaitu buang air kecil terus menerus (dalam jumlah banyak) dengan rasa manis (kencing manis) (Bilous dan Donnelly, 2015). Kerusakan pada sel β pankreas dan juga resistensi insulin akibat berkurangnya kemampuan insulin untuk merangsang penggunaan glukosa atau turunnya respons sel target, seperti otot, jaringan, dan hati terhadap kadar insulin fisiologis juga merupakan penyebab utama diabetes. Diabetes Melitus merupakan salah satu PTM yang paling signifikan secara global serta kontributor utama kualitas hidup yang lebih buruk (Tamornpark et al., 2022).

Diabetes Melitus dapat diartikan sebagai gangguan yang menyebabkan glukosa darah meningkat akibat gangguan atau defisiensi produksi insulin yang ditandai dengan kondisi hiperglikemia. Diabetes Melitus disebabkan karena tubuh kekurangan insulin akibat berkurangnya massa dan/atau fungsi dari sel beta pankreas. Penyakit Diabetes ini merupakan penyakit yang berbahaya, jika dalam jangka waktu lama jika tidak teratasi dapat menyebabkan kerusakan organ lainnya.

2.1.2 Etiologi

Etiologi dari penyakit Diabetes Melitus merupakan gabungan faktor genetik dan faktor lingkungan, selain itu juga akibat sekresi atau kerja insulin, abnormalitas metabolik yang mengganggu sekresi insulin, abnormalitas mitokondria, dan

sekelompok kondisi lain yang mengganggu toleransi glukosa (Lestari dkk., 2021). Menurut Aini (2016), Diabetes Melitus terjadi ketika tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan insulin sehingga menyebabkan kadar glukosa darah dalam tubuh menjadi banyak.

2.1.3 Klasifikasi

Diabetes Melitus dibagi menjadi 2 kategori, yaitu (Billous dan Donnelly, 2015):

1. Diabetes tipe 1 yang terjadi akibat penghancuran autoimun dari sel β penghasil insulin. Diabetes tipe ini merupakan penyakit autoimun dimana sistem kekebalan tubuh menghancurkan sel pankreas yang bertugas untuk produksi insulin, sehingga jika pankreas berhenti memproduksi insulin, maka kadar glukosa dalam darah akan bertambah banyak. Gejala yang sering muncul yaitu poliuri, polidipsi, berat badan turun drastis.
2. Diabetes tipe 2 yang terjadi akibat dampak dari gangguan sekresi insulin yang biasanya menyerang individu yang berusia 40 tahun ke atas. Pada diabetes ini, pankreas dapat menghasilkan insulin dengan baik, tetapi tubuh tidak merespon dengan baik, sehingga menyebabkan resistensi insulin. Akibat dari resistensi insulin yaitu berlebihannya insulin yang dihasilkan oleh pankreas sehingga kadar glukosa dalam darah meningkat. Diabetes tipe 2 ini terjadi akibat gaya hidup yang kurang sehat, seperti kurangnya aktivitas, konsumsi makanan yang dapat menimbulkan obesitas.
3. Diabetes tipe lain terjadi akibat beberapa faktor, yaitu kelainan genetik pada sel beta, kelainan genetika pada kinerja insulin, penyakit pankreas eksokrin, serta infeksi rubella kongenital atau sitomegalovirus.

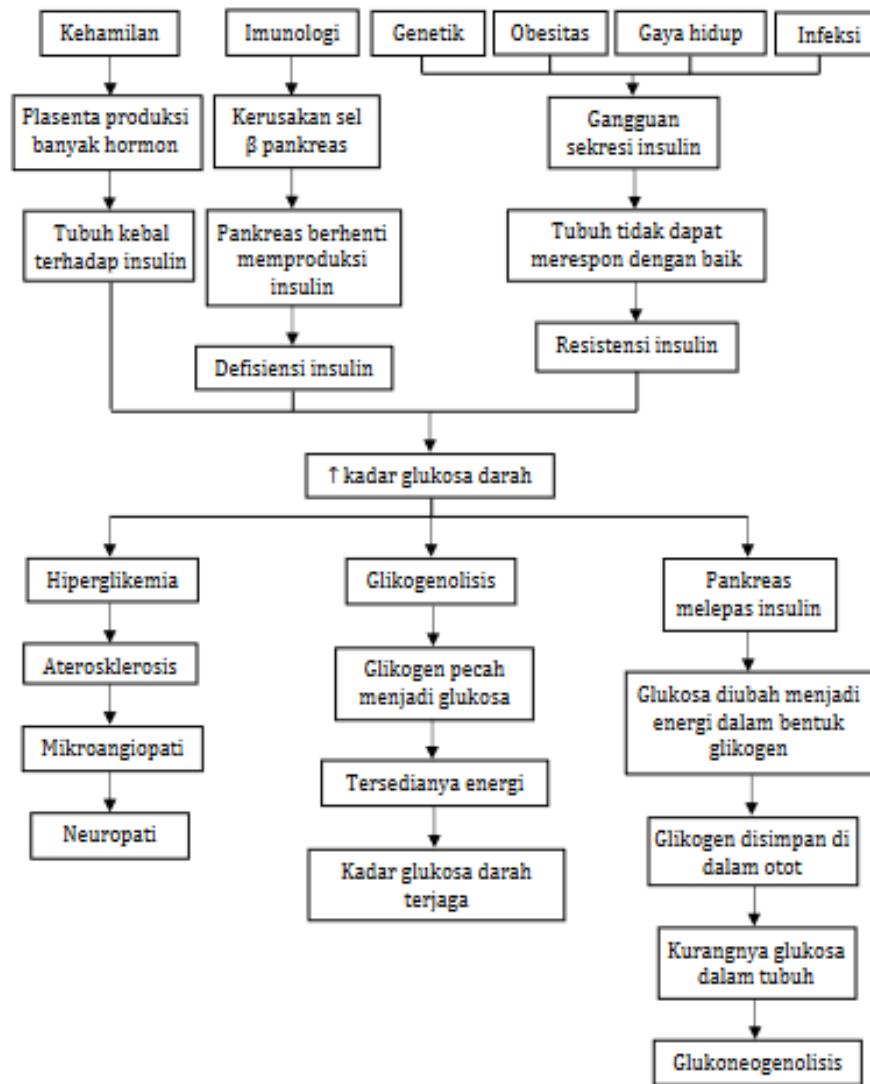
4. Diabetes Gestasional yang disebabkan karena resistensi insulin selama kehamilan, biasanya terjadi pada trimester kedua dan ketiga saat kehamilan, dan akan kerja insulin akan kembali normal setelah melahirkan.

2.1.4 Patofisiologi

Diabetes Melitus adalah kumpulan penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia akibat kerusakan sekresi insulin, kinerja insulin, atau keduanya. DM dibagi menjadi 4 tipe, yaitu DM tipe 1, DM tipe 2, DM tipe lainnya, serta DM gestasional (LeMone et al., 2016). Diabetes Tipe 1 terjadi akibat kerusakan sel β (proses autoimun) yang ditandai dengan hiperglikemia, pemecahan lemak dan protein tubuh, dan pembentukan ketosis. Ketika sel β rusak maka insulin tidak dapat berproduksi.

Menurut Ernawati (2013), normalnya insulin dapat mengendalikan glikogenolisis dan glukoneogenesis, tapi pada DM tipe 1 terjadi resistensi insulin, kedua proses tersebut terjadi terus menerus sehingga dapat menimbulkan hiperglikemia. Sedangkan Diabetes tipe 2 merupakan kondisi hiperglikemia puasa yang terjadi meskipun tersedia insulin. Kadar insulin yang dihasilkan dirusak oleh resistensi insulin di jaringan perifer. Glukosa yang diproduksi oleh hati berlebihan sehingga karbohidrat dalam makanan tidak dimetabolisme dengan baik, yang menyebabkan pankreas mengeluarkan jumlah insulin yang kurang dari yang dibutuhkan (LeMone et al., 2016). Resistensi insulin ini dapat terjadi akibat obesitas, kurangnya aktivitas, dan penambahan usia. Resistensi insulin pada DM tipe 2 akan disertai dengan penurunan reaksi intrasel, sehingga insulin menjadi tidak efektif untuk pengambilan glukosa oleh jaringan. Pada obesitas, terjadi

penurunan kemampuan insulin untuk mempengaruhi absorpsi dan metabolisme glukosa oleh hati, otot rangka, dan jaringan adiposa (Hardianto, 2020).



(Sumber: LeMone et al., 2016)

2.1.5 Komplikasi

Penderita Diabetes Melitus yang tidak terobati dapat menimbulkan komplikasi baik mikrovaskuler maupun makrovaskuler, seperti gangguan pada sistem kardiovaskular yang jika tidak diberi

pengobatan serius dapat menimbulkan hipertensi dan infark jantung (Lestari dkk., 2021). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputri (2021) yang menyebutkan bahwa DM dapat menyebabkan 3 komplikasi yaitu:

1. Komplikasi Akut

Gangguan metabolik jangka pendek seperti hipoglikemia (kadar glukosa darah dibawah normal) yang menyebabkan tubuh kekurangan energi sehingga menjadi lemas, ketoasidosis yang terjadi akibat kurangnya insulin dalam tubuh sehingga tubuh memproduksi asam darah (keton) berlebihan, serta hiperosmolar yang terjadi karena kadar gula darah di dalam tubuh meningkat terlalu tinggi.

2. Komplikasi Mikrovaskuler

Gangguan pada pembuluh darah kecil yang menyebabkan gangguan seperti nefropati yang menyerang organ ginjal sehingga terganggunya proses filtrasi, retinopati pada mata yang menyebabkan gangguan penglihatan, serta neuropati yang menyerang saraf terutama ekstremitas bawah yang dapat menyebabkan hypoesthesia hingga kematian jaringan.

3. Komplikasi Makrovaskuler

Komplikasi makrovaskuler terjadi pada pembuluh darah besar yang dapat menyebabkan penyakit jantung koroner. Komplikasi ini terjadi akibat kelebihan glukosa yang mengalir dalam darah dapat merusak pembuluh darah yang dapat memicu serangan jantung, penyakit arteri perifer terjadi karena penyempitan pada dinding arteri akibat penumpukan plak sehingga

aliran darah tersumbat, dan stroke yang terjadi akibat kadar gula darah yang terlalu tinggi dalam darah menyebabkan terbentuknya sumbatan dan deposit lemak sehingga terhambatnya pasokan darah ke otak.

2.1.6 Tatalaksana

Dalam penatalaksanaan Diabetes, terdapat 4 pilar yang terdiri dari penatalaksanaan farmakologis dan non-farmakologis, yaitu edukasi, terapi gizi/diet, olahraga, serta obat. Berikut ini adalah penjelasannya:

1. Farmakologis

Terapi farmakologis yang diberikan pada penderita DM harus beriringan dengan pengaturan pola hidup yang sehat (makan, olahraga). Menurut Widiyanti dkk., (2021), terapi farmakologis pada DM dapat diberikan melalui oral maupun suntikan (insulin), beberapa obat anti diabetes yang dapat diberikan yaitu:

a. Metformin

Metformin bekerja untuk meningkatkan sensitivitas insulin sehingga dapat menurunkan glukosa darah.

b. Sulfonilurea

Sulfonilurea bekerja pada sel pankreas untuk menutup saluran K^+ yang merangsang sekresi insulin.

c. Thiazolidinediones (TZDs)

TZDs adalah kelas sensitizer insulin, termasuk zona troglita, rosiglitazone,

dan pioglitazone, yang merupakan merupakan ligan peroxisome proliferator-activated receptor (PPAR- γ) yang dapat mengontrol otot rangka normal dan sensitivitas insulin hati.

d. Glucosidase inhibitors (AGIs)

AGIs bekerja untuk menghambat enzim mukosa usus sehingga dapat mengurangi penyerapan karbohidrat.

e. Insulin

Insulin bekerja untuk membantu proses penyerapan glukosa dalam sel tubuh agar kadar glukosa darah dapat terkendali.

2. Non-farmakologis

Penatalaksanaan non-farmakologis yang dapat dilakukan yaitu (Aini dan Aridiana, 2016):

a. Edukasi

Pengetahuan merupakan hal penting dalam proses penatalaksanaan bagi penderita DM. Perilaku akan berubah jika dilakukan edukasi yang komprehensif dalam upaya peningkatan motivasi. Edukasi diberikan sebagai upaya pencegahan dan pengobatan secara holistik. Edukasi yang diberikan dapat berupa pola makan sehat (jenis makanan, jadwal makan, dan jumlah kalori yang terkandung dalam makanannya), meningkatkan kegiatan jasmani (lari santai, jalan cepat, bersepeda santai, dan berenang), konsumsi obat, dan pemantauan kadar gula darah.

b. Terapi gizi/diet

Diet yang dilakukan oleh penderita Diabetes adalah diet 3J (jumlah, jenis,

dan jadwal) yang perlu diimbangi dengan indeks massa tubuh untuk penentuan status gizi.

c. Olahraga

Olahraga berguna untuk menjaga kebugaran tubuh, mencegah obesitas, menurunkan berat badan, serta memperbaiki sensitivitas insulin agar glukosa menjadi terkendali. Olahraga harus dilakukan sesuai kemampuan fisik seperti senam, jalan kaki, lari, bersepeda, maupun berenang.

2.2 Konsep Masalah Keperawatan Kecemasan

2.2.1 Pengertian

Cemas adalah emosi perasaan yang timbul sebagai respon awal terhadap stress psikis dan ancaman terhadap nilai nilai yang berarti bagi individu. Menurut Simund Freud kecemasan merupakan ketegangan dalam diri sendiri tanpa objek yang jelas dan objek yang tidak disadari serta berkaitan dengan kehilangan *self image* (Azizah et al., 2016). Kecemasan adalah sikap antisipasi terhadap ancaman yang dihadapi (Del Barrio, 2016). Kecemasan dimulai dengan reseptor sensori, neuron di batang otak merangsang neurotransmitter menghasilkan norepinephrine dan adrenalin (Cuncic, 2017). Kecemasan memiliki nilai positif, dengan kecemasan maka aspek positif individu berkembang karena adanya sikap konfrontasi (pertentangan), antisipasi yang tinggi, penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman mengatasi kecemasan. Tetapi pada keadaan lanjut kecemasan dapat mengganggu kehidupan seseorang. Definisi lain adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau

rasa takut yang disertai suatu respon (Kemenkes RI, 2016).

2.2.2 Sumber kecemasan

1. Ancaman internal dan eksternal terhadap ego.
2. Ancaman terhadap keamanan interpersonal dan harga diri.(Azizah et al., 2016)

2.2.3 Faktor predisposisi :

1. Faktor biologis

Reseptor otak yang mengandung benzodiazepine yang mengatur kecemasan. Penghambat GABA berperan utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan seperti endorfin.

2. Faktor psikologis

- a. Pandangan psikoanalitik. Adalah konflik emosional yang terjadi antara id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, superego mewakili hati nurani individu yang dikendalikan oleh norma dan budaya. Ego berfungsi sebagai penengah dari dua unsur yang bertentangan dan kecemasan mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- b. Pandangan interpersonal. Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal.
- c. Pandangan perilaku. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan untuk menghindari kepedihan.

3. Faktor sosial budaya.

Kecemasan adalah hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Faktor

ekonomi dan latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya kecemasan.

2.2.4 Faktor presipitasi

1. Ancaman terhadap integritas seseorang yang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
2. Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi.

(Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015).

3. Rentang respon tingkat kecemasan :

1. Ringan. Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang waspada dan meningkatkan persepsinya. Selanjutnya menumbuhkan motivasi belajar serta menghasilkan kreativitas.
2. Sedang. Memungkinkan seseorang untuk memusatkan perhatian pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, perhatian yang sifatnya selektif sehingga lebih terarah.
3. Berat. Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang . Adanya kecenderungan untuk memusatkan pada hal yang lebih terinci dan spesifik. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan dan memerlukan arahan untuk memusatkan pada area yang lain.
4. Panik. Perasaan takut yang berlebihan dan merasa diteror serta tidak mampu melakukan apapun walau dengan pengarahan. Panik

meningkatkan aktivitas motorik dan menurunkan kemampuan berhubungan dengan orang lain. Persepsi menyimpang serta kehilangan pemikiran rasional. (Yusuf, A.H & ,R & Nihayati, 2015)

2.2.5 Tanda dan gejala kecemasan :

- a. Khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri dan mudah tersinggung.
- b. Perasaan tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut.
- c. Takut bila sendiri, atau pada keramaian.
- d. Mengalami gangguan pola tidur dan disertai mimpi yang menegangkan.
- e. Gangguan konsentrasi dan daya ingat
- f. Adanya keluhan somatik seperti rasa sakit pada otot dan tulang belakang, pendengaran berdenging, berdebar debar, sesak napas, mengalami gangguan pencernaan atau berkemih atau sakit kepala. (Kemenkes RI, 2016)

2.3 Terapi Relaksasi Nafas Dalam

2.3.1 pengertian

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan rekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian. (Hartanti, dkk, 2016). Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan

kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi, dan dapat mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis bagi penderita hipertensi (Masnina & Setyawan, 2018).

2.3.2 Tujuan terapi relaksasi nafas dalam

Relaksasi napas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas (Bruner & Suddart, 2013).

2.3.3 Manfaat terapi relaksasi nafas dalam

Beberapa manfaat terapi relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut: (Wardani, 2015)

- a. Ketentraman hati
- b. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- c. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah
- d. Detak jantung lebih rendah
- e. Mengurangi tekanan darah
- f. Meningkatkan keyakinan
- g. Kesehatan mental menjadi lebih baik

2.3.4 Prosedur tindakan terapi relaksasi nafas dalam

Langkah-Langkah teknik terapi relaksasi nafas dalam menurut Wardani (2015)

sebagai berikut:

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang.
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang.
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan.
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks.
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali.
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi.
- i. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga benar-benar rileks.
- j. Ulangi selama 15 menit, dan selingi istirahat singkat setiap 5 kali pernafasan

2.4 Asuhan Keperawatan dengan ansietas

2.4.1 Pengertian

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Ansietas adalah suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang

dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman. Kejadian dalam hidup seperti menghadapi tuntutan, persaingan, serta bencana dapat membawa dampak terhadap kesehatan fisik dan psikologis. Salah satu contoh dampak psikologis adalah timbulnya kecemasan atau ansietas (Yusuf, 2015).

2.4.2 Data Mayor dan Minor

Menurut PPNI, (2016) gejala dan tanda pada masalah keperawatan ansietas dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dijelaskan seperti tabel 1 dan tabel 2 berikut:

Tabel 1
Gejala dan tanda mayor ansietas

Subyektif	Obyektif
<p>erasa bingung</p> <p>erasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</p> <p>lit berkonsentrasi</p>	<p>mpak gelisah</p> <p>mpak tegang</p> <p>lit tidur</p>

Tabel 2
Gejala dan tanda minor ansietas

Subyektif	Obyektif
<p>engeluh pusing</p> <p>oreksia</p> <p>lpitasi</p> <p>erasa tidak berdaya</p>	<p>ekuensi nafas meningkat</p> <p>ekuensi darah meningkat</p> <p>kanan darah meningkat</p> <p>aphoresis</p> <p>emor</p> <p>uka tampak pucat</p> <p>ara bergetar</p> <p>ontak mata buruk</p> <p>ring berkemih</p> <p>orientasi pada masa lalu</p>

2.4.3 Faktor Penyebab Menurut PPNI, (2016)

Gejala dan tanda pada masalah keperawatan ansietas dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) sebagai berikut:

- a. Krisis situasional
- b. Kebutuhan tidak terpenuhi
- c. Krisis maturasional
- d. Ancaman terhadap konsep diri
- e. Ancaman terhadap kematian
- f. Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g. Disfungsi system keluarga
- h. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- j. Penyalahgunaan zat
- k. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
- l. Kurang terpapar informasi

2.3.5 Penatalaksanaan

Menurut Hawari, (2016) penatalaksanaan ansietas pada tahap pencegahan maupun terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik, mencakup fisik (somatik), psikologik atau psikiatrik, psikososial dan psikoreligius. Adapun penatalaksanaan yang dapat dilakukan, yaitu:

- a. Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stress, dengan cara:
 - 1) Makan makanan yang bergizi seimbang
 - 2) Tidur yang cukup
 - 3) Olahraga yang cukup
 - 4) Tidak merokok
 - 5) Tidak meminum minuman keras

b. Terapi psikofarmaka

Terapi psikofarmaka merupakan pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neurotransmitter (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak (limbic system). Terapi psikofarmaka yang sering dipakai adalah obat anti cemas (anxiolitik), yaitu diazepam, clobazam, bromazepam, lorazepam, buspironeHCl, meprobamate dan alprazolam.

c. Terapi somatik

Gejala atau keluhan fisik (somatik) sering dijumpai sebagai gejala penyerta atau akibat dari kecemasan yang berkepanjangan. Untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik (fisik) itu dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan pada organ tubuh yang bersangkutan.

d. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain:

- 1) Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi semangat atau dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri.
- 2) Psikoterapi re-edukatif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidakmampuan mengatasi kecemasan.
- 3) Psikoterapi re-konstruktif, untuk dimaksudkan memperbaiki (rekonstruksi) kepribadian yang telah mengalami goncangan akibat stressor.
- 4) Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional, konsentrasi dan daya ingat.

- 5) Psikoterapi psikodinamik, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan mengapa seseorang tidak mampu menghadap stressor psikososial sehingga mengalami kecemasan.
- 6) Psikoterapi keluarga, untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat dijadikan sebagai faktor pendukung.
- 7) Terapi psikoreligius, untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi berbagai problem kehidupan yang merupakan stressor psikososial (Prabowo, 2014).

e. Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan ansietas dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap ansietas yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus ansietas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli ansietas yang ditransmisikan ke otak, salah satu contoh penatalaksanaan distraksi yaitu membaca doa (Potter & Perry, 2010).

f. Relaksasi nafas dalam

Teknik relaksasi merupakan intervensi keperawatan secara mandiri untuk menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah. Nafas dalam untuk relaksasi mudah dipelajari dan berkontribusi dalam menurunkan atau meredakan nyeri dengan mengurangi tekanan otot dan ansietas (Black, 2019). Latihan napas dalam yaitu bentuk

latihan napas yang terdiri dari pernapasan abdominal (diafragma) dan pursed lip breathing (Lusianah dkk, 2018). Relaksasi nafas dalam adalah pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian (Setyoadi dkk, 2017).

2.4 Konsep asuhan keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah pertama dalam proses keperawatan yang melibatkan keterampilan berpikir kritis dan pengumpulan data. Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan informasi dari klien maupun keluarga atau orang yang merawat klien terkait kondisi atau persepsi masalah yang mereka hadapi/ alami (Rukmi Kartika Dwi, 2022). Data yang dikumpulkan dapat berupa data subjektif maupun objektif. Data subjektif merupakan data yang berasal dari pernyataan verbal klien atau orang terdekat klien. Sedangkan data objektif adalah data yang terukur dan berwujud seperti tanda-tanda vital, asupan dan luaran, serta tinggi dan berat badan. Asal data dibedakan menjadi data primer (dari klien sendiri) dan data sekunder (orang terdekat klien).

1. Identitas Klien

- a. Usia (DM tipe 2 umur diatas 45 tahun)
- b. Jenis kelamin ini sebagian besar dijumpai pada perempuan dibandingkan laki-laki, karena faktor risiko terjadi diabetes melitus pada perempuan 3-7 kali lebih tinggi.

2. Identitas Penanggung Jawab

3. Keluhan Utama/ Alasan Masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan mudah lelah, mudah mengantuk, kram otot, sering kencing, penglihatan kabur, hingga penurunan kesadaran.

- Kondisi Hiperglikemia : kelelahan, penglihatan buram, peningkatan urine serta rasa haus, dehidrasi, sakit kepala serta peningkatan suhu tubuh.
- Kondisi Hipoglikemia: tremor, takikardi, resah, rasa lapar, sakit kepala, sulit berkonsentrasi, vertigo, konfusi, memori menurun, bibir mati rasa, pelo, gangguan emosional, serta menurunnya kesadaran.

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Sering BAK, lapar serta haus. Berat badan naik. Pengidap umumnya belum mengetahui apakah mereka mengalami penyakit diabetes melitus samapi setelah mereka melakukan pemeriksaan.

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Diabetes melitus tipe 2 bisa berkembang sebagai akibat dari kehamilan, penyakit pankreas, terganggunya penerimaan insulin, gangguan hormonal, mengonsumsi obat-obatan diantaranya glukokortikoid, furosemide, thiazide, beta bloker, kontrasepsi yang berisi estrogen, hipertensi, serta obesitas.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Ditemukan adanya kelainan genetik yang menyebabkan tubuh tidak bisa memproduksi insulin dengan baik.

d. Riwayat Psikososial

Biasanya penderita akan mengalami stress, menolak kenyataan, dan keputusasaan

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Eliminasi

BAK : Klien mengeluh sering buang air kecil

b) Pola Makan

sering mengonsumsi makanan dengan tinggi gula serta lemak. Makan terlalu banyak karbohidrat dari nasi dan roti bisa menyebabkan penyimpanan dalam bentuk gula dalam darah (glikogen)

c) Personal Hygiene

Menggambarkan kebersihan dalam merawat diri yang meliputi mandi, BAB, BAK dan lain-lain.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Kesadaran dapat composmentis sampai coma

b. Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah tinggi jika disertai hipertensi, pernapasan regular atau ireguler, adanya bunyi napas tambahan, respirasi normal 16-20x/menit, pernapasan dalam atau dangka. Denyut nadi regular atau ireguler. Adanya takikardia, denyutan kuat atau lema. Suhu tubuh meningkat.

c. Pemeriksaan Kepala dan Leher

- Kepala : normal, tulang kepala pada umumnya bulat dengan tonjolan frontal dibagian anterior dan oksipital dibagian posterior.
- Rambut : biasanya tersebar merata, tidak kering, dan tidak berminyak
- Mata : simetris, refleks pupil terhadap cahaya (+), terdapat gangguan penglihatan apabila sudah mengalami komplikasi retinopati diabetik maupun katarak.
- Telinga : fungsi pendengaran mungkin menurun
- Hidung : adanya sekret, pernapasan cuping hidung, ketajaman syaraf hidung menurun
- Mulut : mukosa bibir kering
- Leher : tidak terjadi pembengkakan kelenjar getah bening

d. Sistem Pernafasan

- Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada otot bantu pernafasan, frekuensi napas $>22x/ I$
- Palpasi : vocal premitus kanan dan kiri teraba sama, tidak ada krepitasi dan deviasi trakea
- Perkusi : terdengar sonor
- Auskultasi : suara nafas terdengar vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan, mungkin terjadi pernafasan cepat dan dalam, frekuensi napas meningkat.

- e. Sistem Kardiovaskuler
 - Inspeksi : tidak ada sianosis, jejas, dan jari tabuh, CRT dapat kembali < 2 detik (bisa saja lebih >2 detik)
 - Palpasi : ictus cordis tidak teraba, nadi > 84x/ I, akral teraba hangat, CRT < 2 detik
- f. Sistem Pencernaan/ Status Nutrisi
 - BB : terkadang terjadi peningkatan atau penurunan berat badan, polifagia, polidipsi
 - IMT : IMT yang tinggi dapat menyebabkan Diabetes Melitus tipe 2
 - Abdomen : adanya nyeri tekan pada bagian pankreas, distensi abdomen, suara bising usus yang meningkat
- g. Sistem Perkemihan : dapat terjadi poliuria, anuria, oliguria
- h. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen : kekuatan otot dapat menurun, pergerakan sendi dan tungkai bisa mengalami penurunan dan pada sistem integument biasanya terdapat lesi atau luka pada kulit yang lama sembuh. Kulit kering ada ulkus di kulit, luka yang tidak kunjung sembuh, akral teraba dingin, capillary refill kurang dari 2 detik, adanya pitting edema.
- i. Sistem Endokrin : kaji apakah terdapat gangrene, kedalaman, bentuk, bau, terjadi polidipsi, polofagia, poliuria
- j. Sistem Reproduksi : lihat apakah terjadi Rabbas Vaguna, keputihan, impotensi pada pria dan sulit orgasme pada wanita

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnose medis (Novieastari, 2014). Berikut diagnosis keperawatan pada penyakit diabetes melitus tipe 2 sesuai dengan pedoman (PPNI, 2017):

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) berhubungan dengan hiperglikemia resistensi insulin
- b. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) berhubungan dengan hiperglikemia
- c. Defisit nutrisi (D.0019) berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
- d. Hipovolemia (D.0023) berhubungan dengan kegagalan mekanisme regulasi
- e. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- f. Gangguan integritas kulit/ jaringan (D. 0192) berhubungan dengan neuropati perifer
- g. Risiko cedera (D.0136) berhubungan dengan hipoksia jaringan
- h. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

2.4.3 Perencanaan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Pada tahap ini tujuan perlu ditetapkan, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Sasaran SMART yaitu spesifik (spesifik), measurable (terukur), achievable (dapat dicapai), realistic (realistis), dan timely (tepat waktu) harus diidentifikasi saat menetapkan tujuan. Sedangkan tindakan perawatan yang akan dilakukan perlu diprioritaskan berdasarkan pada kebutuhan pasien dan keseriusan masalah yang telah teridentifikasi (Hanif, 2020). Tindakan keperawatan harus realistis dan penting bagi peningkatan kesehatan pasien agar sejalan dengan tujuan serta nilai perseorangan pasien (PPNI, 2018).

Tabel 2. 2 Perencanaan Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah (D.0027) b.d hiperglikemia resistensi insulin</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p><i>Hiperglikemia</i> <i>Subjektif</i></p> <p>1. Lelah atau lesu <i>Objektif</i></p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan, Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Lelah/ lesu menurun 2. Kadar glukosa dalam darah membaik</p>	<p>Manajemen Hiperglikemia (I.03115) <i>Observasi</i></p> <p>1.1 Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 1.2 Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat 1.3 Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</p>
	<p>1. Kadar glukosa dalam darah/ urin tinggi</p> <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p><i>Hiperglikemia</i></p> <p>1. Mulut kering 2. Haus meningkat <i>Objektif</i></p>		<p>1.4 Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 1.5 Monitor intake dan output cairan 1.6 Monitor keton urin, kadar analisa darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi <i>Teraupetik</i></p> <p>1.7 Berikan asupan cairan oral</p>

	<p>1. Jumlah urin meningkat</p>	<p>1.8 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>1.9 Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1.10 Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/ dL</p> <p>1.11 Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri</p> <p>1.12 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>1.13 Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu</p> <p>1.14 Ajarkan pengelolaan diabetes</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1.15 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p> <p>1.16 Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu</p> <p>1.17 Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu</p> <p>Manajemen Hipoglikemia (I.03115)</p> <p><i>Observasi</i></p> <p>1.18 Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia</p> <p>1.19 Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>1.20 Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu</p> <p>1.21 Berikan glukagon, jika perlu</p> <p>1.22 Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet</p> <p>1.23 Pertahankan kepatenan jalan napas</p> <p>1.24 Pertahankan akses IV, jika perlu</p> <p>1.25 Hubungi layanan medis darurat, jika perlu</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1.26 Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat</p> <p>1.27 Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat</p>
--	---------------------------------	--

			<p>1.28 Anjurkan monitor kadar glukosa darah</p> <p>1.29 Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program</p> <p>1.30 Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga</p> <p>1.31 Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis. tanda dan gejala, faktor risiko, dan pengobatan hipoglikemia)</p> <p>1.32 Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. mengurangi insulin/agen oral dan/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga).</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>1.33 Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu</p> <p>1.34 Kolaborasi pemberian glukagon, jika perlu</p>
--	--	--	---

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
2.	<p>Perfusi perifer tidak efektif (D.0009) b.d hiperglikemia</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p><i>Subjektif</i> (tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler >3 detik 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan, Perfusi Perifer (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa sirkulasi perifer 2.2 Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 2.3 Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2.4 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Nadi perifer menurun atau meningkat 3. Akral terasa dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p><i>Subjektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle-brachial <0,90 4. Bruit femoral 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pengisian kapiler membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2.5 Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 2.6 Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera 2.7 Lakukan pencegahan infeksi 2.8 Lakukan perawatan kaki dan kuku 2.9 Lakukan hidrasi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2.10 Anjurkan berolahraga rutin 2.11 Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 2.12 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu 2.13 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 2.14 Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 2.15 Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat 2.16 Anjurkan program rehabilitasi vaskular 2.17 Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 2.18 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
3.	<p>Defisit nutrisi (D.0019) b.d ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p><i>Subjektif</i> (tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan, Status Nutrisi (L.03030) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan membaik 2. Indeks Massa Tubuh (IMT) 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi status nutrisi 3.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3.3 Identifikasi makanan yang disukai 3.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 3.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 3.6 Monitor asupan makanan
	<p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p><i>Subjektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cepat kenyang setelah makan 2. Kram/ nyeri abdomen 3. Nafsu makan menurun <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bising usus hiperaktif 2. Otot pengunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare 		<ol style="list-style-type: none"> 3.7 Monitor berat badan 3.8 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3.9 Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan, jika perlu 3.10 Fasilitasi menentukan pedoman diet 3.11 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 3.12 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3.13 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 3.14 Berikan suplemen makanan, jika perlu 3.15 Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3.16 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 3.17 Ajarkan diet yang diprogramkan <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3.18 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 3.19 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
4.	<p>Hipovolemia (D.0023) b.d kegagalan mekanisme regulasi</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p><i>Subjektif</i> (tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Nadi teraba lemah 3. Tekanan darah menurun 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan, Status Cairan (L.03028) membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Output urine meningkat 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia 4.2 Monitor intake dan output <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3 Hitung kebutuhan cairan 4.4 Berikan asupan cairan oral <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.5 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 4.6 Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Tekanan nadi menyempit 5. Turgor kulit menurun 6. Membrane mukosa kering 7. Volume urin menurun 8. Hematokrit meningkat <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p><i>Subjektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa lemah 2. Mengeluh haus <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian vena menurun 2. Status mental menurun 3. Suhu tubuh meningkat 4. Konsentrasi urin meningkat 5. Berat badan turun tiba-tiba 		<p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 4.7 Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis 4.8 Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis 4.9 Kolaborasi pemberian cairan koloid 4.10 Kolaborasi pemberian produk darah

5.	<p>Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedera fisiologis</p> <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p><i>Subjektif</i> Mengeluh nyeri</p> <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p><i>Subjektif</i> (tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan, Nyeri Akut (L.08066) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 	<p>Manajemen Nyeri (L.08238)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 5.2 Identifikasi skala nyeri 5.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 5.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 5.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 5.8 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis 		<ol style="list-style-type: none"> 5.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.10 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 5.12 Fasilitasi istirahat dan tidur 5.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.14 Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 5.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri 5.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 5.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5.18 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5.19 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran Keperawatan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
6.	<p>Gangguan integritas kulit/ jaringan (D.0192) b.d neuropati perifer</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p><i>Subjektif</i> (tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dan/ atau lapisan kulit <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p><i>Subjektif</i> (tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Perdarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma 	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan, Integritas Kulit dan jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Nekrosis menurun 	<p>Perawatan Luka (I.14564)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Monitor karakteristik luka 6.2 Monitor tanda-tanda infeksi <p><i>Teraupetik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6.3 Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 6.4 Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 6.5 Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik. Sesuai kebutuhan 6.6 Bersihkan jaringan nekrotik 6.7 Berikan salep yang sesuai ke kulit/ lesi, jika perlu 6.8 Pasang balutan sesuai jenis luka 6.9 Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6.10 Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
			<ol style="list-style-type: none"> 6.11 Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 6.12 Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/ kgBB/ hari dan protein 1,25-1,5 g/KgBb/hari 6.13 Berikan suplemen vitamin dan mineral <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6.14 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6.15 Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 6.16 Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6.17 Kolaborasi prosedur debridement 6.18 Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
6.	<p>Ansietas bd. Kurangnya terpapar informasi</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor. Subjektif. Merasa bingung. Merasa khawatir dengan akibat.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x pertemuan maka tingkat Ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil:</p>	<p>Reduksi ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor). 2) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan

	<p>Sulit berkonsentrasi.</p> <p>Objektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak gelisah. 2. Tampak tegang. 3. Sulit tidur <p>Gejala dan Tanda Minor.</p> <p>Subjektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh pusing. 2. Anoreksia. 3. Palpitasi. 4. Merasa tidak berdaya. <p>Objektif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas meningkat. 2. Frekuensi nadi meningkat. 3. Tekanan darah meningkat. 4. Diaforesis. 5. Tremor. 6. Muka tampak pucat. 7. Suara bergetar. 8. Kontak mata buruk. 9. Sering berkemih. 10. Berorientasi pada masa lalu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalisasi kebingungan menurun (5) 2) Verbalisasi khawatir akibat Kondisi yang dihadapi menurun(5) 3) Perilaku gelisah menurun (5) 4) Perilaku tegang menurun(5) 4) Konsentrasi membaik (5) 5) Pola tidur membaik (5) 6) Pola perkemihan membaik (5) 7) Frekuensi tekanan darah menurun (5) 8) Frekuensi nadi menurun (5) 9) Frekuensi pernapasan menurun (5) 10) Kontak mata membaik(5) 	<p>nonverbal).</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan. 3) Pahami situasi yang membuat ansietas dengan penuh perhatian. 4) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 5) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan. 6) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. 3) Anjurkan keluarga untuk bersama pasien, jika perlu. 4) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 5) Latih teknik relaksasi : relaksasi nafas dalam <p>Kolaborasi :</p> <p>Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu</p> <p>Terapi relaksasi (I.09326)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan
--	---	--	--

			<p>Teknik sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi 3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih 6. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
--	--	--	---

Sumber : (PPNI, 2016; PPNI, 2018; PPNI, 2018)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu penerapan atau juga sebuah tindakan yang dilakukan dengan berdasarkan suatu rencana yang telah/ sudah disusun atau dibuat dengan cermat serta juga terperinci sebelumnya. Implementasi mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Tujuan dari implementasi yaitu melakukan, membantu atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari. Memberikan asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang berpusat pada pasien. Mencatat serta melakukan pertukaran informasi yang relevan dengan perawatan kesehatan yang berkelanjutan dari klien.

2.4.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien sudah tercapai atau sudah sesuai dengan perencanaan.

Evaluasi terdiri dari 2 yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan pada saat setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi ini harus dilakukan secepat atau segera mungkin setelah perencanaan dilakukan terus menerus sampai tercapainya tujuan. Sedangkan, evaluasi sumatif adalah rekapan terakhir secara paripurna yang berisi apakah pasien pulang/ pindah dan perubahan status kesehatan ataupun tindakan.

Evaluasi disusun menggunakan komponen SOAP sebagai berikut :

S = Data Subjektif

Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh pasien ataupun keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O = Data Objektif

Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif langsung kepada pasien.

A = Analisis

Suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah diagnosis baru akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam subjektif dan objektif.

Dengan skor meningkat, menurun, dan membaik.

P = Planning

Perencanaan keperawatan yang bisa saja dilanjutkan, dihentikan, diubah, tambahkan dari rencana yang sudah atau yang telah dipersiapkan sebelumnya.